



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

Rommel Barbosa Porto

Estratégias de saúde para controle da Hipertensão
Arterial Sistêmica nos pacientes da Unidade Básica de
Saúde de Posto Braga, Santo Ângelo – Rio Grande do
Sul

Florianópolis, Março de 2023

Rommel Barbosa Porto

Estratégias de saúde para controle da Hipertensão Arterial
Sistêmica nos pacientes da Unidade Básica de Saúde de Posto
Braga, Santo Ângelo – Rio Grande do Sul

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: Evangelia Kotzias Atherino dos Santos
Coordenadora do Curso: Profa. Dra. Fátima Buchele Assis

Florianópolis, Março de 2023

Rommel Barbosa Porto

**Estratégias de saúde para controle da Hipertensão Arterial
Sistêmica nos pacientes da Unidade Básica de Saúde de Posto
Braga, Santo Ângelo – Rio Grande do Sul**

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

Evangelia Kotzias Atherino dos Santos
Orientador do trabalho

Florianópolis, Março de 2023

Resumo

O tratamento para o controle da hipertensão arterial pauta-se em medidas medicamentosas e não medicamentosas. O indivíduo deve adotar estilo de vida saudável, abolindo hábitos que estabeleçam fatores de risco para a doença. No entanto, observa-se grande dificuldade para a aquisição dessas mudanças de hábitos, pois o abandono de práticas nocivas, apesar de necessária, exige responsabilidade individual de autocuidado. Levando em consideração as dificuldades relacionadas à adesão e controle, e entendendo a necessidade de viabilizar ações que levem à prevenção de complicações, melhora da adesão e, em consequência, a promoção de saúde do paciente portador de hipertensão arterial, surgiu a necessidade de desenvolver um plano de intervenções voltadas à redução da morbimortalidade e estabelecimento de melhor controle da referida doença. Assim, o presente trabalho tem o objetivo de criar estratégias de saúde para controle da Hipertensão Arterial Sistêmica nos pacientes da Unidade Básica de Saúde de Posto Braga, Santo Angelo - Rio Grande do Sul no período de 15/10/2020 a abril de 2021. As ações serão divididas em três etapas. Etapa 1 - Seleção dos participantes a partir da consulta aos prontuários com registros de HAS. Essa população voluntária realizará consultas médicas para avaliação clínica detalhada, bem como atualização de dados sociodemográficos e outros registros sobre a HAS (evolução da doença, comorbidades, complicações e adesão terapêutica – farmacológica e comportamental). Etapa 2 - Serão realizadas nessa etapa a capacitação profissional da equipe de saúde de modo a promover melhorias na atenção integral dos indivíduos portadores de Hipertensão Arterial. Etapa 3: aplicação de ações educativas orientadas a fornecer informações sobre a HAS, seu manejo e complicações. Espera-se que o desenvolvimento deste projeto de intervenção contribua para alcançar melhores indicadores de adesão ao tratamento e menores registros de complicações por descontrole da HAS. A intervenção oferecerá ferramentas para organizar as ações de saúde junto à comunidade hipertensa, viabilizando o cuidado individual, direcionado às necessidades particulares de cada indivíduo.

Palavras-chave: Educação em Saúde, Estratégia Saúde da Família, Hipertensão, Prevenção de Doenças, Promoção da Saúde

Sumário

1	INTRODUÇÃO	9
2	OBJETIVOS	13
2.1	OBJETIVO GERAL	13
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	13
3	REVISÃO DA LITERATURA	15
4	METODOLOGIA	19
5	RESULTADOS ESPERADOS	21
	REFERÊNCIAS	23

1 Introdução

Unidade Básica de Saúde (UBS) Posto Braga localiza-se na cidade de Santo Ângelo – Rio Grande do Sul. Este município pertence à mesorregião do Noroeste Rio-Grandense e à microrregião de Santo Ângelo. É o maior município da região das Missões, com uma área de extensão territorial de 680.498 km² e uma população estimada em 78.908 habitantes segundo último censo. Limita-se ao Norte com Giruá, ao Sul com Entre-Ijuí, ao leste com Catuípe, e ao oeste com Guarani das Missões (Prefeitura Municipal de Santo Ângelo, 2014).

