



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

Douglas Stephano de Souza Pita

Abordagem da Hipertensão Arterial Sistêmica com usuários do Programa de Saúde da Família (PSF)

Florianópolis, Março de 2023

Douglas Stephano de Souza Pita

Abordagem da Hipertensão Arterial Sistêmica com usuários do
Programa de Saúde da Família (PSF)

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: Franciane Schneider
Coordenadora do Curso: Profa. Dra. Fátima Buchele Assis

Florianópolis, Março de 2023

Douglas Stephano de Souza Pita

Abordagem da Hipertensão Arterial Sistêmica com usuários do Programa de Saúde da Família (PSF)

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

Franciane Schneider
Orientador do trabalho

Florianópolis, Março de 2023

Resumo

Introdução: O cenário deste projeto de intervenção é o Programa de Saúde da Família (PSF) 4, situado na zona periférica do município de Santo Ângelo, estado do Rio Grande do Sul (RS). O bairro onde localiza-se o PSF é na periferia do município, praticamente na zona rural. A população em geral é de baixa renda. A unidade tem um espaço físico relativamente pequeno, fazendo com que os atendimentos clínicos que demandem de melhor estrutura física e de equipamentos sejam encaminhados para Unidade de Pronto Atendimento (UPA) ou hospital. Os usuários do PSF 4 apresentam uma elevada incidência e prevalência de doenças crônicas como Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM), devido principalmente aos hábitos alimentares. A HAS é uma grande preocupação por parte da equipe, visto sua alta prevalência, que acomete 14,55% da população assistida. Além disso, observa-se que os principais fatores de risco para o desenvolvimento e agravamento da HAS desses usuários são fatores modificáveis. Observa-se que é responsabilidade das equipes de Atenção Básica desenvolverem ações que busquem diagnosticar precocemente a HAS, orientar os usuários sobre os fatores de riscos, prevenção, tipos de tratamento e possíveis agravantes, além de oferecer assistência longitudinal e ações de educação em saúde. **Objetivo:** Desenvolver ações de intervenção por meio da educação em saúde sobre o tema HAS com os usuários da unidade. **Métodos:** As ações consistirão no plano individual de reeducação alimentar, grupo de caminhada, ações de educação e promoção do autocuidado, ações de incentivo a adoção do tratamento medicamentoso ou não medicamentoso, ações de promoção ao diagnóstico precoce e monitoramento efetivo dos hipertensos. **Resultados esperados:** Espera-se que a partir dessas ações os usuários do PSF 4 consigam manter os níveis pressóricos os mais próximos dos ideais, reduzam os riscos de eventos cardiovasculares, cerebrovasculares, renais e arteriais periféricos, melhorem os seus hábitos alimentares, mantenham atividades físicas de rotina e consequentemente, tenham uma melhor qualidade de vida.

Palavras-chave: Adesão ao tratamento medicamentoso, Educação em Saúde, Equipe de Assistência ao Paciente, Hábitos Alimentares, Hipertensão

Sumário

1	INTRODUÇÃO	9
2	OBJETIVOS	11
2.1	Objetivo geral	11
2.2	Objetivos específicos	11
3	REVISÃO DA LITERATURA	13
4	METODOLOGIA	21
5	RESULTADOS ESPERADOS	23
	REFERÊNCIAS	27

1 Introdução

A Capital das Missões, Santo Ângelo, localizada no noroeste do Rio Grande do Sul (RS), destaca-se com a sua história riquíssima e belezas naturais e arquitetônicas. Foi o último município dos Sete Povos das Missões a ser criado, crescendo economicamente, tornando-se o maior e mais rico produtor de erva-mate. A economia da região gira em torno da agropecuária, com destaques à produção de soja, milho e trigo. Criações bovinas e suínas destacam-se na pecuária. O turismo é uma atividade que também é de grande importância ao município. A cidade possui quatro Instituições de Ensino Superior (IES), sendo reconhecida como um polo educacional, com aproximadamente 6.000 acadêmicos (PSA, 2017).

