



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

Igor Cainã Schumacher Freire

Qualificação da atenção à saúde dos usuários  
acometidos por Hipertensão Arterial Sistêmica de uma  
unidade básica de saúde do município de Faxinal do  
Soturno - RS

Florianópolis, Março de 2023



Igor Cainã Schumacher Freire

Qualificação da atenção à saúde dos usuários acometidos por  
Hipertensão Arterial Sistêmica de uma unidade básica de saúde do  
município de Faxinal do Soturno - RS

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 Weber Santos  
Coordenadora do Curso: Profa. Dra. Fátima Buchele Assis

Florianópolis, Março de 2023



Igor Cainã Schumacher Freire

Qualificação da atenção à saúde dos usuários acometidos por Hipertensão Arterial Sistêmica de uma unidade básica de saúde do município de Faxinal do Soturno - RS

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 Weber Santos**  
Orientador do trabalho

Florianópolis, Março de 2023



# Resumo

**Introdução:** as Doenças Cardiovasculares (DCV) representam a principal causa de morte do mundo. Estima-se que mais da metade do total de mortes provocadas pelas DCV são causadas por complicações devido à Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS). A HAS é uma condição clínica multifatorial, e geralmente está associada a distúrbios metabólicos, alterações funcionais e/ou estruturais de órgãos-alvo. A abordagem terapêutica da HAS inclui medidas não medicamentosas e o uso de fármacos anti-hipertensivos. **Objetivo:** qualificar a atenção à saúde dos usuários acometidos por HAS de uma Unidade Básica de Saúde (UBS) do município de Faxinal do Soturno/RS. **Metodologia:** o projeto de intervenção contará com duas fases. Na primeira fase será de acompanhamento e controle pressórico a partir de tabelas fornecidas aos pacientes identificados com HAS. A segunda fase será caracterizada pela realização de estratégias que objetivam melhorar a adesão ao tratamento de HAS. Nesta fase, serão identificados os fatores que propiciam o descontrole da pressão arterial nos pacientes com HAS, entre eles: estilo de vida, doenças crônicas e adesão ao tratamento medicamentoso. A partir disso, será definida a melhor estratégia para o tratamento. **Resultados esperados:** espera-se identificar indivíduos acometidos com HAS para avaliar o controle pressórico e a adesão ao tratamento, e que estes tenham compreensão e entendimento em relação à sua doença, à gravidade da HAS e à necessidade da adesão ao tratamento para evitar comorbidades. Com a formação de grupo interdisciplinares, espera-se melhorar a qualidade de vida dos indivíduos portadores de HAS de difícil controle. Ainda, almeja-se aumentar a abrangência do projeto para as outras UBS da região de Faxinal do Soturno.

**Palavras-chave:** Determinação da Pressão Arterial, Estratégia Saúde da Família, Hipertensão, Pressão Arterial





# Sumário

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	<b>9</b>
<b>2</b>	<b>OBJETIVOS</b> .....	<b>11</b>
<b>2.1</b>	<b>Objetivo Geral</b> .....	<b>11</b>
<b>2.2</b>	<b>Objetivos Específicos</b> .....	<b>11</b>
<b>3</b>	<b>REVISÃO DA LITERATURA</b> .....	<b>13</b>
<b>4</b>	<b>METODOLOGIA</b> .....	<b>17</b>
<b>5</b>	<b>RESULTADOS ESPERADOS</b> .....	<b>19</b>
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>21</b>



# 1 Introdução

Faxinal do Soturno, emancipado em 1959, faz parte dos municípios da Quarta Colônia de Imigração Italiana do Rio Grande do Sul. A cultura italiana é bastante expressiva no município, refletindo em hábitos, costumes e alimentação. A economia tem como principal pilar a agricultura, acrescida do comércio e indústria, além de ser uma região turística (PMFS, 2020). Segundo dados coletados do período de Junho 2018 à Junho 2019, a população total do município compreende 6.712 habitantes. A população total acompanhada pela equipe de Saúde da Família (eSF) é de 5.217 indivíduos com perfil de baixa renda e escolaridade, sendo estes os principais agravantes na saúde da comunidade.

As principais queixas, sinais e sintomas estão relacionados diretamente ou indiretamente a problemas de saúde como Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), Diabetes Mellitus (DM) e patologias osteomusculares. Nesse contexto, também há um grande volume de indivíduos que procuram a Unidade Básica de Saúde (UBS) para a renovação de receitas. Devido à falta de conhecimento do potencial de gravidade das patologias e a dificuldade de adesão às orientações e ao tratamento, ocorrem manifestações e consequências mais graves das doenças referidas. Entre os agravos destacam-se crises hipertensivas, infarto agudo do miocárdio, hiperglicemias, retinopatia diabética, entre outros, aumentando assim as urgências, emergências e internações.