Santo Ângelo prosperou muito economicamente, tornando-se, o maior produtor de erva-mate e o mais rico, as atividades agrícolas mais importantes são cultivo de soja, milho e trigo, também destaca-se a pecuária de suínos, ovinos e bovinos. A cidade possui um comércio bem estruturado, conta com inúmeras opções no setor de prestação de serviços, bons locais para entretenimento e lazer, boa gastronomia e hotelaria. O turismo é importante atividade econômica no município (Prefeitura Municipal de Santo Ângelo, 2014)

O principal evento do município é a Fenamilho Internacional, que é uma feira de destaque estadual realizada a cada dois anos no Parque Internacional de Exposições Siegfried Ritter. Objetiva divulgar a produção agrícola, industrial e comercial do município, além de contar com atrações artístico-culturais e outros eventos paralelos. Além disso, existe a Mostra de Produtos Industrializados e o Festival Cidade das Tortas, que buscam evidenciar o potencial econômico e gastronômico do município.

O Sistema hidrográfico do Município pertence à bacia ocidental do Estado, das vertentes para o rio Uruguai. Dos seus rios se destaca o Ijuí Grande e o Comandaí. O clima é ameno e saudável, do tipo subtropical úmido, com quatro estações definidas. A temperatura média oscila entre 21° e 30°, podendo alcançar marcas absolutas de 0° no inverno e 39°, no verão (Prefeitura Municipal de Santo Ângelo, 2014).

O município de Santo Ângelo é o quarto mais populoso do Noroeste Rio-Grandense e o 27° mais populoso do Rio Grande do Sul. Possui cerca de 80 bairros.

O principal, com exceção do Centro, é o Bairro Pippi, que juntamente com os bairros adjacentes, possui a maior aglomeração populacional da cidade. A área de abrangência da UBS BRAGA, engloba os bairros de Pilau, Cristal, parte do Pippi, Hortência, Santa Bárbara, parte do Olavo Reis, e possui uma população adscrita total estimada em 1.160 habitantes. A mesma se agrupa por faixa etária da seguinte maneira: 11 menores de 1 ano; 102 crianças e adolescentes; 1205 adultos; 355 idosos, segundo dados coletados com os Agentes Comunitários de Saúde.

No que diz respeito ao perfil epidemiológico da área de abrangência, embora haja uma certa dificuldade para coleta, (os poucos dados obtidos vieram da Vigilância Epidemioló-

gica do município), ainda assim observou-se o seguinte: taxa de mortalidade por doenças crônicas :4,5% ao ano; razão de mortalidade materna : 1 Óbito 2018, nenhum 2019; coeficiente de natalidade : 941; taxa bruta de natalidade : 12,4. Com a transição epidemiológica e o envelhecimento populacional, foi preciso dar mais atenção as consequências das doenças crônico-degenerativas. Os principais modelos teóricos que seguem como referência para população de indicadores voltados para a avaliação das consequências dos problemas de saúde não fatais derivam de diferentes concepções do processo saúde-doença, seguem alguns dados: Diabetes : total de internações hospitalares : 1; total de óbitos: 11; taxa de internação hospitalar : 1,44; coeficiente de mortalidade : 14,43. Infarto Agudo do Miocárdio (IAM): total de internação hospitalar : 2; total de óbitos : 0.

Doenças Crônicas Respiratórias: total de internação hospitalar : 87; total de óbitos : 2; taxa de internação hospitalar : 11,42; coeficiente de mortalidade : 27,56.

Ainda citando dados coletados com a Vigilância epidemiológica municipal, percebemos uma taxa de mortalidade infantil média na cidade de 9.42 para 1.000 nascidos vivos. As internações devido a diarreias são de 1 para cada 1.000 habitantes. Comparado com todos os municípios do estado, fica nas 199 de 497 e 199 de 497, respectivamente.