O cenário deste trabalho é o Programa de Saúde da Família (PSF) 4, situado na rua Carlos Ricardo Naumann, nº 753, bairro Garibaldi Carrera Machado, no município de Santo Ângelo. Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) 9 a população é de 77.593 habitantes (IBGE, 2019). Ainda de acordo com os dados do IBGE, sua área territorial é de 680,93 km² e densidade demográfica de 112,09 hab/km². A escolarização é de 99% entre as idades de 6 a 14 anos e o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) municipal é de 0,772 (IBGE, 2010).

O bairro onde está localizado o PSF esta situado na periferia do município, praticamente na zona rural. A população em geral é de baixa renda. Por ser periferia, o bairro possui problemas com infraestrutura de esgoto e transporte público. Destaca-se que não há sinal de celular e não existe telefone fixo no PSF. A equipe é formada por um fisioterapeuta, cinco agentes comunitários de saúde (ACS), um administrador, dois enfermeiros, um médico, um auxiliar em saúde bucal, um auxiliar de enfermagem, dois técnicos de enfermagem e um odontólogo. O funcionamento do PSF ocorre de segunda a sexta-feira, das 07h30 às 16h30.

A unidade tem um espaço físico relativamente pequeno, fazendo com que os atendimentos clínicos que demandem de melhor estrutura física e de equipamentos sejam encaminhados para UPA ou hospital do município. A população do bairro apresenta um grande índice de doenças como Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM), devido aos hábitos alimentares da população. A equipe do PSF realiza ações de combate à essas doenças por meio de educação em saúde e recomendação/prescrição de remédios.

Ainda não há estudos epidemiológicos direcionados à população do PSF 4 de Santo Ângelo. Entretanto, observa-se através do prontuário digital o grande número de usuários com diagnóstico de HAS e/ou utilizando medicamentos psicotrópicos. De acordo com o relatório de cadastro individual, o PSF possui 1.237 usuários cadastrados que utilizam os serviços da unidade, sendo 180 usuários com diagnóstico de HAS, o que representa 14,55%

da população assistida.

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é uma doença crônica complexa e de natureza multifatorial. É considerada um dos principais fatores de risco de morbidade e mortalidade cardiovasculares, cerebrovasculares, renais e arteriais periféricas. Salienta-se que a HAS é um grave problema de Saúde Pública devido a sua cronicidade, o qual gera altos custos aos sistemas de saúde e previdenciários, decorrentes de internações, mortalidade, incapacitação e aposentadoria precoce (SBC, 2016).

De acordo com os dados da Organização Mundial da Saúde (OMS) as doenças cardiovasculares são a principal causa de óbitos no mundo. Em 2015, ocorreram 17,7 milhões de mortes de correntes dessas enfermidades, representando cerca de 31% dos óbitos registrados naquele respectivo ano. No Brasil, em 2017, ocorreram 302 mil mortes devido a doenças cardiovasculares (BRASIL, 2019a). E segundo a Sociedade Brasileira de Cardiologia (2020), até maio de 2020 foram registradas 163.789 mortes decorrentes destas patologias (SBC, 2020).

Dados da pesquisa de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico apontou que um a cada quatro brasileiros se autorreferiram portadores de HAS, apresentando maior prevalência entre as mulheres, com aproximadamente 27%, em comparação aos homens com 22,1% (BRASIL, 2019b).

No PSF 4 a HAS é uma grande preocupação por parte da equipe de saúde, visto a sua prevalência que acomete 14,55% da população assistida. Além disso, observa-se que os principais fatores de risco para o desenvolvimento e agravamento da HAS destes usuários são fatores modificáveis, como por exemplo a obesidade ou sobrepeso, a má alimentação, o excesso do consumo de sódio, o tabagismo e/ou alcoolismo, o sedentarismo e principalmente a carência de informações sobre a problemática. Sendo responsabilidade dos profissionais da Atenção Básica desenvolver ações que busquem diagnosticar precocemente a HAS, orientar os usuários sobre os riscos, tipos de tratamento e possíveis agravantes acarretados pela patologia, além de oferecer assistência longitudinal a esses usuários e realizar educação em saúde com os mesmos. Neste sentido torna-se relevante estudar o tema proposto e elaborar um projeto de intervenção direcionado para a abordagem individual do usuário e coletiva, com foco na educação em saúde e promoção do autocuidado.