A HAS é considerada uma das principais causas de mortalidade e hospitalizações na população brasileira. A Sociedade Brasileira de Cardiologia define a HAS como uma condição clínica multifatorial, caracterizada por níveis elevados e sustentados de Pressão Arterial (PA). Essa doença está associada a alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo, como coração, rins e vasos sanguíneos, além de provocar alterações metabólicas que levam ao aumento do risco de eventos cardiovasculares (MALACHIAS et al., 2017).

Observa-se que, entre os fatores envolvidos no agravamento da HAS, estão a má adesão ao tratamento medicamentoso, assim como no não medicamentoso, além da dificuldade de controle pressórico dos pacientes que buscam a UBS. Esse quadro faz com que o paciente busque a UBS com maior frequência e com manifestações mais graves da doença. A falta de uma intervenção organizada leva ao aumento do risco de vida dos pacientes, a superlotação da unidade, piora na qualidade do atendimento e sobrecarga dos profissionais envolvidos.

Diante do exposto, nota-se a necessidade de intervenção da equipe de saúde no grupo de indivíduos com diagnóstico de HAS, visando informar sobre a doença, suas consequências e a adesão ao tratamento preconizado. Essas ações visam beneficiar a saúde geral dos indivíduos em acompanhamento, reduzindo o risco de complicações e a procura pelo atendimento na UBS, visto que grande parte da demanda espontânea são causas evitáveis.



## 2 Objetivos

### 2.1 Objetivo Geral

Qualificar a atenção à saúde dos usuários acometidos por Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) de uma Unidade Básica de Saúde (UBS) do município de Faxinal do Soturno/RS.

### 2.2 Objetivos Específicos

- Melhorar acompanhamento e controle pressórico dos usuários acometidos por HAS.
- Realizar estratégia para melhorar a adesão dos usuários acometidos por HAS ao tratamento.
- Criar grupo com equipe multiprofissional para usuários acometidos por HAS de difícil controle.



## 3 Revisão da Literatura

### Hipertensão Arterial Sistêmica

As Doenças Cardiovasculares (DCV) representam a principal causa de morte do mundo. Estima-se que em 2015 aproximadamente 18 milhões de óbitos devido à DCV, o que representa 31% de todas as mortes em nível global (OPAS, 2017). Vários fatores de risco estão relacionados com o desenvolvimento das DCV. Destacam-se os fatores comportamentais relacionados ao estilo de vida dos indivíduos, os quais podem causar sobrepeso, obesidade, hiperglicemia, hipercolesterolemia e Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS). Nesse contexto, estima-se que mais da metade do total de mortes provocadas pelas DCV são causadas por complicações devido à HAS (WHO, 2011)(WHO, 2013).

Segundo a Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC), a HAS é a doença crônica degenerativa mais comum e com maior chance de desenvolver complicações como o Acidente Vascular Encefálico (AVE), Infarto Agudo do Miocárdio (IAM), Insuficiência Cardíaca (IC), Doença Arterial periférica (DAP), Doença Renal Crônica (DRC) fatal e não fatal (SBC, 2016). Sabe-se que a HAS é uma condição clínica multifatorial, e geralmente está associada a distúrbios metabólicos, alterações funcionais e/ou estruturais de órgãos-alvo. Essa doença pode ser agravada pela presença de outros fatores de risco (SBC, 2016). Os principais fatores de risco para a HAS, conforme o *National Heart Lung and Blood Institute* (NHLBI) são a idade, etnia, gênero, sobrepeso ou obesidade e hábitos de vida pouco saudáveis como sedentarismo, consumo abusivo de bebidas alcoólicas, tabagismo e consumo excessivo de sal. Outros fatores de risco estão associados com a pressão arterial elevada, como a predisposição genética e o estresse (HEART; NHLBI, 2020).

O estudo de Silva et al. (2016) demonstrou que 25% da população brasileira adulta apresentava diagnóstico de HAS, e estima-se que em 2025 esse número terá aumentado em 60%, atingindo uma prevalência de 40%. De acordo com BRASIL (2019), 24,7% da população residente das capitais brasileiras afirmaram ter diagnóstico de HAS no ano de 2018. Esses dados coletados pelo Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel) demonstraram que os idosos faziam parte da maior e mais afetada parcela da sociedade: 60,9 % dos entrevistados acima de 65 anos e 49,5% na faixa 55 a 64 anos referiram diagnóstico clínico de HAS. A última edição da pesquisa foi realizada via telefone e contou com a participação de 52.395 indivíduos adultos (maiores de 18 anos), entre fevereiro e dezembro de 2018.

