



Ministério da Educação - MEC
Universidade Aberta do SUS - UNASUS
Universidade Federal do Paraná - UFPR
Setor de Ciências da Saúde
Curso de Especialização em Atenção Básica



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

GUSTAVO REDFERN PEREIRA

PROPOSTA PARA O ACOMPANHAMENTO DE HIPERTENSOS NA ATENÇÃO
PRIMÁRIA

LONDRINA

2021

GUSTAVO REDFERN PEREIRA

PROPOSTA PARA O ACOMPANHAMENTO DE HIPERTENSOS NA ATENÇÃO
PRIMÁRIA

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao
Curso de Especialização em Atenção Básica, Setor
de Ciências da Saúde, Universidade Federal do
Paraná como requisito à obtenção do título de
Especialista

Orientadora: Prof^ª M^a Luna Sousa

LONDRINA

2021

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 - DETALHAMENTO DA PESQUISA-AÇÃO	8
--	---

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	4
2	JUSTIFICATIVA	5
3	OBJETIVOS	6
4	DESCRIÇÃO DA PESQUISA-AÇÃO	7
5	REVISÃO DE LITERATURA	11
6	RESULTADOS	16
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	17
8	REFERÊNCIAS	19
9	ANEXOS	21

RESUMO

Introdução: O plano de Intervenção que trata da proposta para o acompanhamento de hipertensos na atenção primária é um resultado do Curso de Especialização em Atenção Básica da UFPR, financiado pelo UNA-SUS. Trata-se de um tema relevante devido à alta prevalência desta comorbidade na população em geral, ao alto custo gerado para o sistema de saúde e o impacto negativo na vida das pessoas. **Objetivo:** A melhoria no controle dos valores pressóricos dos hipertensos adscritos à Unidade Básica de Saúde (UBS), evitando agravos relacionados à doença. **Método:** Foram articuladas estratégias junto à gestão municipal, que envolveram: reestratificação de risco dos hipertensos adscritos à UBS, utilização do cartão de acompanhamento do hipertenso para registro de valores de pressão arterial, promoção da prática de atividade física e redução da ingestão de sódio na alimentação. Aos hipertensos estratificados como alto risco, foi proposto seguimento adicional com equipe multidisciplinar e atendimento com cardiologia, endocrinologia, nutrição, psicologia, enfermagem, assistência social e fisioterapia. **Resultados e discussão:** Foi realizada nova estratificação de risco dos hipertensos, juntamente aos ACS. Foram estratificados 282 hipertensos. O início da realização dos grupos de caminhada, acompanhamento nutricional e encaminhamento para equipe multidisciplinar será decidido junto à gestão municipal no primeiro semestre deste ano. Foram entregues cartões de acompanhamento dos hipertensos (aproximadamente 52 cartões), os quais estão sendo utilizados no monitoramento da PA. **Considerações finais:** As ações já realizadas contribuíram com a melhora da percepção da importância do autocuidado pelo paciente hipertenso. O cartão do hipertenso gera a corresponsabilidade do cuidado, tendo o paciente como um dos atores principais no cuidado. Os resultados da estratificação de risco serão usados para subsidiar a implantação das demais ações previstas.

Palavras-chave: hipertensão arterial sistêmica (HAS); doenças crônicas não transmissíveis (DCNT); Estratégia de saúde da família (ESF); Terapia não farmacológica; Saúde do adulto.

ABSTRACT

Introduction: The Intervention plan that addresses the proposal for monitoring hypertensive patients in primary care is a result of the Specialization Course in Primary Care at UFPR, funded by UNA-SUS. It is a relevant topic due to the high prevalence of this comorbidity in the general population, the high cost generated for the health system and the negative impact on people's lives. **Objective:** The improvement in the control of blood pressure values of hypertensive patients admitted to the Basic Health Unit (BHU), avoiding diseases related to the disease. **Method:** Strategies were articulated with the municipal management, which involved: risk re-stratification of hypertensive patients enrolled in the BHU, use of the hypertension monitoring card to record blood pressure values, promoting physical activity and reducing sodium intake in the food. Hypertensive patients stratified as high risk were offered additional follow-up with a multidisciplinary team and assistance with cardiology, endocrinology, nutrition, psychology, nursing, social assistance and physical therapy. **Results and discussion:** A new risk stratification of hypertensive patients was carried out, together with the community health workers. 282 hypertensive patients were stratified. The start of the walking lessons, nutritional follow-up and referral to a multidisciplinary team will be decided by the municipal administration in the first half of this year. Follow-up cards for hypertensive patients were delivered (approximately 52 cards), which are being used in blood pressure monitoring. **Final considerations:** The actions already carried out contributed with the improvement of the perception of the importance of self-care by the hypertensive patient. The hypertensive card generates co-responsibility for care, with the patient as one of the main actors in the care. The results of the risk stratification will be used to subsidize the implementation of the other planned actions.