Na UBS, o número de casos diagnosticados de HAS na população vem sendo bem monitorado, e trabalhado para que o paciente não deixe de sempre estar vindo aferir suas pressão, monitorando dia a dia. Também é realizado o monitoramento do HGT desses pacientes, para casos de hipertensos/diabéticos como mais uma forma de controle. No mês de Junho de 2019 foi observado um maior numero de pacientes diagnosticados e com mal controle pressórico, 20 novos casos. Mês festivo, tende a diminuir adesão ao tratamento e induz ao descontrole pressórico por conta da toma inadequada das medicações. Somado ao mês festivo, vem estação mais fria do ano na região, o inverno, onde observa-se o aumento do número de casos de crianças com doenças respiratórias.

Outros dados coletados foram:nascidos vivos baixo peso : 0; número de pré-natais: 17 gestantes; incidência de diabetes em idoso : 74 pacientes, onde prevaleceu o gênero feminino.

Com relação à UBS (estrutura física, recursos humanos e funcionamento): unidade é bem pequena, possui 3 salas, 1 banheiro.

De segunda a quinta-feira (manhã e tarde) realizo os atendimentos, na sexta (dia reservado para estudos) a enfermeira usa-a para realizar os preventivos e outros procedimentos. A unidade é dividida da seguinte forma: 1^a sala: Onde se realiza atendimentos ambulatoriais; 2^a sala: utilizada para vacinação, no entanto, não são disponibilizadas todas as vacinas preconizadas pelo Ministério da Saúde (MS), apenas as de campanha. As outras, a orientação fornecida é encaminhar o paciente direto para Secretaria de Saúde quando necessário em calendário vacinal; 3^a sala: almoxarifado. A equipe está composta por 1 médico,1 enfermeira e 1 auxiliar de enfermagem, detalhe, não existem Agentes Comunitários de Saúde (ACS) atuando na área de abrangência, no entanto a equipe

procura sempre implementar ações e traçar estratégias que levem assistência integral a saúde pautada na estratégia de saúde da família mesmo com a ausência deste profissional, possibilitando universalidade, acessibilidade e acolhimento.

A cada ano morrem 7,6 milhões de pessoas em todo o mundo devido a hipertensão, sendo que 80% dessas mortes ocorrem em países em desenvolvimento como o Brasil, mais da metade das vítimas têm entre 45 e 69 anos. E quase sempre o 15% da população tem cifras de pressão arterial sistólica maiores de 140 mmHg ou de pressão diastólica maior de 90 mmHg. A prevalência aumenta com a idade. (MALACHIAS, 2010).

O município de Santo Ângelo e a área de abrangência da UBS Posto Braga não se distanciam dessa realidade nacional e mundial, trazendo em seu perfil epidemiológico um aumento na prevalência desta doença e conseqüentemente da sua morbimortalidade, bem como desenvolvimento de complicações.

O tratamento para o controle da hipertensão arterial pauta-se na adoção de medidas terapêuticas medicamentosas e não medicamentosas. O individuo deve adotar um estilo de vida saudável, diminuindo ou abolindo hábitos que estabeleçam fatores de risco para a doença. No entanto, quando se acompanha a saúde desses pacientes, observa-se, uma grande dificuldade para a aquisição de hábitos saudáveis, pois a tomada de decisão com vistas à superação de hábitos nocivos à saúde, apesar de necessária, estabelece senso de responsabilidade individual, autocuidado e é uma decisão pessoal.

Levando em consideração todas as dificuldades relacionadas à adesão e controle, e entendendo a necessidade de viabilizar ações que levem à prevenção de possíveis complicações, melhora da adesão e, em consequência, a promoção de saúde do paciente portador de hipertensão arterial, surgiu a necessidade de criar um plano com estratégias a serem adotadas pela equipe de saúde, que contribuam para a redução da morbimortalidade e estabeleçam melhores números de controle da doença.

Na estratégia de Saúde da Família o programa de Hipertensão Arterial possibilita as práticas de ações de saúde para reorientação do processo de trabalho e para atuação da saúde de os pacientes com esta doença e sua prevenção, dentro dele as ações propostas são: ações educativas e de apoio para controle de condições de risco (obesidade, sedentarismo, tabagismo) e prevenção de complicações (orientação nutricional; cessação do tabagismo e alcoolismo; controle de PA e das dislipidemias), diagnóstico de casos, cadastramento deportadores, busca ativa de casos, tratamento dos doentes, diagnóstico precoce de complicações, primeiro atendimento de urgência, e encaminhamento de casos.