Além disso, dados preliminares do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) do Ministério da Saúde mostraram que no ano de 2017 o Brasil registrou aproximadamente 142 mil mortes devido à HAS ou a causas atribuíveis a ela. Esses dados revelam uma realidade preocupante, visto que diariamente 388,7 pessoas se tornam vítimas fatais da doença, o que significa 16,2 óbitos a cada hora. Dentre elas, 37 % são precoces, ou seja,

CLASSIFICAÇÃO	PA SISTÓLICA		PA DIASTÓLICA
Normal	< 120 mm Hg	e	< 80 mm Hg
Elevada	120 -129 mm Hg	e	< 80 mm Hg
Hipertensão – estágio 1	130-139 mm Hg	ou	80-89 mm Hg
Hipertensão – estágio 2	140 mm Hg	ou	90 mm Hg

em pessoas com menos de 70 anos de idade (BRASIL, 2019).

### Diagnóstico e classificação

Existem dois tipos de HAS: a primária, que se caracteriza por não haver uma causa conhecida, e a secundária, na qual é possível identificar uma causa para a hipertensão como tumores (feocromocitoma), problemas renais, problemas na artéria aorta e algumas doenças endócrinas. Estima-se que 95% das pessoas tenham a forma primária e apenas 5% a forma secundária (DALLACOSTA; DALLACOSTA; NUNES, 2010).

A avaliação inicial de um indivíduo com HAS inclui a confirmação do diagnóstico, a suspeita e a identificação de causa secundária, além da avaliação do risco cardiovascular. É importante investigar também as lesões de órgão-alvo (LOA) e as doenças associadas. Faz parte dessa avaliação a aferição da PA no consultório e/ou fora dele, utilizando-se de técnica adequada e equipamentos validados. O histórico do paciente (pessoal e familiar), o exame físico, e a investigação clínica e laboratorial também devem ser levados em consideração. Essas avaliações gerais são indicadas para todos os pacientes (SBC, 2016).

Por muitos anos, a HAS foi classificada pela elevação sustentada dos níveis pressóricos 140/90 milímetros de mercúrio (mm Hg). Em 2017, a *American Heart Association* (AHA) elaborou a nova Diretriz de Hipertensão, visando o auxílio na prevenção, detecção, avaliação e no tratamento em indivíduos adultos. A partir disso, estabeleceram-se novas categorias de PA para implementação nos Sistemas de Saúde Pública, com o objetivo de facilitar a conduta clínica do profissional da saúde (tabela 1). É importante ressaltar que houve uma mudança na definição da HAS, que agora é considerada como qualquer medida de PA sistólica de 130 mm Hg ou qualquer medida de PA diastólica 80 mm Hg (AHA, 2017). A PA sistólica é a pressão máxima nas artérias quando o coração se contrai, enquanto que a PA diastólica é a pressão mínima nas artérias entre as contrações do coração (IFPMA, 2016).

Tabela 1. Classificação da Pressão Arterial.

FONTE: adaptado de (AHA, 2017)(SBC, 2016)

A Organização Mundial da Saúde desenvolveu um projeto em 2013 conhecido como “Global Action Plan for the Prevention and Control of NCDs 2013-2020” com a finalidade de reduzir a mortalidade por doenças não transmissíveis, entre elas as DCVs, em 25% até o ano de 2025. Nesse plano, o controle da hipertensão foi apontado como uma medida essencial para alcançar o objetivo do projeto. A classificação da PA norteia a melhor



conduta terapêutica, podendo ser medicamentosa, ou apenas comportamental.

### **Tratamento**

De acordo com a [SBC \(2016\)](#), a abordagem terapêutica da HAS inclui medidas não medicamentosas e o uso de fármacos anti-hipertensivos, visando a redução da PA, proteção dos órgãos-alvo e a prevenção de desfechos CV e renais. Apesar das medidas não medicamentosas serem eficazes na redução da PA, existe uma limitação a perda de adesão a médio e longo prazo pelo paciente. A escolha do medicamento inicial sempre será aquele que comprovou redução nos eventos CV, deixando os demais para associações caso sejam necessários para atingir os níveis de PA adequados ([SBC, 2016](#)). Entre os tratamentos medicamentosos, as classes de anti-hipertensivos usadas no tratamento da HAS estão descritas na tabela 2.