Keywords: systemic arterial hypertension (SAH); chronic non-communicable diseases (CNCD); Family health strategy (FHS); Non-pharmacological therapy; Adult health.

1 INTRODUÇÃO

O bairro da zona rural Vila Taquara do Reino, onde está inserida a unidade básica de saúde (UBS) Prefeito Mauro José Pierro, apresenta população predominantemente feminina, com um total de 718 mulheres e 559 homens. Crianças somam 147; adolescentes são 123; adultos, 421; idosos são maioria, total de 586. Toda a população pertence à zona rural, abrangendo 1277 pessoas. Por se tratar de uma unidade localizada na zona rural, que atende à população exclusivamente rural, temos alguns problemas sociais evidentes, que estão relacionados ao baixo nível socioeconômico e de educação.

Dentre as cinco principais causas de mortalidade na comunidade estão: Infarto agudo do miocárdio (IAM), acidente vascular encefálico (AVE), acidente automobilístico, doenças endócrinas nutricionais e metabólicas e sepse. Entre as queixas mais comuns estão a dor lombar, descompensação de doenças crônicas, renovação de receitas, cefaleia e dores articulares. Um total de 447 pessoas recebe acompanhamento para doenças crônicas, dentre as quais, 321 são portadoras de hipertensão arterial sistêmica (HAS). Com respeito à população geral da cidade, somam 48.198 (IBGE, 2010), com população estimada para 2020 de 55.131 pessoas. Em 2017, a morbidade foi um total de 353, sendo que 22% dessas tiveram como causa notificada doenças do aparelho circulatório (IBGE, 2017). O salário médio mensal dos trabalhadores formais é de 2,3 salários-mínimos (IBGE, 2020). O percentual da população com rendimento nominal mensal per capita de até $\frac{1}{2}$ salário-mínimo é de 30,9% (IBGE, 2020). O IDH do município, calculado no último censo nacional é de 0,726 (IBGE, 2010).

A UBS da Taquara do Reino conta com uma equipe de estratégia de saúde da família (ESF), na qual trabalham periodicamente um médico, uma enfermeira, dois técnicos de enfermagem, três agentes comunitárias de saúde, um dentista e uma auxiliar de dentista. Médico pediatra, médico ginecologista e obstetra, educador físico, nutricionista, acupunturista e fisioterapeuta realizam atendimentos semanais ou quinzenais, pois atendem também outras unidades do município. A cidade também conta com um centro de atenção psicossocial (CAPS), onde é realizado o atendimento de pacientes psiquiátricos que necessitam de atendimento especializado e um centro

municipal de especialidades médicas, o qual conta com as especialidades de cardiologia, dermatologia, otorrinolaringologia e oftalmologia.

Percebe-se a alta incidência de hipertensão arterial (cerca de 15% da população adscrita a este território) e falta de percepção de risco da população sobre essa doença e sobre os agravos à saúde que o mau controle desta comorbidade pode ocasionar. Através dos dados observados na rotina da UBS, pode ser elencado como um dos principais problemas, a má adesão ao tratamento das doenças crônicas. Soma-se a isso os maus hábitos alimentares, a falta de acompanhamento e aferição frequente de pressão arterial e sedentarismo. Diante da alta prevalência de doenças crônicas nesta comunidade, optou-se como campo de intervenção o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), tendo como foco principal as ações voltadas à hipertensão arterial sistêmica (HAS).

A literatura mostra que dentre as principais causas da agudização dos portadores de hipertensão arterial estão: a falta da prática de atividade física, hábitos alimentares não saudáveis, falta de acompanhamento nos serviços de saúde; o não monitoramento da pressão arterial e a baixa adesão ao tratamento. As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) configuram-se como a principal causa de morte no mundo, especialmente em países menos desenvolvidos, como é o caso do Brasil. No ano de 2008, 63% de todos os óbitos (36 milhões de pessoas) foram ocasionados por esse grupo de doenças. A Organização Mundial de Saúde (OMS) estima que 60% das mortes no mundo sejam decorrentes de DCNT. No Brasil, elas são responsáveis por 72% da mortalidade e têm maior prevalência entre a população de baixa renda, em função da maior exposição aos fatores de risco (MEDEIROS et al, 2018). Tais problemas levam ao aumento da incidência de eventos cardiovasculares desfavoráveis, como infarto agudo de miocárdio e acidente vascular encefálico, que podem levar à morte ou à sequelas motoras e cognitivas, tornando o paciente dependente de cuidados intensivos, com redução de sua autonomia.

2 JUSTIFICATIVA

O tema a ser estudado é importante não só para o meio médico-acadêmico, mas também no cuidado com a saúde da comunidade, com vistas à redução das sequelas por eventos cardiovasculares, mortes por causas evitáveis e gastos públicos em saúde na atenção terciária. A escolha do tema também se justifica pela alta

prevalência desta comorbidade no Brasil e no mundo. O plano a ser executado objetiva, em seu final, obter melhor controle da hipertensão arterial na comunidade de minha atuação, reduzindo o índice de eventos cardiovasculares desfavoráveis e suas consequentes sequelas.