2 Objetivos

2.1 OBJETIVO GERAL

Criar estratégias de saúde para controle da Hipertensão Arterial Sistêmica nos pacientes da Unidade Básica de Saúde de Posto Braga.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Estabelecer rotina de controle, acessível e individualizada, para todos os pacientes diagnosticados com Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS);
- Realizar ações de educação em saúde que possibilitem o aumento do nível de conhecimentos dos portadores de HAS sobre sua patologia e a gravidade das complicações;
- Identificar fatores socioculturais, econômicos e outros determinantes de saúde que facilitem a não adesão à terapêutica e descontrole de níveis pressóricos;
- Promover ações de saúde que favoreçam o desenvolvimento do senso de auto-responsabilidade e valorização da saúde.

3 Revisão da Literatura

A Hipertensão Arterial Sistêmica é uma das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) mais prevalentes em todo o mundo, incluindo o Brasil. Pode ser definida como um agravo de ordem crônica, de origem multifatorial, cuja principal característica é a elevação sustentada da pressão arterial (PA) a níveis numéricos ≥ 140 e/ou ≥ 90 mmHg. Trata-se de uma condição clínica que está frequentemente associada à distúrbios metabólicos, e que na maioria dos casos produz lesão de órgãos-alvo (funcionais e/ou estruturais) culminando em complicações graves. Quando na presença de outros fatores de risco (FR), como dislipidemia, obesidade, sedentarismo, intolerância à glicose e diabetes mellitus (DM), os níveis pressóricos podem alcançar cifras ainda mais elevadas e as conseqüentes lesões de órgãos-alvo ainda mais graves (SBC, 2016). É, ao mesmo tempo, um fator de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares (DCV) é uma síndrome com manifestações próprias e características peculiares (BRASIL, 2013)u .São inúmeras as complicações decorrentes da HAS, as mais frequentes são: o acidente vascular encefálico (AVE), doença arterial periférica (DAP), insuficiência cardíaca (IC), doença renal crônica (DRC), infarto agudo do miocárdio (IAM) e doença arterial coronariana (DAC) (NOBRE et al., 2013).

(SANTA CATARINA, 2019, p. 13) reafirma e corrobora com a definição da HAS discorrendo:

É uma condição clínica multifatorial caracterizada por elevação sustentada dos níveis pressóricos. O diagnóstico da HAS consiste na média aritmética da PA maior ou igual a 140/90 mmHg verificada em pelo menos três dias diferentes com intervalo mínimo de uma semana entre as medidas, ou seja, soma-se a média das medidas do primeiro dia mais as duas medidas subsequentes e divide-se por três. A constatação de um valor elevado em apenas um dia, mesmo que em mais do que uma medida, não é suficiente para estabelecer o diagnóstico de hipertensão.

Etiologicamente a HAS classifica-se em HAS Primária quando sua causa é desconhecida (idiopática), representam aproximadamente 97% dos casos diagnosticados; HAS Secundária quando se pode identificar uma etiologia conhecida, representam apenas 3% dos casos (NOBRE et al., 2013).

A HAS é considerada mundialmente um grave problema de saúde pública, e seus números são crescentes a cada ano que se passa, tem alta prevalência e baixas taxas de controle. Estudos estimam que a prevalência global da HAS seja de um bilhão de indivíduos, acarretando aproximadamente 7,1 milhões de mortes ao ano no mundo. É a mais prevalente das DCNT e atinge cerca de 32,5% (36 milhões) de indivíduos adultos, mais de 60% dos idosos, contribuindo direta ou indiretamente para 50% das mortes por doença cardiovascular (DCV) (SBC, 2016). Ela é um dos mais importantes fatores de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais, representando

54% das mortes por AVE, 47% das mortes por Doenças isquêmicas do coração (SANTOS; MOREIRA, 2012).

Em onze anos, o diagnóstico médico de hipertensão arterial aumentou na população adulta das capitais brasileiras e Distrito Federal. De acordo com o Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL) de 2017, a prevalência de hipertensão autorreferida passou de 22,6% em 2006 para 24,3% em 2017. A doença tende a aumentar com a idade, chegando, em 2017, a 60,9% entre os adultos com 65 anos e mais; e foi menor entre aqueles com maior escolaridade, com 14,8% entre aqueles com 12 anos ou mais de estudo [...]