Tabela 2. Classe de medicamentos anti-hipertensivos e seus efeitos.

\*Medicamentos que fazem parte do PROGRAMA FARMÁCIA POPULAR DO BRASIL do Ministério da Saúde.

Fonte: adaptado de [SBC \(2016\)](#)

CLASSE DE MEDICAMENTOS	EFEITO	EXEMPLO
Diuréticos (DIU)	Efeitos natriuréticos, com diminuição do volume extracelular, levando a redução da resistência vascular periférica.	- DIU diazéticos: Clortalidona, hidroclorotiazida*, indapamida. - DIU de alça: furosemida - DIU poupadores de potássio: espirolactona e amilorida
Inibidores da enzima conversora de angiotensina (iECA)	Ação principal na inibição da enzima conversora de angiotensina I, impedindo a transformação de angiotensina I em angiotensina II, de ação vasoconstritora.	Captopril*, Enalapril*, Lisinopril
Bloqueadores dos receptores da angiotensina (BRA)	Antagonizam a ação da angiotensina II por meio do bloqueio específico dos receptores AT1, responsáveis pelas ações vasoconstritoras, proliferativas e estimuladoras da liberação de aldosterona, próprias da angiotensina II.	Losartana*, Candesartana, Valsartana
Beta-bloqueadores (BB)	Diminuição inicial do débito cardíaco e da secreção de renina, havendo readaptação dos barorreceptores e diminuição das catecolaminas nas sinapses nervosas	Atenolol*, Carvedilol, Metoprolol, Bisoprolol, Propranolol*
Bloqueadores de canais de cálcio (BCC)	Diminuição da resistência vascular periférica como consequência da diminuição da quantidade de cálcio no interior das células musculares lisas das arteríolas	Amlodipino, Nifedipino



o serviço de saúde caso apresentar a PA maior ou igual a 160x90. A partir dos dados coletados, serão selecionados os pacientes com PA descontrolada para a próxima fase.

A segunda fase será caracterizada pela realização de estratégias que objetivam melhorar a adesão ao tratamento de HAS. Nesta fase, serão identificados os fatores que propiciam o descontrole da PA nos pacientes com HAS, entre eles: estilo de vida, doenças crônicas e adesão ao tratamento medicamentoso. A partir disso, será definida a melhor estratégia para o tratamento, como:

- Orientações médicas no consultório relacionadas a mudanças no estilo de vida, entre elas: inserção de atividade físicas três vezes por semana, dieta saudável com restrição de alimentos ricos em sódio, industrializados e embutidos;

- Reforçar a importância do uso contínuo da medicação, mesmo que a PA apresente-se controlada;

- Evitar esperar que suas medicações terminem para procurar renovação de receitas, assim como explicar a gravidade e consequências que podem ocorrer caso o paciente fique sem as medicações;

- Solicitar aos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) que identifiquem os pacientes registrados com HAS e verifiquem se suas receitas estão em dia e se estão utilizando receitas antigas com mais de seis meses de uso sem aferir a PA. Ao identificar estes pacientes, deverão orientá-los quanto a gravidade e consequências que o descontrole pressórico proporciona e a procurar atendimento na UBS.

Por fim, será criado um grupo de portadores de HAS como público alvo para promoção da saúde, conscientização sobre a HAS e formas de melhorar a qualidade de vida. Esse grupo contará com a equipe multidisciplinar da UBS e terá apoio de profissionais de saúde como: educador físico, psicólogo, nutricionista e médico para pacientes de difícil controle pressórico. Cada grupo terá um encontro semanal durante três semanas. O grupo será formado a cada três meses e será composto por cinco pacientes, devido aos cuidados pela pandemia de COVID-19. Os encontros serão realizados na sala de reuniões da UBS de Faxinal do Soturno – Sede.

## 5 Resultados Esperados

Durante as consultas na UBS com o médico responsável pelo projeto de intervenção, espera-se identificar indivíduos acometidos com HAS para avaliar o controle pressórico e a adesão ao tratamento. Com a tabela de verificação da PA fornecida aos indivíduos espera-se que os mesmos realizem as anotações de acordo com a solicitação para facilitar o diagnóstico, a identificação da HAS e o norteamiento do tratamento.