2 Objetivos

2.1 Objetivo geral

Realizar educação em saúde sobre o tema Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) com os usuários do PSF 4.

2.2 Objetivos específicos

- Realizar educação em saúde sobre os aspectos alimentares que previnem a HAS.
- Criar um plano alimentar individual aos usuários com diagnóstico de HAS.
- Realizar educação em saúde sobre aspectos relacionados ao autocuidado dos usuários com diagnóstico de HAS.
- Realizar educação em saúde sobre hábitos de vida saudáveis e realização de atividades físicas.
- Criar um grupo de caminhadas.
- Realizar educação em saúde sobre o tratamento medicamentoso e não medicamentoso da HAS.
- Desenvolver um instrumento para o monitoramento efetivo e controle do tratamento dos usuários com diagnóstico de HAS.

3 Revisão da Literatura

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é uma doença crônica não transmissível, na qual os níveis pressóricos se mantêm elevados de forma constante, apresentando valores de pressão arterial sistólica ≥ 140 mmHg e/ou de pressão arterial diastólica ≥ 90 mmHg para indivíduos que não fazem uso de medicamentos antihipertensivos. Tal condição está comumente associada a distúrbios metabólicos em órgãos como coração e rins, sendo agravada em presença de outras comorbidades como obesidade, dislipidemia e Diabetes Mellitus. A HAS também eleva o risco do desenvolvimento de doenças cardiovasculares e cerebrovasculares (SBC, 2016).

A elevação sustentada dos níveis pressóricos tem como consequência a sobrecarga do coração, que trabalha além do normal para conseguir desempenhar sua função de bombear sangue pelo organismo, sendo classificada em estágios, baseados no risco de desenvolvimento de doenças cardiovasculares. Na Tabela 1 podemos observar a classificação da pressão arterial para indivíduos maiores de 18 anos, utilizando a medição casual ou em consultório (SBC, 2016).

Tabela 1 – Classificação da pressão arterial de acordo com medição casual ou em consultório (indivíduos com idade igual ou superior a 18 anos)

Fonte: Sociedade Brasileira de Cardiologia, 2016 (SBC, 2016)

O diagnóstico da HAS é basicamente feito através do monitoramento dos níveis pressóricos, quando os mesmos apresentam-se constantemente acima dos limites de normalidade. O procedimento mais comum é a aferição da pressão arterial, realizada por profissionais da saúde, seguindo as orientações do Ministério da Saúde (MS) e utilizando equipamentos devidamente calibrados. Recomenda-se a realização de aferições em pelo menos três momentos distintos. A confirmação do diagnóstico se dá quando a média dessas aferições forem $\geq 140/90$ mmHg (BRASIL, 2019b).

A aferição da pressão arterial em consultório é um procedimento simples, indolor e rápido. Que consiste em deixar o indivíduo em repouso por 3 a 5 minutos, em um ambiente tranquilo. Deve-se esclarecer antes do início do procedimento quaisquer dúvidas e

Classificação/Estágio	PA Sistólica (mmHg)	PA Diastólica (mmHg)
Normal	< 120	< 80
Pré-Hipertensão	121-139	81-89
Hipertensão Estágio I	140-159	90-99
Hipertensão Estágio II	160-179	100-109
Hipertensão Estágio III	>180	>110

