



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE SAÚDE PÚBLICA
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA 2018

Leandro Souza de Oliveira Gago

Educação em saúde para prevenção e tratamento da
Hipertensão Arterial Sistêmica na unidade de saúde da
família do Pilar IV - RJ

Florianópolis, Março de 2023

Leandro Souza de Oliveira Gago

Educação em saúde para prevenção e tratamento da Hipertensão Arterial Sistêmica na unidade de saúde da família do Pilar IV - RJ

Monografia apresentada ao Curso de Especialização na Atenção Básica da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito para obtenção do título de Especialista na Atenção Básica.

Orientador: Bruna Lima Selau
Coordenadora do Curso: Profa. Dra. Fátima Buchele Assis

Florianópolis, Março de 2023

Leandro Souza de Oliveira Gago

Educação em saúde para prevenção e tratamento da Hipertensão Arterial Sistêmica na unidade de saúde da família do Pilar IV - RJ

Essa monografia foi julgada adequada para obtenção do título de “Especialista na atenção básica”, e aprovada em sua forma final pelo Departamento de Saúde Pública da Universidade Federal de Santa Catarina.

Profa. Dra. Fátima Buchele Assis
Coordenadora do Curso

Bruna Lima Selau
Orientador do trabalho

Florianópolis, Março de 2023

Resumo

Introdução: a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é um grave problema de saúde pública tanto no Brasil quanto mundo que contribui para o aumento da morbidade e mortalidade das doenças cardiovasculares. Por ser uma doença silenciosa, seu diagnóstico muitas vezes não é realizado em tempo correto, e quando diagnosticado, o desafio está na adesão e continuidade ao tratamento oferecido. Ações educativas na Atenção Primária podem estimular o desenvolvimento de autonomia do indivíduo, adesão ao tratamento medicamentoso e possibilitar espaços de discussões e orientações quanto à adoção de hábitos de vida saudáveis. **Objetivo:** o objetivo desse estudo é diminuir os novos casos e aumentar a adesão ao tratamento medicamentoso de pessoas com Hipertensão Arterial Sistêmica na Unidade de Saúde da Família do Pilar IV. **Metodologia:** para realizar o projeto de intervenção será formada uma equipe multiprofissional com os profissionais de saúde que trabalham na USF do Pilar IV. Serão criados grupos de até 15 participantes que receberão atendimentos e participarão de encontros de educação em saúde. As ações previstas no programa serão compostas por: palestras que estimulem e debatam a importância da adoção de estilo de vida saudável e do tratamento medicamentoso adequado para a doença; e a realização de caminhadas orientadas no entorno das dependências da USF. **Resultado esperados:** espera-se que os pacientes com HAS sejam atendidos e acompanhados adequadamente e que tenham autonomia através do conhecimento sobre a doença e sobre os principais fatores de risco que afetam os pacientes com HAS, além disso, prevenir diminuir o número de hipertensos na região, complicações provenientes da falta de controle da doença e, conseguir maior adesão dos pacientes ao tratamento não medicamentoso estimulando mudanças no estilo de vida como uma alimentação saudável e à prática de exercícios físicos.

Palavras-chave: Adesão ao tratamento medicamentoso, Educação em Saúde, Hipertensão, Prevenção de Doenças, Promoção da Saúde

Sumário

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

1 Introdução

O estudo será realizado na Unidade de Saúde da Família (USF) do Pilar IV, que está localizada no bairro do Pilar, no 2º distrito (Campos Elíseos) do município de Duque de Caxias no Rio de Janeiro. A equipe é composta por uma enfermeira, cinco Agentes Comunitários de Saúde (ACSs), um médico do Programa Mais Médicos, uma técnica de enfermagem e um cirurgião-dentista. Segundo informações do Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB) da Secretaria Municipal de Saúde (SMS), a população acompanhada nessa USF é de 911 famílias, com 3.304 pessoas cadastradas, distribuídas em seis micro áreas.

A Unidade de Saúde da Família do Pilar IV foi inaugurada em 2004, e outras duas equipes de saúde, Pilar III e V, também desenvolvem suas atividades no mesmo local. As equipes são compostas pelos seguintes profissionais: duas médicas do Programa de Valorização dos Profissionais de Atenção Básica (PROVAB), dois dentistas, dois enfermeiros, duas técnicas de enfermagem, dez Agentes Comunitários de Saúde, duas auxiliares de serviços gerais, uma auxiliar de saúde bucal e uma auxiliar administrativa.