[...] De acordo com o estudo, as mulheres ainda continuam com maior prevalência de diagnóstico médico de hipertensão arterial quando comparado aos homens, tendo registrado 26,4% contra 21,7% para eles. Em 2017, as capitais com maior prevalência entre as mulheres foram Rio de Janeiro (34,7%) e Recife (30,0), e entre os homens, foram Maceió (26,3%) e Natal (26,2%) (BRASIL, 2019).

Segundo dados do MS fornecidos pelo Sistema de Informação de Mortalidade (SIM), no Brasil no ano de 2017 foram registrados um total de 829 óbitos por dia, que totalizam mais de 302 mil óbitos no ano. O Brasil figura no sexto lugar entre os países com a mais alta taxa de morte por doenças cardíacas, infartos e HAS (SANTA CATARINA, 2019).

Os principais fatores de risco para HAS são: idade (principalmente acima de 50 anos); sexo (Prevalência maior entre mulheres); Etnia (mais frequente em pretos); Obesidade (existem vários estudos que comprovam relação direta entre IMC e HAS; Sedentarismo; Ingesta aumentada de sal e álcool; Fatores socioeconômicos; Componente genético; Ocupação; Ingesta de álcool; Tabagismo (SANTA CATARINA, 2019).

A maioria dos portadores de HAS é assintomática ou oligossintomática, motivo pelo qual ações de prevenção, educação em saúde informando sobre o agravo, e principalmente rastreamento devem ser fortalecidas no âmbito da APS. Sobre o rastreamento o Ministério da Saúde no Caderno de Atenção Básica nº 37 discorre o seguinte:

Todo adulto com 18 anos ou mais de idade, quando vier à Unidade Básica de Saúde (UBS) para consulta, atividades educativas, procedimentos, entre outros, e não tiver registro no prontuário de ao menos uma verificação da PA nos últimos dois anos, deverá tê-la verificada e registrada [Grau de Recomendação A].

A primeira verificação deve ser realizada em ambos os braços. Caso haja diferença entre os valores, deve ser considerada a medida de maior valor. O braço com o maior valor aferido deve ser utilizado como referência nas próximas medidas. O indivíduo deverá ser investigado para doenças arteriais se apresentar diferenças de pressão entre os membros superiores maiores de 20/10 mmHg para as pressões sistólica/diastólica, respectivamente [...] Com intervalo de um minuto, no mínimo, uma segunda medida deve ser realizada.

De acordo com a média dos dois valores pressóricos obtidos, a PA deverá ser novamente verificada:

– a cada dois anos, se PA menor que 120/80 mmHg (BRASIL, 2006);

- a cada ano, se PA entre 120 – 139/80 – 89 mmHg nas pessoas sem outros fatores de risco para doença cardiovascular (DCV) (CHOBANIAN et al., 2003);
- em mais dois momentos em um intervalo de 1 – 2 semanas, se PA maior ou igual a 140/90 mmHg ou PA entre 120 – 139/80 – 89 mmHg na presença de outros fatores de risco para doença cardiovascular (DCV). (BRASIL, 2013, p. 29).

Sendo a maior parte dos acometidos assintomática, considera-se para critério diagnóstico da PA a medição dos níveis pressóricos através com técnicas corretas e insumos adequados. Salientando que deve-se ter cautela no diagnóstico, pois implicará em uma condição introduzida na vida deste paciente para o resto da vida. (SANTA CATARINA, 2019, p. 13) define que:

[...] o diagnóstico da HAS consiste na média aritmética da PA maior ou igual a 140/90 mmHg, verificada em pelo menos três dias diferentes com intervalo mínimo de uma semana entre as medidas, ou seja, soma-se a média das medidas do primeiro dia mais as duas medidas subsequentes e divide-se por três.

Sempre que possível complementar com medidas de PA fora do consultório para evitar erros diagnósticos com Hipertensão de Bata Branca e Hipertensão Mascarada. Além dos níveis pressóricos aferidos, este paciente captado deve passar por uma anamnese criteriosa, exame físico detalhado e exames complementares para confirmação diagnóstica, identificação de comorbidades, avaliação de lesões em órgãos-alvo e estratificação de riscos (BRASIL, 2013).