3 OBJETIVOS

Como objetivo geral, foi estabelecido a melhoria no controle de valores pressóricos e alcance da meta pressórica, estabelecida de acordo com as diretrizes de HAS, em pacientes com diagnóstico de hipertensão arterial. Para isso, foram definidos os seguintes objetivos específicos e estratégias para seu alcance:

- 1) Objetivo: Articular estratégias junto a equipe de gestão em saúde. Estratégia: Realização de duas reuniões com a gestão municipal da atenção primária para avaliação da viabilidade e definição da realização dos objetivos propostos.
- 2) Objetivo: Realizar nova classificação de risco de todos os hipertensos. Estratégia: Realização da classificação de risco dos hipertensos junto à equipe de agentes comunitários de saúde (ACS), utilizando como critérios os estabelecidos na linha guia de hipertensão arterial de 2018.
- 3) Objetivo: Promover a prática da atividade física regular para os hipertensos na UBS. Estratégia: Realizar atividades físicas regulares guiadas na UBS por educador físico ou fisioterapeuta. Deverão ser respeitadas as orientações de distanciamento mínimo e uso de máscaras, devido à pandemia de COVID-19. Deverá ser realizada ampla divulgação por meio de cartazes distribuídos pela comunidade e na UBS, busca ativa e entrega de convites pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) nas visitas domiciliares.
- 4) Objetivo: Promover a redução da ingestão de sódio para auxiliar no controle pressórico. Estratégia: Garantir o acompanhamento nutricional dos hipertensos acompanhados pela UBS, que deverão participar de ao menos uma reunião do grupo HIPERDIA com orientações ministradas pela nutricionista sobre o impacto dos hábitos alimentares no tratamento da HAS. Objetiva-se também a busca de perda ponderal como medida não farmacológica para o controle adequado da HAS.
- 5) Objetivo: Melhorar a percepção sobre a doença e controle adequado dos níveis pressóricos. Estratégia: Entregar a todos os hipertensos o cartão de

acompanhamento do hipertenso. O paciente será orientado a aferir a PA em sua residência (de modo que se descarte a “hipertensão do avental branco”), registrando os valores no cartão de acompanhamento, e retornar à UBS em até 3 dias (preferencialmente no dia seguinte) para nova aferição da P.A., averiguação de fatores que podem estar influenciando no descontrole pressórico, e reavaliação da terapia medicamentosa. Deve ser observado o “procedimento correto para medida da pressão arterial” descrito na Linha Guia de HAS. (Linha Guia de Hipertensão Arterial de 2018, da Superintendência de Atenção à Saúde da Secretaria de Estado da Saúde do Paraná, 2018).

- 6) Objetivo: Diminuir o risco de eventos cardiovasculares desfavoráveis em pacientes hipertensos de alto risco. Estratégia: Garantir acompanhamento com cardiologista para os hipertensos de alto risco cardiovascular, que deverão ser encaminhados ao programa multidisciplinar de incentivo às mudanças no estilo de vida, do Consórcio Intermunicipal de Saúde do Norte do Paraná (CISMEPAR), de modo que a equipe defina a necessidade de realização de demais exames e periodicidade de acompanhamento, para melhor elucidação e conseqüente redução do risco cardiovascular.
- 7) Objetivo: Redução da incidência de danos oculares e visuais decorrentes da HAS. Estratégia: Garantir acompanhamento com oftalmologista para pacientes hipertensos com HAS de alto risco acompanhados na UBS, ou àqueles que apresentem alguma queixa relacionada à distúrbios visuais. Avaliação e exame de fundo de olho.

4 DESCRIÇÃO DA PESQUISA-AÇÃO

A Tabela 1 apresenta o detalhamento da intervenção planejada para a melhoria no controle de valores pressóricos e alcance da meta pressórica em pacientes com diagnóstico de hipertensão arterial

TABELA 1 – Detalhamento da pesquisa-ação

Objetivo	Estratégia	Duração	Responsáveis	População-alvo	Data	Recursos Educacionais utilizados	Locais de divulgação dos recursos educacionais
1) Articulação de estratégias junto aos gestores	Realização de duas reuniões com a gestão municipal da atenção primária para avaliação da viabilidade e definição da realização dos objetivos propostos.	Dezembro 2020 e janeiro 2021	Gestores da atenção básica e médico	-	16/12/20 e 11/01/21	Quadro de planejamento	Impresso
2) Estratificação de risco dos hipertensos	Realização da classificação de risco dos hipertensos, junto aos ACS.	2 meses	Médico e ACS	Hipertensos	Até final de janeiro/21	Planilha Excel	-
3) Promover a prática da atividade física regular para os hipertensos	Realizar atividades físicas regulares guiadas na UBS por educador físico ou fisioterapeuta: grupo de caminhada semanal	Contínuo	Educador físico ou fisioterapeuta	Hipertensos	Janeiro e fevereiro de 2021	Cartazes	Cartazes - UBS. Busca ativa ACS
4) Promover a redução da ingestão quantidade de sódio na dieta para melhor auxiliar no controle pressórico.	Garantir o acompanhamento nutricional dos hipertensos acompanhados pela UBS, que deverão participar de ao menos uma reunião do grupo	Contínuo	Nutricionista e ACS	Hipertensos	Janeiro e fevereiro de 2021	Vídeoaulas REA-UFPR ou ARES/UNASUS ou grupo HIPER/DIA	Em UBS