Categoria	PAS (mmHg)	PAD (mmHg)	
Consultório	140	e/ou	90
MAPA			
Vigília	135	e/ou	85
Sono	120	e/ou	70
24 horas	130	e/ou	80
MRPA	135	e/ou	85

orientar que o indivíduo permaneça em silêncio durante a medição. Também é indispensável certificar que o indivíduo não: está com a bexiga cheia, praticou atividades físicas nos últimos 60 minutos, ingeriu bebidas alcoólicas, café ou alimentos e fumou nos últimos 30 minutos. O posicionamento adequado é o indivíduo estar sentado confortavelmente, pernas descruzadas, pés apoiados no chão, dorso recostado na cadeira e relaxado. O braço deve estar apoiado e na altura do coração com a palma da mão voltada para cima e as roupas não devem garrotear o membro. Após as devidas orientações e posicionamento, o profissional de saúde deve determinar a circunferência do braço no ponto médio entre acrômio e olecrano, definir o manguito ideal ao braço, colocar o manguito sem deixar folgas, 2 a 3 cm acima da fossa cubital centralizando a parte compressiva do manguito sobre a artéria braquial. Estimar o nível da pressão arterial sistólica (PAS) através da palpação do pulso radial. Localizar por meio da palpação a artéria braquial na fossa cubital e colocar o diafragma do estetoscópio. Inflar até ultrapassar 20 a 30 mmHg o nível estimado da PAS obtido na palpação. Desinflar lentamente. Determinar a PAS pela ausculta do primeiro som e, após isso, aumentar ligeiramente a velocidade de deflação. Até o desaparecimento dos sons. Auscultar de 20 a 30 mmHg abaixo do último som para confirmar seu desaparecimento e depois proceder à deflação total. Repetir o procedimento ao menos três vezes. Caso as medições divergirem aferições adicionais devem ser realizadas. Na persistência da divergência considerar a média das medidas. Outro ponto a se considerar, na primeira consulta, deve-se medir em ambos os braços e usar como referência o de maior valor (SBC, 2016).

A aferição dos níveis pressóricos fora do consultório, como mencionado anteriormente, pode ser obtida através da medição residencial da pressão arterial (MRPA) ou do exame Monitorização Ambulatorial da Pressão Arterial (MAPA) de 24 horas. Na Tabela 2 abaixo podemos observar os valores e indicações das medidas de consultório (SBC, 2016).

Tabela 2 – Valores de referência para a definição de HAS pelas medidas de consultório, MAPA e MRPA

Fonte: Sociedade Brasileira de Cardiologia, 2016.(SBC, 2016)

A Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC, 2016), indica a medição da PA fora do consultório por meio da MAPA ou MRPA nos seguintes casos:

- Suspeita de Hipertensão do Avental Branco (HAB);
- HAS estágio 1 no consultório;
- Pressão Arterial (PA) alta no consultório em indivíduos assintomáticos sem lesão de órgão-alvo (LOA) e com baixo risco cardiovascular (CV) total;
- Suspeita de hipertensão mascarada (HM);
- PA entre 130/85 e 139/89 mm/Hg no consultório;
- PA < 140/90 mmHg no consultório em indivíduos assintomáticos com LOA ou com risco CV total;
- Identificação do Efeito do avental branco (EAB) em hipertensos;
- Grande variação da PA no consultório na mesma consulta ou em consultas diferentes;
- Hipotensão postural, pós prandial, na sesta induzida por fármacos;
- PA elevada de consultório ou suspeita de pré-eclâmpsia em mulheres grávidas.
- Confirmação de hipertensão resistente.

É importante ressaltar que existem condições específicas para o uso da MAPA (SBC, 2016):

- Discordância importante entre a PA no consultório e em casa;
- Avaliação do descenso durante e sono;
- Suspeita de HÁ ou falta de queda da PA durante o sono habitual em pessoas com apneia de sono, doença renal crônica (DRC) ou diabetes;
- Avaliação da variabilidade da PA.

Os principais fatores de risco associados ao desenvolvimento da HAS são idade, tabagismo, sobrepeso, obesidade, má alimentação, sedentarismo, hereditariedade e consumo excessivo de sal. Apesar de ser uma doença crônica, a HAS possui tratamento medicamentoso e não medicamentoso eficientes podendo ser controlada (RADOVANOVIC et al., 2014). Em relação aos fatores de risco, seguem algumas considerações:

Idade: a HAS é uma grave doença que atinge todas as idades, porém, segundo dados do Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (BRASIL, 2019b), apresenta maior prevalência e incidência em indivíduos com mais de 65 anos, correspondendo a 60,9% dos entrevistados e 49,5% na faixa etária de 55 a 64 anos.