A Equipe de Saúde do Pilar IV realiza o cuidado em saúde da população com acolhimento de demanda espontânea e ações programadas de pré-natal, puericultura, pediatria, consultas de enfermagem, clínicas odontológicas, atividades educativas, visitas domiciliares e imunização. Os dias de atendimento da USF são de segunda à sexta-feira, com horário das oito às dezessete horas. Há grande procura pelo serviço de saúde da USF Pilar equipe IV principalmente por pacientes que apresentam doenças crônicas como Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), Diabetes Mellitus (DM), problemas de saúde mental, gestantes que procuram consultas de pré-natal, e uma menor demanda a puericultura e vacinação.

Os quinze Agentes Comunitários de Saúde das Equipes de Estratégia da Saúde da Família do Pilar III, IV e V são incumbidos pela cobertura de uma população adscrita de 12.000 pessoas, com atuação em áreas de grande vulnerabilidade e incidência de HAS. De acordo com o Sistema Único de Saúde (SUS), a HAS é responsável por 14% do total de internações, sendo 17,2% por acidente vascular cerebral (AVC) e infarto agudo do miocárdio (BRASIL, 2013). Essa doença requer cuidados de saúde essenciais do usuário além da adoção de um estilo de vida saudável, por isso é indispensável a atuação da equipe básica de saúde na prevenção e no acompanhamento dessa doença.

A HAS é um dos problemas de saúde mais frequentes no PILAR IV, o que é agravado ainda mais devido à falta de adesão ao tratamento oferecido à comunidade, que pode estar ligado a falta de conhecimento quanto aos assuntos de saúde e a desinformação com as consequências da doença. Outra questão que pode levar à falta de adesão é a ausência de sintomas, o que leva a pessoas hipertensa a ter dificuldade de aceitar a patologia

(MEDEIROS et al., 2014) (BECHO; OLIVEIRA; ALMEIDA, 2017).

O fato de muitos pacientes manterem-se com a Pressão Alta (PA) torna um problema de grande relevância tendo em vista que essas doenças quando não tratadas adequadamente diminuem a expectativa e a qualidade de vida dessas pessoas (BEASER; JACKSON, 2012). Por isso, a importância de elaborar um projeto de intervenção com o objetivo de aumentar a adesão ao tratamento medicamentoso e diminuir os casos novos de HAS.

Portanto, tendo em vista que a HAS é uma das principais enfermidades de saúde atendidas na USF Pilar IV e um dos principais desafios dessa doença esta relacionado à falta de adesão e de continuidade ao tratamento, torna-se imprescindível atuar em busca de uma maior adesão aos tratamentos dessa enfermidade. Este trabalho se justifica, pois as equipes de saúde da família, como a Pilar IV, dispõem de plenas condições para promoverem a adesão ao tratamento de doenças, considerando o vínculo existente entre paciente e profissional de saúde, além de favorecerem a participação e responsabilidade do usuário no tratamento. As ações educativas promovidas pelos profissionais de saúde estimulam o desenvolvimento de autonomia do indivíduo, ademais possibilitam espaços de discussões e orientações quanto à adoção de novos hábitos de vida saudáveis (OLIVEIRA et al., 2013).

Os profissionais de saúde que estão envolvidos nesta unidade dominam intensamente a sua realidade de atuação, além de contar com a participação de uma parte ativa da comunidade. Dessa forma, os profissionais de saúde conseguem compreender a linguagem, os princípios, os padrões e as viabilidades da coletividade, além disso, levam seus saberes e aprendizados para a equipe de saúde, criando novas opções para o processo de intervenção. Como profissional de saúde, é importante contribuir para a qualidade de vida da população por meio do processo de educação em saúde, incentivando-os na adoção e manutenção de práticas saudáveis. As informações que um usuário recebe podem auxiliar na compreensão e manejo da doença, tornando cada vez mais consciente e ativo no processo saúde/doença, contribuindo assim, para a melhoria da saúde da comunidade.

2 Objetivos

2.1 Objetivo Geral

Diminuir os novos casos e aumentar a adesão ao tratamento medicamentoso de pessoas com Hipertensão Arterial Sistêmica na Unidade de Saúde da Família do Pilar IV.

2.2 Objetivos Específicos

- Identificar os motivos de adesão ao tratamento medicamentoso de pessoas com Hipertensão Arterial Sistêmica;
- Conscientizar a população informando da importância da medicação e das consequências do não tratamento;
- Promover e incentivar a adesão de hábitos saudáveis incluindo atividades físicas regulares, alimentação saudável e redução do consumo de álcool e de tabagismo.