Espera-se que o indivíduo tenha compreensão e entendimento em relação à sua doença, à gravidade da HAS e à necessidade da adesão ao tratamento para evitar comorbidades graves, tanto agudas quanto crônicas. Com as estratégias para melhorar a adesão ao tratamento, objetiva-se que o indivíduo faça o uso correto e contínuo da medicação e melhore seu estilo de vida por meio de dieta e prática de exercícios. É necessário que o mesmo entenda que o tratamento é um conjunto de ações.

Com a formação de grupo interdisciplinares, espera-se melhorar a qualidade de vida dos indivíduos portadores de HAS de difícil controle. Ainda, espera-se aumentar a abrangência do projeto para as outras UBS da região de Faxinal do Soturno.



# Referências

- AHA, A. H. A. *Guideline for the Prevention, Detection, Evaluation, and Management of High Blood Pressure in Adults: Executive summary: A report of the american college of cardiology/american heart association task force on clinical practice guidelines*. 2017. Disponível em: <<http://doi.org/10.1161/HYP.000000000000066>>. Acesso em: 09 Jul. 2020. Citado na página 14.
- BRASIL, V. *VIGILÂNCIA DE FATORES DE RISCO E PROTEÇÃO PARA DOENÇAS CRÔNICAS POR INQUÉRITO TELEFÔNICO*. 2019. Disponível em: <<https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2019/julho/25/vigitel-brasil-2018.pdf>>. Acesso em: 11 Jul. 2020. Citado 2 vezes nas páginas 13 e 14.
- DALLACOSTA, F. M.; DALLACOSTA, H.; NUNES, A. D. *Perfil de hipertensos cadastrados no programa Hiperdia de uma unidade básica de saúde*. 2010. Disponível em: <<https://portalperiodicos.unoesc.edu.br/acbs/article/view/125>>. Acesso em: 11 Jul. 2020. Citado na página 14.
- HEART, L. N.; NHLBI, B. I. *High Blood Pressure*. 2020. Disponível em: <<https://www.nhlbi.nih.gov/health-topics/high-blood-pressure>>. Acesso em: 11 Jul. 2020. Citado na página 13.
- IFPMA, I. F. of P. M. . A. *Hypertension: putting the pressure on the silent killer*. 2016. Disponível em: <<https://www.ifpma.org/resource-centre/hypertension-putting-the-pressure-on-the-silent-killer/>>. Acesso em: 08 Jul. 2020. Citado na página 14.
- MALACHIAS, M. V. B. et al. 7ª diretriz brasileira de hipertensão arterial. *Revista Brasileira de Hipertensão*, v. 24, n. 1, p. 1–91, 2017. Citado na página 9.
- OPAS, O. P.-A. da S. *Doenças Cardiovasculares*. 2017. Disponível em: <[https://www.paho.org/bra/index.php?option=com\\_content&view=article&id=5253:doencas-cardiovasculares&Itemid=1096](https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5253:doencas-cardiovasculares&Itemid=1096)>. Acesso em: 26 Jul. 2020. Citado na página 13.
- PMFS, P. M. de Faxinal do S. *Histórico*. 2020. Disponível em: <<http://www.faxinaldosoturno.rs.gov.br/o-municipio/historico>>. Acesso em: 28 Mai. 2020. Citado na página 9.
- SBC, S. B. D. C. *7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial*. 2016. Disponível em: <[http://publicacoes.cardiol.br/2014/diretrizes/2016/05\\_HIPERTENSAO\\_ARTERIAL.pdf](http://publicacoes.cardiol.br/2014/diretrizes/2016/05_HIPERTENSAO_ARTERIAL.pdf)>. Acesso em: 11 Jul. 2020. Citado 3 vezes nas páginas 13, 14 e 15.
- SILVA, E. C. et al. *Prevalência de hipertensão arterial sistêmica e fatores associados em homens e mulheres residentes em municípios da Amazônia Legal*. 2016. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/rbepid/v19n1/1980-5497-rbepid-19-01-00038.pdf>>. Acesso em: 11 Jul. 2020. Citado na página 13.
- WHO, W. H. O. *Global Atlas on Cardiovascular disease prevention and control. Global Atlas on Cardiovascular Disease Prevention and Control*. 2011. Disponível em:

---

[https://www.who.int/cardiovascular\\_diseases/publications/atlas\\_cvd/en/](https://www.who.int/cardiovascular_diseases/publications/atlas_cvd/en/). Acesso em: 08 Jul. 2020. Citado na página 13.

WHO, W. H. O. *Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013-2020. Global Action Plan*. 2013. Disponível em: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/94384/9789241506236\\_eng.pdf?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/94384/9789241506236_eng.pdf?sequence=1). Acesso em: 08 Jul. 2020. Citado na página 13.