As medidas de PA fora do consultório são de dois tipos: Medição residencial da PA (MRPA), que é realizada com protocolo específico, consistindo na medições pela manhã em três oportunidades (antes do desjejum e da tomada da medicação), e três à noite, antes do jantar, durante cinco dias. Os valores anormais de MRPA são valores $135/85$ mmHg; e Monitorização ambulatorial da PA (MAPA) que consiste no registro indireto e intermitente da PA durante 24 horas ou mais, enquanto o paciente realiza suas atividades de rotina, incluindo períodos de sono e vigília, são atualmente consideradas anormais as médias de PA de 24 horas $130/80$ mmHg, vigília $135/85$ mmHg e sono $120/70$ mmHg (SBC, 2016).

Segundo a SBC, os níveis pressóricos normais oscilam até os valores $120/80$ mmHg. A HAS classifica-se da seguinte forma (de acordo com a medição casual ou no consultório em maiores de 18 anos de idade, valores referidos de PAS e PAD em mmHg respectivamente): Pré-hipertensão: 121-139 / 81-89; Hipertensão estágio 1: 140 – 159 / 90 – 99; Hipertensão estágio 2: 160 – 179 / 100 – 109; Hipertensão estágio 3: 180 – 110 (SBC, 2016).

Quando diagnosticada a HAS de imediato inicia-se o tratamento, que consiste num esquema terapêutico individualizado com a associação de uma abordagem não medicamentosa e a terapia farmacológica. A terapêutica não farmacológica tem como norte a

eliminação de fatores de risco, atua no enfrentamento da modificação dos hábitos de vida e readequação do que não pode ser totalmente eliminado. Essas medidas incluem instituição de novos hábitos alimentares, introdução de atividade física, eliminação de maus hábitos e reorientação da dinâmica familiar, bem como adaptação do plano terapêutico às condições socioeconômicas deste indivíduo. O tratamento farmacológico instituído associado a essas medidas contribuem para manter nos níveis pressóricos em valores aceitáveis. Cabe salientar aqui, que mais importante que garantir rastreio, métodos diagnósticos, abordagem terapêutica e monitoramento do paciente portador de HAS, é evitar que ele venha a ser um. E para isso é necessário fortalecer ações de prevenções de agravos dentro da Estratégia de Saúde da Família (NOBRE et al., 2013).

O tratamento da HAS requer uma abordagem multiprofissional, no Caderno de Atenção Básica nº15 o MS faz algumas considerações sobre essa abordagem:

A abordagem multiprofissional é de fundamental importância no tratamento da hipertensão e na prevenção das complicações crônicas. Assim como todas as doenças crônicas, a hipertensão arterial exige um processo contínuo de motivação para que o paciente não abandone o tratamento. Sempre que possível, além do médico, devem fazer parte da equipe multiprofissional os seguintes profissionais de saúde: enfermeiro, nutricionista, psicólogo, assistente social, professor de educação física, farmacêutico e agentes comunitários de saúde. Dentre as ações comuns à equipe multiprofissional, destacam-se as seguintes: • Promoção à saúde (ações educativas com ênfase em mudanças do estilo de vida, correção dos fatores de risco e divulgação de material educativo); • Treinamento de profissionais; • Encaminhamento a outros profissionais, quando indicado; • Ações assistenciais individuais e em grupo; • Gerenciamento do programa (BRASIL, 2006, p. 24).

Os maiores desafios para controle e prevenção da HAS encontram-se no nível de atenção primária, dentro das unidades de saúde da família. Integração da equipe multiprofissional para garantir integralidade da atenção à saúde desse paciente deve ocorrer de forma intersetorial, e isso nem sempre acontece o fato de organizar as ações em função do território e das características da população que nele reside, possibilita que as ações sejam de fato voltadas para a realidade do paciente. Sob esta ótica o MS BRASIL (2013) preconiza que para controle de complicações sejam trabalhadas as modificações de estilo de vida, fundamentais no processo terapêutico e na prevenção da hipertensão.