3 Revisão da Literatura

Definição conceitual e dados epidemiológicos da Hipertensão Arterial (HA)

A Hipertensão Arterial (HA) é uma doença crônica não transmissível (DCNT) que acomete grande parte da população e o seu crescimento deve-se a vários fatores de risco que possibilitam ao seu surgimento (CAVAGIONI et al., 2009)(BECHO; OLIVEIRA; ALMEIDA, 2017)(SARTORI, 2017)(DANTAS et al., 2018). A HA é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial (PA) e está associada, frequentemente, a alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo (coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos) e a alterações metabólicas, com consequente aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não-fatais (SBC, 2019)(BECHO; OLIVEIRA; ALMEIDA, 2017). Dessa forma, a HA acarreta alterações estruturais e funcionais do sistema vascular, sendo muitas vezes uma doença silenciosa e assintomática. Dados estimativos indicam que 40% dos acidentes vasculares encefálicos e 25% dos infartos de miocárdio, que aconteceram em indivíduos hipertensos poderiam ser evitados com tratamento antihipertensivo adequado (CHAVES et al., 2017).

No Brasil, a HAS contempla três itens importantes na sua caracterização: prevalência acomete entre 22,3% a 43,9% da população maior de 18 anos (32% em média, pontuando 50% na faixa etária de 60 a 69 anos e 75% para > 70 anos) e responde por uma parcela significativa das consultas da rede básica; transcendência é um dos principais fatores de risco associado ao infarto agudo do miocárdio (IAM), acidente vascular encefálico (AVE) e outros agravos, inclusive morte, além de sua forma silenciosa de desenvolvimento; e vulnerabilidade, facilmente tratável e controlável no âmbito da Atenção Primária de Saúde (APS), uma vez que 50 a 80% dos casos se resolve na rede básica (CAVAGIONI et al., 2009)(BECHO; OLIVEIRA; ALMEIDA, 2017)(SARTORI, 2017)(DANTAS; RONCALLI, 2019). Conforme o VII Diretrizes de Hipertensão Brasileira (2016), a HA é diagnosticada pela detecção de níveis elevados e sustentados de PA pela medida casual. A medida da PA deve ser realizada em toda avaliação por médicos de qualquer especialidade e demais profissionais da saúde. É recomendada a medida da PA em toda avaliação clínica após os três anos de idade, pelo menos anualmente, como parte do seu atendimento pediátrico primário, devendo respeitar as padronizações estabelecidas para os adultos (SBC, 2019).

Apesar de quase um quarto dos brasileiros adultos enfrentar a hipertensão, o número de complicações ligadas à doença tem diminuído fortemente devido ao maior controle da doença, que chegou em 2012 ao menor patamar dos últimos 10 anos. De acordo com a pesquisa Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL), realizado em 2017, a prevalência de hipertensão passou de 22,6% em 2006 para 24,3% em 2017 (BRASIL, 2020). No período de 2008 a 2012, foram registrados, no Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), 5.685.827

internações por doenças do aparelho circulatório e, destas, 479.497 por hipertensão essencial (primária). De 2008 a 2014, ocorreram 273.393 internações em homens adultos por HAS, respondendo por 6,7/1.000 internações (DANTAS; RONCALLI; DANTAS, 2015).

Estudos epidemiológicos têm identificado a associação positiva da Hipertensão Arterial às características sociodemográficas, ao consumo de álcool, à ingestão de sódio, ao estresse, ao diabetes, à obesidade e ao sedentarismo (NASCENTE et al., 2010). São considerados como fatores de risco para as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), como a HA, os hábitos e comportamentos, em geral, associados ao estilo de vida moderno, efeito da globalização e da rápida urbanização, como o sedentarismo, o consumo de alimentos com alto teor de gorduras e açúcares, o tabagismo, a ingestão excessiva de álcool, o sobrepeso e obesidade, níveis alterados de pressão arterial e hiperglicemia. Fatores como gênero, etnia e nível de escolaridade, além do local e situação de residência, exercem considerável influência sobre o padrão de distribuição das DCNT (MARIOSIA; FERRAZ; SANTOS-SILVA, 2018).

A manifestação da Hipertensão Arterial Sistêmica não pode ser explicada apenas por relação de causa e efeito, mas pelo contexto social e pelo estilo de vida que o indivíduo, como ser biológico e psicológico, encontra-se inserido (TEIXEIRA et al., 2006). Os hábitos alimentares, que incluem a ingestão excessiva de sal e o uso prolongado de álcool, tem associação com a ocorrência de HAS, no Brasil, independente das condições demográficas. Quanto ao sedentarismo, fatores socioeconômicos e fatores genéticos, embora em certas situações a influência seja perceptível, não existem para o Brasil estudos suficientemente conclusivos (MARIOSIA; FERRAZ; SANTOS-SILVA, 2018).