	HIPERDIA com orientações ministradas pela nutricionista.						
5) Melhorar a percepção sobre a doença e controle adequado dos níveis pressóricos	Entregar o cartão de acompanhamento de PA a todos os hipertensos	Contínuo	Técnico de enfermagem, enfermeiros e médicos	Hipertensos	Janeiro e fevereiro de 2021	Cartão do hipertenso	Em UBS
6) Diminuir do risco de eventos cardiovasculares desfavoráveis em pacientes hipertensos de alto risco	Encaminhar os hipertensos de alto risco para acompanhamento com cardiologista e equipe do CISMEPAR.	Contínuo	Médico de Saúde da Família e equipe multidisciplinar	Hipertensos de alto risco	Janeiro e fevereiro de 2021	-	Em UBS
7) Redução Reduzir dos a incidência de danos oculares e visuais decorrentes da HAS.	Garantir acompanhamento com oftalmologista para pacientes hipertensos com HAS de alto risco acompanhados na UBS.	2 meses	Oftalmologista e Médico de Saúde da Família	52 hipertensos	Janeiro e fevereiro de 2021	-	Em UBS

O grupo de atividade física será realizado em um dia da semana a ser definido. Com a orientação e acompanhamento da educadora física ou fisioterapeuta do Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF), respeitando as normas de distanciamento social e uso de máscaras, devido à pandemia de COVID-19. O grupo, deverá ser divulgado pelas ACS em suas visitas e por meio de cartaz, que deverá ser exposto em UBS.

Os hipertensos serão convocados a virem à consulta com nutricionista ou grupo HIPER/DIA (respeitando-se o devido distanciamento social, uso de máscaras e realizada preferencialmente ao ar livre), a fim de que sejam orientados a respeito da alimentação hipossódica e seja realizado planejamento de perda ponderal nos pacientes com IMC acima de 30kg/m², como medida não farmacológica para o controle de HAS. A convocação deverá ser realizada pelas ACS.

Os pacientes portadores de HAS, devem receber o cartão de acompanhamento do hipertenso. Deverá ser entregue pelo técnico de enfermagem um cartão de papel de acompanhamento e registro dos valores de P.A., que deve ser realizado ao menos uma vez ao dia, incluindo aferições em domicílio, para que haja maior fidedignidade e se exclua a “hipertensão do avental branco”. Em casos de valores de P.A. $\geq 140 \times 90$ sustentada (em mais dois episódios ao menos), deverá ser agendada consulta médica para reavaliação terapêutica. Em caso de P.A. $\geq 180 \times 120$ (crise hipertensiva) deverá ser realizado atendimento médico imediato. No caso de valores menores, porém associado a sintomas (pseudocrise hipertensiva) também deverá ser encaminhado para avaliação médica.

Deverá ser realizada a estratificação de risco dos hipertensos em baixo, médio e alto risco, junto às ACS. Busca-se a melhor elucidação do risco cardiovascular desses indivíduos e a consequente redução de eventos cardiovasculares desfavoráveis, como Infarto Agudo do Miocárdio (IAM), Acidente Vascular Encefálico (AVE), Aneurisma de Aorta (AA), entre outros).

Todos os hipertensos classificados como de alto risco cardiovascular deverão ser encaminhados ao programa multidisciplinar de incentivo às mudanças no estilo de vida, do consórcio intermunicipal de saúde do norte do Paraná (CISMEPAR), de modo que haja seguimento multidisciplinar e suporte às mudanças do estilo de vida.

Hipertensos deverão realizar ou ter realizado consulta (nos últimos dois anos) com oftalmologista para avaliação e exame de fundo de olho. Este encaminhamento deve ser realizado pelo médico ou enfermeira.

5 REVISÃO DE LITERATURA

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma condição clínica multifatorial que é definida 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 (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010). A HAS é um grave problema de saúde pública em todo o Brasil e no mundo. Sua prevalência no Brasil varia entre 22% e 44% dos adultos (média de 32%), chegando a mais de 50% para indivíduos na faixa etária de 60 a 69 anos e em 75% em indivíduos com mais de 70 anos (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

As doenças cardiovasculares são a principal causa de morte no mundo: mais pessoas morrem anualmente por essas enfermidades do que por qualquer outra causa (SCHMIDT, 2011). Em uma estimativa do ano de 2016, 17,9 milhões de pessoas morreram por doenças cardiovasculares, o que representa 31% de todas as mortes em nível global (SCHMIDT, 2011). Destes óbitos, estima-se que 85% ocorrem devido a doenças cardíacas e acidentes vasculares cerebrais (AVCs) (SCHMIDT, 2011). Mais de 75% das mortes por doenças cardiovasculares ocorrem em países de baixa e média renda (OPAS, 2020). Das 17 milhões de mortes prematuras (pessoas com menos de 70 anos) por doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), 82% acontecem em países de baixa e média renda e 37% são causadas por doenças cardiovasculares (OPAS, 2020).