Gênero e etnia: segundo a Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC, 2016) a prevalência de HAS entre homens e mulheres é semelhante, apesar de ser mais elevada em homens até os 50 anos, invertendo-se a partir dos 50. Em relação a etnia a hipertensão é duas vezes mais prevalente em indivíduos de cor não branca.

Riscos do excesso do consumo de sódio: no organismo o sódio funciona como um regulador de líquidos das células, exercendo o controle da pressão osmótica, sendo encontrado principalmente no exterior celular. Quando existe pouco sódio, mais líquido entram nas células, e na presença excessiva dessa substância o líquido tende a sair, ocasionando um maior volume de líquidos nos vasos sanguíneos acarretando na elevação da pressão arterial (PERIN et al., 2020). Observa-se que a Organização Mundial da Saúde (BRASIL, 2019a), recomenda que o consumo de sal diário não ultrapasse 5 gramas, o que equivale a 2 gramas de sódio. Porém, ainda segundo a mesma, os brasileiros consomem 12 gramas de sal diariamente. Isso se deve principalmente pela elevação do consumo de produtos industrializados que utilizam sódio como conservante.

Tabagismo: o tabagismo é um grande problema de saúde, sendo uma das principais causas de mortes evitáveis no mundo. O monóxido de carbono quando inalado e absorvido pelos pulmões vai para a corrente sanguínea, reduzindo a capacidade de transporte de oxigênio. Quando a capacidade aeróbica do tabagista é comprometida, acarreta o aumento da frequência cardíaca e pressão arterial, predispondo o desencadeamento de arritmias. Segundo o Instituto Nacional de Câncer (INCA, 2020), em 2015, o tabagismo provocou 34.999 mortes decorrentes de doenças cardíacas. Além disso, estima-se que no mesmo período os custos diretos associados a assistência médica ocasionados pelo tabagismo foi de R\$ 39,4 bilhões e o prejuízo relacionado a perda de produtividade chegou a R\$ 17,5 bilhões em despesas decorrentes de mortes prematuras e incapacidades. Diante dessa grande problemática o Ministério da Saúde recomenda para o tratamento do tabagismo, abordagens baseadas no suporte psicossocial e tratamento medicamentoso (BRASIL, 2019a).

Obesidade: a obesidade é uma doença crônica de causa multifatorial, associada principalmente com o estilo de vida: sedentarismo, maus hábitos alimentares e fatores psicossociais. Porém, é importante salientar que existem outras causas que ocorrem com menor frequência: doenças de tireóide, síndrome de cushing e fatores genéticos (METABÓLICA, 2020). A obesidade é um dos principais fatores de risco para o desenvolvimento de HAS. Estudo (KALIL, 2017) demonstra que o ganho de peso está associado ao aumento da insulina plasmática, que consiste no hormônio que favorece a absorção de sódio pelos rins, aumento do volume sanguíneo e atividade vascular. Provocando a elevação da ativação do sistema nervoso simpático, liberação de noradrenalina e conseqüentemente queda da regulação da pressão arterial. Neste sentido o controle do peso é um importante aliado para o controle dos níveis pressóricos. A Associação Brasileira para Estudo da Obesidade e Síndrome Metabólica (METABÓLICA, 2020), recomenda que o tratamento da obesidade seja realizado por uma equipe interdisciplinar, fornecendo principalmente

suporte psicossocial, através de abordagens psicoterapêuticas e incentivo às mudanças de maus hábitos: alimentação desequilibrada, sedentarismo, tabagismo, alcoolismo e excesso de peso ([METABÓLICA, 2020](#)).