A HA tem alta prevalência e baixas taxas de controle, é considerada um dos principais Fatores de Risco (FR) modificáveis e um dos mais importantes problemas de saúde pública. A mortalidade por Doença Cardiovascular (DCV) aumenta progressivamente com a elevação da PA a partir de 115/75 mmHg de forma linear, contínua e independente. Em 2001, cerca de 7,6 milhões de mortes no mundo foram atribuídas à elevação da PA (54% por Acidente Vascular Encefálico (AVE) e 47% por Doença Isquêmica do Coração (DIC)), sendo a maioria em países de baixo e médio desenvolvimento econômico e mais da metade em indivíduos entre 45 e 69 anos. No Brasil, as DCV têm sido a principal causa de morte. Em 2007 ocorreram 308.466 óbitos por doenças do sistema circulatório (SBC, 2019).

O tratamento da Hipertensão Arterial tem como objetivo primordial a redução da morbidade e da mortalidade cardiovasculares (PADWAL; STRAUS; MCALISTER, 2001). Assim, os anti-hipertensivos devem não só reduzir a pressão arterial, mas também os eventos cardiovasculares fatais e não-fatais, e, se possível, a taxa de mortalidade. As evidências provenientes de estudos de desfechos clinicamente relevantes, com duração relativamente curta, de três a quatro anos, demonstram redução de morbidade e mortalidade com administração de diuréticos, betabloqueadores, Inibidores da Enzima Conversora da

Angiotensina (IECA), Bloqueadores do Receptor AT1 da Angiotensina (BRA II) e com Antagonistas dos Canais de Cálcio (ACC), embora a maioria dos estudos utilizem, no final, associação de anti-hipertensivos. Este benefício é observado com a redução da Pressão Arterial, com base nos estudos disponíveis até o momento, parece independe da classe de medicamentos utilizados (LAW; MORRIS; WALD, 2009). Metanálises recentes indicam que este benefício é de menor relevância com betabloqueadores, em especial com atenolol, quando em comparação com os demais antihipertensivos (CALBERG; SAMUELSSON; LINDHOLM, 2004).

Ações do Governo para o enfrentamento da Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS)

O Governo Federal desenvolve ações através do Ministério da Saúde (MS) em todo território brasileiro, denominadas de assistência farmacêutica, que por meio da atenção básica à saúde distribui alguns medicamentos de uso contínuo nos Centros de Saúde de todo Brasil. Principalmente os medicamentos para Diabetes e Hipertensão Arterial, que fazem parte das DCNT. Os indivíduos portadores dessas patologias são cadastrados pelas Secretarias de Saúde através do Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos (HIPERDIA). Entretanto, apenas essa ação não estava atendendo a demanda de indivíduos que necessitavam de remédios de uso contínuo para controle da Hipertensão Arterial, por isso foi criado o Programa Farmácia Popular do Brasil (PFPPB) que visa expandir o atendimento a esses pacientes (DATASUS, 2020).

A criação do PFPPB, em 2004, objetiva garantir o acesso a medicamentos para todos os usuários tanto para os que possuem plano de saúde privado, como também aos usuários do SUS que não encontrarem medicamentos disponíveis na Farmácia Básica, e assim a população acometida de Hipertensão Arterial pode garantir com mais eficácia o uso contínuo do medicamento, pois como relatado anteriormente a adesão ao tratamento ainda é pequena pelos indivíduos diagnosticados com a doença. Nesta perspectiva, o Programa Farmácia Popular do Brasil foi criado pelo Governo Federal, em associação com a FIOCRUZ, uma instituição que tem a responsabilidade de disponibilizar os medicamentos mediante ressarcimento, assegurando à população o acesso a produtos básicos e essenciais à saúde a um preço reduzido, pela Lei no 10.858, de 13 de abril de 2004, regulamentada pelo Decreto no 5.090, de 20 de maio de 2004 (BRASIL, 2005).

O PFPPB tem como um dos seus principais objetivos a ampliação do acesso da população aos medicamentos básicos e essenciais, diminuindo, assim, o impacto do preço dos remédios no orçamento familiar. Dados da Organização Mundial da Saúde (OMS) e de instituições brasileiras indicam que as famílias de menor renda destinam 2/3 dos gastos com saúde para a compra de remédios (BRASIL, 2005). O art. 1º do Decreto no 5.090/04 dispõe sobre a disponibilização de medicamentos pela Fundação Oswaldo Cruz, visando assegurar à população o acesso a produtos básicos e essenciais à saúde a baixo custo, in verbis:

Art. 1º Fica instituído o Programa "Farmácia Popular do Brasil", que visa a disponibilização de medicamentos, nos termos da Lei no 10.858, de 13 de abril de 2004, em municípios e regiões do território nacional. § 1º A disponibilização de medicamentos a que se refere o caput será efetivada em farmácias populares, por intermédio de convênios firmados com Estados, Distrito Federal, Municípios e hospitais filantrópicos, bem como em rede privada de farmácias e drogarias. § 2º Em se tratando de disponibilização por intermédio da rede privada de farmácia e drogarias, o preço do medicamento será subsidiado (BRASIL, 2004).