As doenças cardiovasculares são um grupo de doenças do coração e dos vasos sanguíneos e incluem (OPAS, 2020):

- Doenças coronarianas ou infarto agudo do miocárdio (IAM) – doenças dos vasos sanguíneos que irrigam o músculo cardíaco;
- Doenças cerebrovasculares – doenças dos vasos sanguíneos que irrigam o cérebro;

- Doença arterial periférica – doença dos vasos sanguíneos que irrigam os membros superiores e inferiores;
- Doença cardíaca reumática – danos no músculo do coração e válvulas cardíacas devido à febre reumática, causada por bactérias estreptocócicas;
- Cardiopatia congênita – malformações na estrutura do coração existentes desde o momento do nascimento;
- Trombose venosa profunda e embolia pulmonar – coágulos sanguíneos nas veias das pernas, que podem se desalojar e se mover para o coração e pulmões.

Ataques cardíacos e acidentes vasculares cerebrais geralmente são eventos agudos causados principalmente por um bloqueio que impede que o sangue flua para o coração ou para o cérebro (OPAS, 2020). A razão mais comum para isso é o acúmulo de placas de gordura nas paredes internas dos vasos sanguíneos que irrigam o coração ou o cérebro (OPAS, 2020). Os acidentes vasculares cerebrais (AVCs) também podem ser causados por uma hemorragia em vasos sanguíneos do cérebro ou a partir de coágulos de sangue (OPAS, 2020). A causa de IAMs e AVCs geralmente são uma combinação de fatores de risco, como o uso de cigarro e derivados, dietas inadequadas (com excesso de carboidratos simples, sódio e gorduras hidrogenadas) e obesidade, sedentarismo e o uso nocivo do álcool, hipertensão, diabetes e hiperlipidemia (OPAS, 2020). A maioria das doenças cardiovasculares pode ser prevenida por meio da abordagem de fatores comportamentais de risco, como o uso de cigarro e derivados, dietas não saudáveis e obesidade, falta de atividade física e uso nocivo do álcool (OPAS, 2020).

A hipertensão arterial sistêmica apresenta alta prevalência no Brasil e no mundo, e o seu custo social é extremamente elevado (BRASIL, 2011). A hipertensão é importante fator de risco, sendo a causa mais frequente das demais doenças do aparelho circulatório (BRASIL, 2011). Além disso, a hipertensão está, ainda, associada às demais doenças e condições crônicas, tais como doença renal crônica, diabetes, entre outras (BRASIL, 2011). Essas evidências lhe conferem magnitude, em razão do agravamento das condições de saúde do indivíduo, concorrendo para a perda da qualidade de vida, para a letalidade precoce, para os altos custos sociais e do sistema de saúde (BRASIL, 2011). O manejo adequado da hipertensão arterial requer ações articuladas principalmente em três eixos: a vigilância da hipertensão, das comorbidades

e de seus determinantes; a integralidade do cuidado; e a promoção da saúde. O investimento em educação e a mobilização social potencializam e qualificam o autocuidado e a construção de hábitos saudáveis (BRASIL, 2011).

As DCNT constituem o problema de saúde de maior magnitude e correspondem a cerca de 70% das causas de mortes (BRASIL, 2011). As DCNT atingem fortemente camadas pobres da população e grupos mais vulneráveis (BRASIL, 2011). Em 2007, a taxa de mortalidade por DCNT no Brasil foi de 540 óbitos por 100 mil habitantes (SCHMIDT, 2011), o que representa uma taxa elevada. Dentre os fatores de risco no Brasil podemos citar que os níveis de atividade física no lazer na população adulta são baixos (15%) e apenas 18,2% consomem cinco porções de frutas e hortaliças em cinco ou mais dias por semana. 34% consomem alimentos com elevado teor de gordura e 28% consomem refrigerantes cinco ou mais dias por semana, o que contribui para o aumento da prevalência de excesso de peso e obesidade, que atingem 48% e 14% dos adultos, respectivamente (BRASIL, 2011). Isso está intimamente relacionado com a incidência de novos casos de HAS. Tais fatores são responsáveis, em grande parte, pela epidemia de sobrepeso e obesidade, pela elevada prevalência de hipertensão arterial e pelo colesterol alto (MALTA et al., 2006). Como nos outros países, no Brasil as doenças crônicas não transmissíveis também se constituem como o problema de saúde de maior magnitude (BRASIL, 2011). São responsáveis por cerca de 70% das causas de mortes, com destaque para doenças do aparelho circulatório (31,3%), câncer (16,3%), diabetes (5,2%) e doença respiratória crônica (5,8%), e atingem indivíduos de todas as camadas socioeconômicas e, de forma mais intensa, aqueles pertencentes a grupos mais vulneráveis, como os idosos e os de baixa escolaridade e renda (BRASIL, 2011). Os principais fatores de risco para DCNT são o tabaco, a alimentação não saudável, a inatividade física e o consumo nocivo de álcool, responsáveis, em grande parte, pela epidemia de sobrepeso e obesidade, pela elevada prevalência de hipertensão arterial e pelo colesterol alto (MALTA et al., 2006). Em termos de mortes atribuíveis, os grandes fatores de risco globalmente conhecidos são: HAS (responsável por 13% das mortes no mundo), tabagismo (9%), altos níveis de glicose sanguínea (6%), sedentarismo (6%) e sobrepeso e obesidade (5%) (WHO, 2009). Os efeitos desses fatores comportamentais de risco podem se manifestar em indivíduos por meio de pressão arterial elevada, glicemia alta, hiperlipidemia, sobrepeso e obesidade (BRASIL, 2011). Tais fatores podem ser mensurados em unidades