A relevância e importância deste projeto de intervenção, estão na contribuição da equipe na operacionalização efetiva das ações preconizadas pelo MS, que impactam diretamente nos índices de prevalência e morbimortalidade da comunidade. O engajamento da equipe para desenvolver e implementar ações que estimulem bons hábitos e eliminem fatores de risco, fará com que os pacientes já diagnosticados se mantenham controlados e compensados, evitando assim complicações, diminuindo números de morbimortalidade. As ações de prevenção reduzirão os números de casos novos interferindo diretamente na diminuição dos índices de incidência e prevalência deste agravo na comunidade.

4 Metodologia

Delineamento do estudo

O presente estudo caracteriza-se como um projeto de intervenção e será realizado na Unidade Básica de Saúde Unidade Básica de Saúde (UBS) Posto Braga localizada na cidade de Santo Ângelo – Rio Grande do Sul. Serão desenvolvidas atividades de nível primário de atenção à saúde que pretendem criar estratégias de melhoria de qualidade e das ações para controle e prevenção de Hipertensão Arterial Sistêmica voltadas para a população adscrita na UBS.

Após a análise dos problemas de saúde na unidade, optou-se por priorizar a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), por se tratar de um problema prevalente na comunidade e por estar intimamente relacionado com aplicação de técnicas corretas de aferição de Pressão Arterial, além de sua relação com hábitos alimentares não saudáveis e ao estilo de vida sedentário evidenciado na população local. Sendo assim, justifica-se a necessidade de criação de um plano de intervenção que vise capacitar a equipe e melhorar a qualidade da assistência prestada aos pacientes portadores de HAS.

População e local do estudo

A população alvo do estudo será constituída por pacientes portadores de hipertensão arterial sistêmica atendidos na UBS Posto Braga e pelos profissionais que compõem a equipe multiprofissional da referida unidade, de ambos sexos e qualquer idade, que atuem diretamente com o processo de aferição de pressão arterial. O local priorizado para a realização das atividades é na própria UBS, a depender da quantidade de amostra populacional que integrará o estudo, poderão ser utilizados espaços com melhor infraestrutura para a execução de algumas atividades sugeridas, estes espaços podem incluir escolas ou algum tipo de auditório municipal disponível.

Plano de intervenção e estratégias

As ações serão divididas em três etapas:

Etapa 1 - Seleção dos participantes a partir da consulta aos prontuários dos pacientes com registros de HAS. Após a seleção, os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) apresentarão o projeto de intervenção à comunidade hipertensa selecionada durante as visitas domiciliares, estimulando-os a participarem das atividades propostas. Serão realizadas consultas médicas com a população voluntária nas quais serão aferidas a pressão arterial e dados vitais, verificada medidas de antropometria (peso, altura, circunferência abdominal) e calculado Índice de Massa Corporal (IMC). O profissional também confirmará e atualizará as informações sobre características sociodemográficas (idade, sexo, etnia, ocupação, escolaridade, renda familiar, religião, estado civil, composição familiar), informações clínicas sobre a HAS (tempo e forma de descoberta da doença, número e frequência de internações hospitalares por alterações pressóricas, histórico familiar, ante-

cedentes medicamentosos, patologias associadas) e dados referentes ao cumprimento da proposta terapêutica (farmacoterapia e mudança de estilo de vida), priorizando identificar os aspectos que dificultam a adesão ao tratamento. Será possível identificar fatores de risco para comorbidades que acompanham a HAS e obter maior quantidade de informações sobre as individualidades de cada caso. Os dados clínicos e pessoais obtidos devem ser registrados no prontuário para averiguação dos resultados posteriormente e o tempo estabelecido para a conclusão da etapa é de 1 mês, com início previsto para 15 de Outubro de 2020 e término estimado em 16 de Novembro de 2020.

Etapa 2: Serão realizadas nessa etapa a capacitação profissional da equipe de saúde de modo a promover melhorias na atenção integral dos indivíduos portadores de Hipertensão Arterial. Trataremos de temas importantes como: manejo e acompanhamento domiciliar da HAS; estratégia de controle da adesão farmacológica na HAS; o papel do vínculo do usuário com a unidade de saúde; medidas de orientação do paciente para com o cuidado em saúde. A capacitação será realizada pelo médico clínico, durará 4 semanas e acontecerá através de reuniões semanais com a equipe multiprofissional. Os encontros acontecerão nos 20 e 27 de Novembro e 4 e 11 de Dezembro do ano de 2020.