O PFPB garante o acesso gratuito a produtos básicos e essenciais, e a baixo custo para usuários que têm dificuldade em adquirir medicamentos em farmácias comerciais. Para adquirir, basta que o interessado visite uma unidade própria do programa ou uma drogaria com a marca "Aqui tem Farmácia Popular". Nas unidades próprias, é necessária a apresentação da receita médica ou odontológica. Nas drogarias, além da receita é necessária a apresentação do comprovante de endereço, documento com foto e o CPF. Para cada pessoa, é entregue remédios suficientes para um mês (BRASIL, 2005).

Dentro da organização do sistema de saúde brasileiro, morbidades crônicas como a HAS, devem receber a primeira atenção para diagnóstico e tratamento, bem como seguimento, nas unidades primárias ou também conhecidas como Unidades Básicas de Saúde. Vários programas com especificidades para doenças como diabetes, hipertensão arterial e asma fazem parte da rotina de atendimento nessas unidades. O paciente hipertenso, como doente crônico, é assistido em ambulatório nesse nível do sistema (BRASIL, 2020).

No SUS, o atendimento a urgências/emergências é articulado e integrado com todos os equipamentos de saúde com o objetivo de ampliar e qualificar o acesso humanizado e integral aos usuários com a agilidade necessária para cada tipo de caso. A intenção da rede é priorizar linhas de cuidados cardiovascular, cerebrovascular e traumatológica. Entre os componentes dessa rede estão presentes as Unidades de Pronto Atendimento (UPA) e o conjunto de serviços de urgência 24 horas, Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) (192), portas hospitalares de atenção às urgências, entre outros (BRASIL, 2020).

A HA, por ser uma doença de origem multifatorial, possui tratamento específico e que necessita de avaliação constante, com ações para que o controle pressórico e sintomático da doença seja resolutivo. Nesse aspecto, estratégias de cuidado a morbidade são criadas e recomendadas pelo Ministério da Saúde e por outros órgãos públicos de diversos países, responsáveis pela promoção à saúde e prevenção de agravos, uma vez que, na maioria dos casos, a HA pode ser diagnosticada e tratada pela rede de Atenção Primária à Saúde (APS) (REGO et al., 2018).

A Estratégia Saúde da Família (ESF) tem como princípio a vigilância à saúde, tendo como característica a atuação inter e multidisciplinar. A ESF atua também em grupos específicos da população como os portadores de hipertensão arterial sistêmica (HAS) (CAMARGO; ANJOS; AMARAL, 2013). Além disso, a ESF favorece a expansão e consolidação da APS sendo porta de entrada para o diagnóstico das necessidades de saúde

e responsável por integralizar as ações de saúde e o acesso à continuidade terapêutica, com manejo das ações em saúde pautados na resolutividade das necessidades de saúde da população (REGO et al., 2018).

Para o cuidado à pessoa com HA, o MS preconiza a adoção de estratégias, principalmente de caráter educativo, com esquemas terapêuticos baseados em consultas e ações equitativas realizadas pelos profissionais de saúde. Estas ações podem potencializar a acessibilidade ao tratamento da doença, estimular a participação do usuário no controle dos agravos à saúde, de acordo com a dinâmica organizacional, econômica e geográfica estabelecida pela gestão de saúde dos municípios (REGO et al., 2018). A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é um grande problema de saúde mundial devido a sua alta prevalência, complicações graves e falta de controle adequado, afetando mais de um bilhão de pessoas e desses, mais de nove milhões morrem anualmente como resultado direto da doença (SBC, 2019).

Normalmente, os serviços de saúde ou ajuda de profissionais, são procurados quando o indivíduo apresenta algum sinal ou sintoma de que algo não está bem. Assim, esses sintomas irão orientar o reconhecimento de diagnósticos dados pelos médicos, aceitando-os. Entretanto, a falta de sintomas no caso específico da HAS torna o fato de estar doente bem subjetivo. Os sintomas referidos por esses pacientes são inespecíficos e eles buscam relacioná-los com os valores de PA, principalmente, pacientes com maior tempo de diagnóstico da doença (GAMEZ; ROALES-NIETO; SAGAYURD, 2006).