básicas de saúde e indicam um maior risco de desenvolvimento de ataques cardíacos, acidentes vasculares cerebrais, insuficiência cardíaca e outras complicações (BRASIL, 2011).

No Brasil, mesmo com a existência do Sistema Único de Saúde (SUS), gratuito e universal, o custo individual de uma doença crônica ainda é bastante alto, em função dos custos agregados, o que contribui para o empobrecimento das famílias (BRASIL, 2011). Além disso, os custos diretos das DCNT para o sistema de saúde representam impacto crescente (BRASIL, 2011). No Brasil, as DCNT estão entre as principais causas de internações hospitalares (BRASIL, 2011), o que eleva os custos ao sistema de saúde. Recente análise do Banco Econômico Mundial estima que países como Brasil, China, Índia e Rússia perdem, anualmente, mais de 20 milhões de anos produtivos de vida devido às DCNT (WORLD ECONOMIC FORUM, 2008). Estimativas para o Brasil sugerem que a perda de produtividade no trabalho e a diminuição da renda familiar resultantes de apenas três DCNT (diabetes, doença do coração e acidente vascular encefálico) já levaram a uma perda na economia brasileira de US\$ 4,18 bilhões entre 2006 e 2015 (ABEGUNDE, 2007).

A cessação do tabagismo, redução do sal na dieta, consumo de frutas e vegetais, atividades físicas regulares e evitar o uso nocivo do álcool têm se mostrado eficazes para reduzir o risco de doenças cardiovasculares (BRASIL, 2011). Outras determinantes dessas enfermidades a serem abordadas incluem pobreza, estresse e fatores hereditários (OMS, 2010). Além disso, o tratamento medicamentoso da diabetes, hipertensão e hiperlipidemia pode ser necessário para reduzir os riscos cardiovasculares e prevenir ataques cardíacos e AVCs (BRASIL, 2011). Políticas de saúde que criam ambientes propícios para escolhas saudáveis acessíveis são essenciais para motivar as pessoas a adotarem e manterem comportamentos saudáveis (BRASIL, 2011).

De modo a reduzir os danos, intervenções muito rentáveis que são viáveis para implementação mesmo em ambientes de baixa renda foram identificadas pela Organização Mundial da Saúde (OMS) para prevenção e controle de doenças cardiovasculares (OMS, 2010). Elas incluem dois tipos de intervenções: para a população em geral e em nível individual (OMS, 2010). Recomenda-se a combinação das duas opções para reduzir a maior carga das doenças cardiovasculares (OMS, 2010). Exemplos de intervenções para a população em geral que devem ser implementados para que haja redução das doenças cardiovasculares incluem (OMS, 2010):

- Políticas abrangentes para controle do tabaco;
- Impostos para reduzir a ingestão de alimentos ricos em gorduras, açúcares e sal;
- Construção de vias para caminhada e ciclismo, com o objetivo de aumentar a prática de atividades físicas;
- Estratégias para reduzir o uso nocivo do álcool;
- Fornecimento de refeições saudáveis para crianças no ambiente escolar.

Já em nível individual, intervenções de saúde para a prevenção dos primeiros ataques cardíacos e acidentes vasculares cerebrais devem se concentrar primordialmente nas pessoas com alto risco cardiovascular ou nos indivíduos com um fator de risco – como hipertensão e hipercolesterolemia – em níveis elevados (OMS, 2010). A intervenção baseada no enfoque integral gera um resultado mais rentável que aquela baseada em nível individual e tem o potencial de diminuir substancialmente os eventos cardiovasculares desfavoráveis (OMS, 2010). Esta abordagem é viável na atenção primária em locais com poucos recursos, inclusive por profissionais de saúde que não são médicos (OMS, 2010).