Etapa 3: aplicação de ações educativas semanais durante um período 4 meses. Estas atividades devem ser orientadas a fornecer informações aos pacientes sobre a HAS, complicações no caso de manejo incorreto, estratégias de prevenção de agravos, importância das mudanças comportamentais, alimentação saudável e prática de e atividades físicas, entre outros temas que serão determinados a partir das informações fornecidas na consulta médica. Pretende-se abordar os temas de maneira interativa, por meio de palestras e rodas de conversa que estimulem a manifestações de opiniões e a participação do grupo com sugestões e experiências sobre os assuntos discutidos. Deverão participar da execução das atividades de grupo todos os profissionais da saúde integrantes da equipe multiprofissional da UBS. As atividades serão realizadas semanalmente nos meses de Janeiro a Abril de 2021, com 1 encontro semanal, totalizando 17 encontros. As datas e horários serão determinadas conforme disponibilidade da equipe e dos pacientes integrantes do estudo.

5 Resultados Esperados

Espera-se que com o desenvolvimento deste projeto de intervenção alcançar melhores indicadores de adesão ao tratamento e com isso menores taxas de usuários que apresentem complicações por descontrole da HAS. A intervenção oferecerá ferramentas para uma melhor organização das ações de saúde junto à comunidade portadora de Hipertensão Arterial, viabilizando a elaboração de estratégias de cuidados individualizadas e direcionadas à necessidade particular de cada indivíduo.

Através das consultas médicas será possível identificar e compreender os determinantes de saúde implicados no desenvolvimento da doença e atuar para a redução de fatores de riscos modificáveis e prevenção de complicações. As ações de educação em saúde deverão estabelecer a conscientização dos pacientes a respeito do autocuidado. As atividades funcionarão como instrumento facilitador da adoção de práticas saudáveis na vida cotidiana, realização de exercícios regulares, cumprimento da proposta dietética e terapia farmacológica, bem como atuarão na fidelização do paciente ao serviço de saúde, o que será demonstrado no comparecimento à unidade para consultas e avaliações de rotina. Uma maior aproximação do paciente com a UBS permitirá ainda a detecção precoce de comorbidades e complicações relacionadas à HAS.

Referências

BRASIL. Caderno de atenção básica: Hipertensão arterial sistêmica. Ministério da Saúde, Brasília, n. 1, 2006. Citado na página 18.

BRASIL. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica hipertensão arterial sistêmica. Ministério da Saúde, Brasília, n. 1, 2013. Citado 3 vezes nas páginas 15, 17 e 18.

BRASIL, M. D. S. *Um em cada quatro brasileiros adultos dizem ter diagnóstico médico de hipertensão*. 2019. Disponível em: <<https://www.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/43123-um-em-cada-quatro-brasileiros-adultos-dizem-ter-diagnostico-medico-de-hipertensao>>. Acesso em: 16 Jun. 2020. Citado na página 16.

NOBRE, F. et al. Hipertensão arterial sistêmica primária. *Revista FMRP*, v. 46, n. 3, p. 256–272, 2013. Citado 2 vezes nas páginas 15 e 18.

SANTA CATARINA. Linha de cuidado À pessoa com hipertensão arterial sistêmica. Secretaria de Saúde do Estado, Santa Catarina, n. 1, 2019. Citado 3 vezes nas páginas 15, 16 e 17.

SANTOS, J. C. dos; MOREIRA, T. M. M. Fatores de risco e complicações em hipertensos/diabéticos de uma regional sanitária do nordeste brasileiro. *Revista Escola de Enfermagem USP*, v. 45, n. 5, p. 1125–1132, 2012. Citado na página 15.

SBC, S. B. de C. 7ª diretriz brasileira de hipertensão arterial. *REVISTA DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA*, v. 107, n. 3, p. 1–83, 2016. Citado 2 vezes nas páginas 15 e 17.