A HAS é um dos problemas de saúde mais frequentes no PILAR IV, principalmente, devido à falta de adesão ao tratamento oferecido à comunidade. A grande dificuldade dos pacientes em relação ao controle da doença e adesão ao tratamento pode ter como consequências: a descompensação da doença, o acidente vascular e até a morte. Promover uma adequada adesão ao tratamento em conjunto com medidas de prevenção e a promoção de saúde são muito importantes no trabalho da equipe de saúde na atenção primária. A adoção de estilo de vida saudável é de fundamental importância no processo terapêutico e na prevenção da hipertensão, sem o qual os medicamentos não resultarão em níveis adequados de pressão arterial. Tendo o usuário o conhecimento da doença e dos fatores de risco que levam à mesma, em conjunto com ambiente favoráveis a adoção de hábitos de vida saudáveis, e profissionais para orientá-los, é possível que a comunidade possa adotar estilos de vida saudáveis.

4 Metodologia

Este projeto de intervenção pretende desenvolver um programa para aumentar a adesão ao tratamento medicamentoso de pessoas com Hipertensão Arterial e a prevenção de novos casos. Este estudo será realizado na Unidade de Saúde da Família (USF) do Pilar IV no município de Duque de Caxias no Rio de Janeiro. O objetivo do programa é possibilitar mudanças no estilo de vida dos participantes, que sejam benéficas para a saúde, que auxiliem na prevenção da HAS e que tragam qualidade de vida.

Para realizar intervenção será formada uma equipe com os profissionais de saúde que trabalham na USF do Pilar IV. A equipe será composta por: médicos, nutricionistas, psicólogos, assistentes sociais, educadores físicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e ACSs. Através da capacitação dos Agentes Comunitários de Saúde, estes serão os principais agentes da educação em saúde o que possibilitará o aumento das habilidades dos usuários da UBS para tomar decisões relacionadas ao seu autocuidado e a melhoria da qualidade de vida.

Serão criados grupos de até 15 participantes que receberão atendimentos e educação em saúde através dos ACSs, e quando necessário atendimento individual com o médico. Para participar do programa serão selecionados os pacientes hipertensos com mais de 12 meses de diagnóstico confirmado pela equipe do Pilar IV, e que fazem parte do grupo de risco, tais como: consumo de alimentos com alto teor de gorduras e açúcares, obesidade, o tabagismo, a ingestão excessiva de álcool e sedentarismo. Jovens adultos que fazem parte do grupo de risco citado, mas sem diagnóstico de HAS, também poderão participar do programa como forma de prevenção.

Para efetivação do projeto de intervenção será necessário implementar práticas assistenciais que permitam a participação e o diálogo entre profissionais, usuários, familiares e gestores. Para isso será realizado um treinamento e será disponibilizado também suporte técnico aos profissionais de saúde da unidade envolvidos no planejamento e a implementação do programa. O treinamento terá a duração de 4 (quatro) meses e será realizado antes de iniciar as ações do projeto de intervenção. Será realizado a partir de encontros semanais com duração de 4 horas. O treinamento será realizado pelo médico e pela equipe do NASF de referência da unidade.

O programa de intervenção propõe a redução dos fatores de riscos para hipertensão arterial e será realizada nas escolas do entorno e nas dependências da Unidade de Saúde da Família (USF) do Pilar IV. As ações previstas no programa serão iniciadas em janeiro de 2021, e serão compostas por:

- Realização de palestras que estimulem e debatam a importância da adoção de estilo de vida saudável como a cessação ou diminuição do consumo de tabaco, a escolha

por dietas hipossódicas, conscientização acerca dos hábitos alimentares saudáveis e a adesão à prática de atividade física na prevenção e no tratamento da hipertensão arterial e sobre o tratamento medicamentoso adequado para a doença.

- Ações educativas utilizando todas as formas de mídia disponível.
- Realização de caminhadas orientadas no entorno das dependências da USF, com participação de educadores físicos, uma vez por semana com duração 40 minutos, com opção de horário na parte da manhã e da tarde.

As palestras serão quinzenais, com duas horas de duração (nos turnos da manhã e da tarde), e serão ministradas por profissionais da área, como, médicos, psicólogos, nutricionistas e professores de educação física. Os temas a serem abordados nas palestras serão definidos após reunião da equipe multiprofissional atuante no projeto.

Estas palestras serão divulgadas nas dependências da USF com possibilidade de repetição do tema. A equipe de saúde será responsável por propagar as informações sobre as palestras um mês antes do início da intervenção, para o público alvo da pesquisa, tanto na unidade utilizando cartazes elaborados para este fim como também nas visitas domiciliares e através das mídias e do WhatsApp. As ações de intervenção terão duração de três meses, quando serão encerradas e feitas as análises de seus resultados e, possíveis ajustes, com possibilidade de repetição a cada dois meses.