Para a prevenção secundária de doenças cardiovasculares em pacientes com doença estabelecida, incluindo a diabetes, são necessários tratamentos com os seguintes medicamentos (SESA, 2018):

- Aspirina
- Betabloqueadores
- Inibidores da enzima conversora da angiotensina
- Estatinas.

Os benefícios dessas intervenções são em boa parte independentes, mas quando combinados à cessação do tabagismo, é possível prevenir cerca de 75% dos eventos vasculares recorrentes (SESA, 2018). Atualmente, a aplicação dessas intervenções apresenta grandes deficiências, sobretudo no nível da atenção primária (SESA, 2018).

Além disso, operações cirúrgicas de alto custo às vezes são necessárias para tratar doenças cardiovasculares, incluindo (SESA, 2018):

- Cirurgia de revascularização cardíaca
- Angioplastia com balão (na qual um pequeno dispositivo em forma de balão é colocado em uma artéria obstruída para reabri-la)
- Reparação e substituição da válvula cardíaca

- Transplante de coração
- Implantação de coração artificial

Dispositivos médicos são requeridos para tratar algumas doenças cardiovasculares, incluindo: marca-passos, válvulas protéticas e encaixes para fechar cavidades no coração (SESA, 2018).

6 RESULTADOS

Foi realizada apresentação remota ao gestor da atenção básica, enfermeiro Rafael, das propostas de intervenção no dia 16/12/2020 no período da manhã. A coordenação da atenção básica demonstrou interesse e entusiasmo com a proposta, porém informou que antes do início do próximo ano não poderiam ser realizadas as atividades propostas que requerem a equipe NASF. Como agravante, em janeiro houve mudança de toda a equipe da gestão, devido à eleição de outro prefeito. Portanto, foi necessária nova reunião com a gestão da atenção básica, realizada no dia 11/01/2021, de modo presencial, com a enfermeira Josiane, que ficou responsável pela coordenação da atenção básica na nova gestão. Nesta reunião foram apresentadas as propostas de acompanhamento dos hipertensos, bem como explicadas todas as ações, por meio do recurso físico “esquema de planejamento”, apresentado em Anexo. Josiane demonstrou interesse nas propostas e ficou responsável por articular as ações com a nutricionista e com fisioterapeuta (apesar de que a única fisioterapeuta do município pediu exoneração no final do ano de 2020 e não contamos mais com fisioterapeuta no município). Josiane também informou sobre um programa que existe no Consórcio Intermunicipal de Saúde do Norte do Paraná (CISMEPAR), chamado Modelo de Atenção em Condições Crônicas (MACC) no qual há uma equipe multidisciplinar composta por cardiologista, endocrinologista, educador físico e nutricionista voltada ao atendimento de pacientes com alto risco cardiovascular e diabetes e visa principalmente a mudança dos hábitos de vida. A coordenadora, Josiane, enviou um informativo sobre o programa e os pré-requisitos necessários para o encaminhamento dos hipertensos de alto risco, assim como os formulários e exames necessários para o encaminhamento. As atividades do programa estão adiadas devido à pandemia de COVID-19. Também devido a pandemia, até a conclusão deste trabalho não foi possível realizar as ações previstas com a nutricionista e educador físico, pois os mesmos

estavam realizando tele monitoramento dos casos ativos e suspeitos de COVID-19, de acordo com a determinação da secretaria de saúde local. Também houve cancelamento das atividades em grupo previstas, devido ao agravamento da situação da pandemia em todo o país no início do ano de 2021.

Foi realizada nova estratificação de risco dos hipertensos, juntamente aos ACS. Foram estratificados 321 hipertensos, o que representa aproximadamente toda a população de hipertensos do território adscrito. Trinta e nove hipertensos não foram ainda estratificados devido à informações insuficientes em prontuário ou por realizarem acompanhamento particular, portanto, o total de hipertensos estratificados foi de 282. Os resultados desta estratificação são apresentados na Figura 1.