Complicações associadas e estratificação de risco cardiovascular: quando não tratada adequadamente ou diagnosticada tardiamente a HAS pode acarretar inúmeras complicações, como doenças cardiovasculares, cerebrovasculares, problemas renais, comprometimento da visão e até a morte. Em 2015, a Organização Mundial da Saúde (OMS) destacou as doenças cardiovasculares como a principal causa de mortes no mundo, sendo responsável por 31% dos óbitos registrados naquele ano. No Brasil, o cenário não é diferente, as doenças cardiovasculares foram responsáveis por 302 mil mortes em 2017 ([BRASIL, 2019a](#)). Segundo as recomendações da Sociedade Brasileira de Cardiologia ([SBC, 2016](#)), todo portador de HAS deve ter o risco cardiovascular (CV) avaliado, pois esse procedimento auxilia na decisão terapêutica e prognóstica. Essa classificação pode ser baseada em duas estratégias distintas. Na primeira há uma avaliação do risco global diretamente relacionado à hipertensão, estando relacionada aos níveis da PA, fatores de risco associados, das LOAs e da presença de doença cardiovascular (DCV) ou doença renal. A segunda estratégia determina o risco do hipertenso desenvolver DCV nos próximos 10 anos. A estratificação de risco cardiovascular utiliza o sistema de classificação conforme indicado na Tabela 3.

Tabela 3 – Estratificação de risco no indivíduo hipertenso de acordo com fatores de risco adicionais, presença de lesão em órgão-alvo e de doença cardiovascular ou renal

Fonte: Sociedade Brasileira de Cardiologia, 2016 ([SBC, 2016](#))

Além disso, é fundamental considerar que a maioria dos hipertensos demonstram fatores de risco CV adicionais. Por isso, essa estratificação depende de informações obtidas na história clínica, no exame físico e exames complementares, sempre objetivando a identificação de ([SBC, 2016](#)):

- Coexistência de outros fatores de risco cardiovascular como idade (Homens 55 anos ou mulheres 65 anos), História de DCV prematura em parentes de 1º grau (Homens < 55 anos ou mulheres < 65 anos), tabagismo, dislipidemia (Colesterol total > 190 mg/dl e/ou, LDL (lipoproteína de baixa densidade)-colesterol > 115 mg/dl e/ou HDL(lipoproteína de alta densidade)-colesterol < 40 mg/dl nos homens ou < 46 mg/dl nas mulheres e/ou Triglicérides > 150 mg/dl), resistência a insulina (Glicemia plasmática em jejum: 100-125 mg/dl, Teste oral de tolerância à glicose: 140-199 mg/dl em 2 horas e Hemoglobina glicada: 5,7 – 6,4%), obesidade (IMC (índice de massa corporal) 30 kg/m²) e Circunferência Abdominal (CA) 102 cm nos homens ou 88 cm nas mulheres.
- Presença de LOAs da hipertensão: hipertrofia ventricular esquerda IECG (eletrocardiograma): índice Sokolow-Lyon (SV1 + RV5 ou RV6) 35 mm, IECG: RaVL

	PAS 130- 139 ou PAD 85-89	HAS Est. 1 PAS 140-159 ou PAD 90-99	HAS Est. 2 PAS 160-179 ou PAD 100-109	HAS Est. 3 PAS 180 ou PAD 110
Sem fator de risco	Sem risco adicio- nal	Risco Baixo	Risco Moderado	Risco Alto
1 – 2 fatores de risco	Risco Baixo	Risco Mode- rado	Risco Alto	Risco Alto
3 fatores de risco	Risco Mode- rado	Risco Alto	Risco Alto	Risco Alto
Presença de LOA, DCV, DRC ou DM	Risco Alto	Risco Alto	Risco Alto	Risco Alto

PAS: pressão arterial sistólica; PAD: pressão arterial diastólica; HAS: hipertensão arterial sistêmica; DCV: doença cardiovascular; DRC: doença renal crônica; DM: diabetes mellitus; LOA: lesão em órgãos-alvo.

> 11 mm, IECG: Cornell voltagem > 2440 mm*ms, IECO: IMVE (índice de massa ventricular esquerda) > 115 g/m² nos homens ou > 95 g/m² nas mulheres, EMI (espessura mediointima) da carótida > 0,9 mm ou placa carotídea, VOP (velocidade da onda de pulso) carótido-femoral > 10 m/s, ITB (índice tornozelo-braquial) < 0,9, Doença renal crônica estágio 3 (RFG (ritmo de filtração glomerular estimado)-e 30-60 mL/min/1,73m²), Albuminúria entre 30 e 300 mg/24h ou relação albumina-creatinina urinária 30 a 300 mg/g.