Nesse contexto, o acompanhamento dos resultados do projeto de intervenção será realizado mensalmente, a partir da avaliação da produção mensal da Equipe de Saúde da Família, através de pesquisa feitas ao final de palestra com os participantes, onde serão questionados sobre a importância da palestra e do tema envolvido. Para a realização dessa intervenção não serão necessários dispor de recursos financeiros extras, entretanto, será solicitada a ajuda dos profissionais do Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF), para realizar as palestras e profissionais de educação física para orientar o grupo de caminhada na unidade. Na unidade de saúde na USF do Pilar IV serão utilizados recursos como material de escritório e recursos humanos da equipe.

5 Resultados Esperados

A hipertensão arterial sistêmica pode ter como causas os hábitos e estilos de vida não saudáveis, fatores genéticos, alimentação inadequada e sedentarismo. A HA é considerada um problema de saúde pública devido ao grande número de casos e agravos da doença. A falta de conhecimento da população sobre seus problemas de saúde, o alto índice de incidência de doenças crônicas não transmissíveis e, principalmente, um número elevado de hipertensos mal controlados, demonstram a necessidade de colocar em prática um projeto de intervenção visando a educação em saúde e adesão ao tratamento da comunidade atendida.

As intervenções devem adotar um modelo multidimensional, multiprofissional e incorporar diversos níveis de ação, usando e integrando recursos científicos e da comunidade. Ao possibilitar a criação de vínculo entre a comunidade e os profissionais de saúde, é possível intensificar a área de alcance e, também, a adesão ao tratamento do paciente com HAS. Além disso, promover uma adequada adesão ao tratamento em conjunto com medidas de prevenção e promoção de saúde são muito importantes no trabalho da equipe de saúde na atenção primária. Tendo o usuário o conhecimento da doença e dos fatores de risco que levam à mesma, em conjunto com ambiente favoráveis a adoção de hábitos de vida saudáveis, e profissionais para orientá-los, é possível que a comunidade possa adotar estilos de vida mais saudáveis.

Dessa forma, este projeto de intervenção tem o intuito de que sejam alcançadas as seguintes metas: os pacientes com HAS sejam atendidos e acompanhados adequadamente; diminuir o número de hipertensos na região; os pacientes com HAS tenham autonomia através do conhecimento sobre a doença e sobre os principais fatores de risco que afetam os pacientes com HAS; prevenir complicações provenientes da falta de controle da doença; conseguir maior adesão dos pacientes ao tratamento não medicamentoso; e estimular mudanças no estilo de vida como uma alimentação saudável e à prática de exercícios físicos.

Referências

- BEASER, R.; JACKSON, R. What are the five steps to patient adherence? In: CENTER, J. D. (Ed.). *Joslin's Diabetes Deskbook, A Guide for Primary Care Providers*. Boston: Lippincott Williams Wilkins, 2012. p. 211–250. Citado na página 10.
- BECHO, A. dos S.; OLIVEIRA, J. L. T. de; ALMEIDA, G. B. S. Dificuldades de adesão ao tratamento por hipertensos de uma unidade de atenção primária à saúde. *Rev. APS*, v. 20, n. 3, p. 349–359, 2017. Citado 2 vezes nas páginas 10 e 13.
- BRASIL. Decreto nº 5.090: regulamenta a lei no 10.858, de 13 de abril de 2004, e institui o programa "farmácia popular do brasil", e dá outras providências. *Diário Oficial da União, Brasília DF*, n. 1, 2004. Citado na página 15.
- BRASIL. Programa farmácia popular do brasil: manual básico. Editora do Ministério da Saúde, Brasília DF, n. 1, 2005. Citado 2 vezes nas páginas 15 e 16.
- BRASIL. Estratégia para o cuidado da pessoa com doença crônica. Ministério da Saúde, Brasília DF, n. 37, 2013. Citado na página 9.
- BRASIL, M. da S. *Hipertensão (pressão alta): o que é, causas, sintomas, diagnóstico, tratamento e prevenção*. 2020. Disponível em: <<https://www.saude.gov.br/saude-de-a-z/hipertensao>>. Acesso em: 06 Jul. 2020. Citado 2 vezes nas páginas 13 e 16.
- CALBERG, B.; SAMUELSSON, O.; LINDHOLM, L. Atenolol in hypertension: is it a wise choice? *Lancet*, v. 364, p. 1684–1689, 2004. Citado na página 15.
- CAMARGO, R. A. A. de; ANJOS, F. R. dos; AMARAL, M. F. do. Estratégia saúde da família nas ações primárias de saúde ao portador de hipertensão arterial sistêmica. *Revista Mineira de Enfermagem*, v. 17, n. 4, p. 873–881, 2013. Citado na página 16.
- CAVAGIONI, L. C. et al. Agravos a saúde, hipertensão arterial e predisposição ao estresse em motoristas de caminhão. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 43, n. 2, p. 1267–1271, 2009. Citado na página 13.
- CHAVES, D. F. et al. A substituição do captopril pelo enalapril no tratamento de hipertensão arterial no âmbito do sistema Único de saúde. *Saber Científico*, v. 6, n. 2, p. 111–124, 2017. Citado na página 13.
- DANTAS, R. C.; RONCALLI, A. G. Protocolo para indivíduos hipertensos assistidos na atenção básica em saúde. *Ciência Saúde Coletiva*, v. 24, n. 1, p. 295–306, 2019. Citado na página 13.
- DANTAS, R. C.; RONCALLI, A. G.; DANTAS, D. C. Internações por hipertensão arterial essencial em adultos no brasil. *Anais do 18º Congresso Brasileiro dos Conselhos de Enfermagem (CBCENF)*, p. 1–118, 2015. Citado na página 13.
- DANTAS, R. C. de O. et al. Fatores associados às internações por hipertensão arterial. *Einstein*, v. 16, n. 3, p. 1–7, 2018. Citado na página 13.