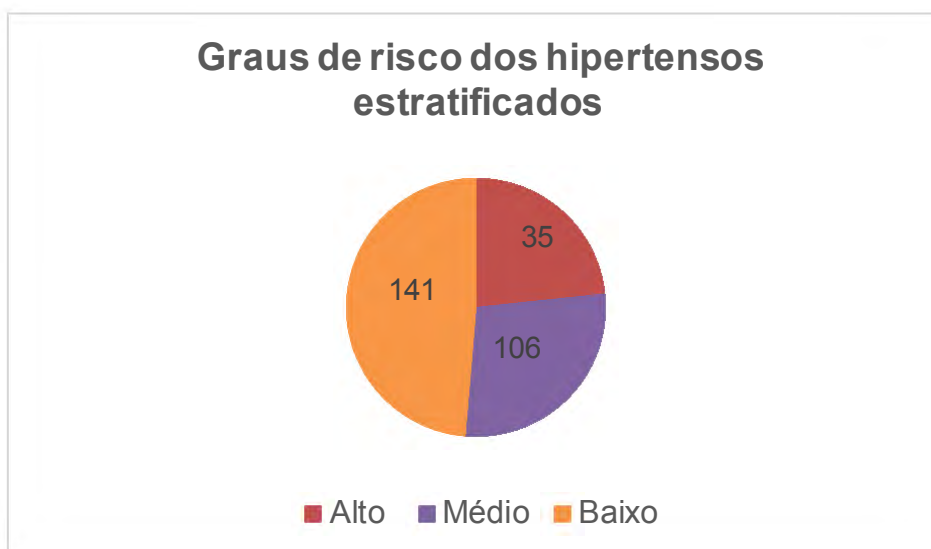


Figura 1. Resultados da estratificação de risco dos hipertensos

O início da realização dos grupos de caminhada para promover a prática de atividade física na UBS e do acompanhamento nutricional para os hipertensos será decidido junto à gestão municipal no primeiro semestre deste ano. Quanto aos cartões de acompanhamento dos hipertensos, já foram entregues aproximadamente 52 cartões, os quais estão sendo utilizados no monitoramento da PA destes hipertensos.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este protocolo foi construído com intuito de ser aplicado na atenção básica em

saúde e aprovado pela gestão local. Ainda não foi implantado em sua totalidade, devido às medidas de enfrentamento à COVID-19 e realocação do quadro de funcionários, mas é previsto para ser aplicado no ano de 2021. As ações já realizadas contribuíram no sentido de melhorar a percepção da importância do autocuidado pelo paciente hipertenso, visto que estes se atentaram mais sobre a importância do controle de sua comorbidade para que sejam evitados agravos e desfechos desfavoráveis. O cartão do hipertenso gera a corresponsabilidade do cuidado, tendo o paciente como um dos atores principais no cuidado.

Brevemente, visa-se utilizar a reestratificação realizada para implantar as demais ações previstas e consequentemente atingir o melhor controle pressórico dos indivíduos em questão.

REFERÊNCIAS

1. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. (Cadernos de Atenção Básica, n. 37).
2. IBGE CIDADES, 2020. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/>. Acesso em 27/11/2020.
3. ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Linhas de cuidado: hipertensão arterial e diabetes**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2010.
4. PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde. Superintendência de Atenção à Saúde. **Linha guia de hipertensão arterial**. 2. ed. Curitiba: SESA, 2018.
5. AGENTES COMUNITÁRIAS DE SAÚDE. **Planilhas de produtividade da UBS Mauro José Pierro**. 20 de set. de 2020.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. **Vigitel Brasil 2019: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico : estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2019** [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças não Transmissíveis. – Brasília: Ministério da Saúde, 2020. 137. Disponível em: <http://www.crn1.org.br/wp-content/uploads/2020/04/vigitel-brasil-2019-vigilancia-fatores-risco.pdf?x53725>
7. Brasil. 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** / Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 160 p. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_acoes_enfrent_dcnt_2011.pdf
8. MALTA, Deborah Carvalho et al. **Doenças crônicas não transmissíveis e a utilização de serviços de saúde: análise da Pesquisa Nacional de Saúde no Brasil**. Revista de Saúde Pública, v. 51, p. 4s, 2017. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/rsp/v51s1/pt_0034-8910-rsp-S1518-87872017051000090.pdf

9. MEDEIROS, Cássia Regina Gotler et al. **Estratégia saúde da família e morbimortalidade por doenças crônicas evitáveis em pequenos municípios**. Revista Baiana de Saúde Pública, v. 42, n. 1, 2018. Disponível em: <http://rbsp.sesab.ba.gov.br/index.php/rbsp/article/view/2589>

10. ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE – OPAS. **Folha informativa doenças cardiovasculares**. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/topicos/doencas-cardiovasculares> (2020)

ANEXOS

ESQUEMA DE PLANEJAMENTO

PROPOSTA DE ACOMPANHAMENTO PARA HIPERTENSOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA



Articulação de estratégias junto aos gestores.



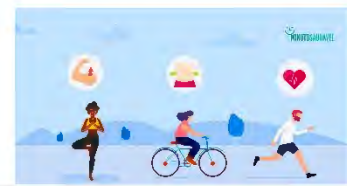
Estratificação de risco dos hipertensos junto às ACS.

A form titled 'PROGRAMA DE ATENDIMENTO AO HIPERTENSO' from the 'SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE'. It includes fields for 'Nome', 'End:', and 'Fone:'. There is a section for 'MEDICAMENTOS EM USO' with columns for 'Nome' and 'X/ dia'. At the bottom, it says 'Retorno p/ consulta médica em: / /' and 'Data de emissão: / /'.

Cartão de acompanhamento do hipertenso



Promover a redução da ingestão de sódio para auxiliar no controle pressórico junto a nutricionista



Promover a prática da atividade física para os hipertensos na UBS junto ao educador físico



HAS alto risco – seguimento com cardiologia



HAS alto risco – seguimento com oftalmologia