- DATASUS, D. D. I. D. S. . D. S. *Sistema de Informações da Saúde*. 2020. Disponível em: <<http://datasus.saude.gov.br/sistemas-e-aplicativos/epidemiologicos/hiperdia>>. Acesso em: 20 Jun. 2020. Citado na página 15.
- GAMEZ, G.; ROALES-NIETO, J.; SAGAYURD, J. An exploratory study on the development of beliefs about symptoms as signals of arterial hypertension. *Psicothema*, v. 18, n. 4, p. 822–827, 2006. Citado na página 17.
- LAW, M.; MORRIS, J.; WALD, N. Use of blood pressure lowering drugs in the prevention of cardiovascular disease: meta-analysis of 147 randomised trials in the context of expectations from prospective epidemiological studies. *BMJ*, v. 338, p. 1–19, 2009. Citado na página 14.
- MARIOSIA, D. F.; FERRAZ, R. R.; SANTOS-SILVA, E. N. Influência das condições socioambientais na prevalência de hipertensão arterial sistêmica em duas comunidades ribeirinhas da amazônia, brasil. *Ciência Saúde Coletiva*, v. 23, n. 5, p. 1425–1436, 2018. Citado na página 14.
- MEDEIROS, A. R. C. et al. Modelo de suporte à decisão aplicado à identificação de indivíduos não aderentes ao tratamento anti-hipertensivo. *Saúde em Debate*, v. 38, n. 100, p. 104–118, 2014. Citado na página 9.
- NASCENTE, F. M. N. et al. Hipertensão arterial e sua correlação com alguns fatores de risco em cidade brasileira de pequeno porte. *Arquivo Brasileiro de Cardiologia*, v. 95, n. 4, p. 502–509, 2010. Citado na página 14.
- OLIVEIRA, T. L. et al. Eficácia da educação em saúde no tratamento não medicamentoso da hipertensão arterial. *Acta Paul Enferm*, v. 26, n. 1, p. 179–184, 2013. Citado na página 10.
- PADWAL, R.; STRAUS, S.; MCALISTER, F. Cardiovascular risk factors and their impact on decision to treat hypertension: an evidence-based review. *BMJ*, v. 322, n. 1292, p. 977–980, 2001. Citado na página 14.
- REGO, A. S. et al. Acessibilidade ao tratamento da hipertensão arterial na estratégia saúde da família. *Rev Gaúcha Enferm*, v. 39, p. 1–9, 2018. Citado na página 16.
- SARTORI, A. C. Estratégia para adesão à terapia da hipertensão e diabetes. *ANAIS X EPCC UNICESUMAR – Centro Universitário de Maringá. X EPCC. Encontro Internacional de Produção Científica.*, p. 1–4, 2017. Citado na página 13.
- SBC, S. B. D. C. *7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial*. 2019. Departamento de hipertensão arterial. Biênio 2018/2019. Disponível em: <<http://departamentos.cardiol.br/sbc-dha/profissional/revista/24-1.pdf>> Acesso em: 15 Jun. 2020. Citado 3 vezes nas páginas 13, 14 e 17.
- TEIXEIRA, E. R. et al. O estilo de vida do cliente com hipertensão arterial e o cuidado com a saúde. *Esc. Anna Nery*, v. 10, n. 3, p. 378–384, 2006. Citado na página 14.