- Diagnóstico de DCV ou doença renal pré-existente: acidente vascular encefálico (AVE) isquêmico, hemorragia cerebral, ataque isquêmico transitório, angina estável ou instável Infarto do miocárdio, Revascularização do miocárdio: percutânea (angioplastia) ou cirúrgica insuficiência cardíaca com fração de ejeção reduzida ou preservada glomerular estimado, doença arterial periférica sintomática dos membros inferiores, doença renal crônica estágio 4 (RFG (ritmo de filtração)-e < 30 ml/min/1,73m²) ou albuminúria > 300 mg/24 h e retinopatia avançada: hemorragias, exsudatos, papiledema.

Prevalência da HAS

Outro dado preocupante é a alta prevalência de hipertensos autorreferidos no Brasil. Segundo dados da pesquisa de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças

Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL) um a cada 4 brasileiros se autorreferiram serem portadores de hipertensão, tendo maior prevalência entre mulheres, aproximadamente 27% do que entre homens 22,1% (BRASIL, 2019b).

Tratamento da HAS

O tratamento da HAS consiste em duas medidas principais: terapia medicamentosa e a não medicamentosa, baseada na adoção de hábitos saudáveis de vida. Objetivando manter os níveis pressóricos os mais próximos dos normais, no intuito de minimizar ou anular os riscos de complicações e garantir a qualidade de vida ao paciente (SANTOS et al., 2013).

A Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC, 2016) recomenda como tratamento não medicamentoso a adoção de hábitos saudáveis, como a prática de atividades física regularmente (mínimo de 30 minutos ao dia de 05 a 07 dias por semana), alimentação saudável, restrição da ingestão de sódio, abandono do tabagismo e alcoolismo, autocuidado e controle do peso. E o tratamento medicamentoso é recomendado para indivíduos com HAS estágio I de baixo a moderado risco cardiovascular, após medidas não medicamentosas não apresentarem efeito, durante um período de 90 dias. Para os indivíduos em estágio I de alto risco cardiovascular ou para os em estágio II e III, independente do risco cardiovascular, o tratamento medicamentoso deve ser iniciado imediatamente (BRASIL, 2019a).

Os medicamentos antihipertensivos se baseiam principalmente na administração de diuréticos e betabloqueadores, podendo ser usado também inibidores da enzima conversora da beta-angiotensina, antagonistas dos canais de cálcio e os bloqueadores do receptor alfa. É bastante comum ocorrer a administração combinada de dois medicamentos (SBC, 2016).

Autores (DALLACOSTA; DALLACOSTA; NUNES, 2010) destacam que a única solução eficaz para o controle dos níveis pressóricos e redução das possíveis complicações associadas à hipertensão é a participação ativa dos indivíduos, por meio da adoção de um estilo de vida mais saudável e adesão ao tratamento medicamentoso. Neste sentido, as equipes de Atenção Básica têm posição estratégica no combate e prevenção a HAS. Sendo responsáveis por orientar os usuários sobre a importância de manter os níveis pressóricos dentro ou mais próximos aos valores normais, acompanhamento dos hipertensos, realização de diagnóstico, intervenções de educação, prevenção e promoção, incentivo a adoção de hábitos cotidianos saudáveis (controle de peso, dieta equilibrada, prática regular de atividades físicas, ações antitabagismo e alcoolismo, etc), acompanhamento da evolução do quadro através de uma equipe multiprofissional e interdisciplinar e incentivo a adesão as propostas de tratamento (BRASIL, 2019b).

4 Metodologia

O presente estudo trata-se de um projeto de intervenção, consistindo em uma proposta de ação para o enfrentamento de uma problemática real do território adstrito. É uma intervenção na prática cotidiana profissional refletida, organizada e discutida com seus pares, propondo mudanças de ações à luz de novo conhecimento (REIBNITZ, 2013, p. 19). Expressando-se através de uma pesquisa do tipo social, de base empírica, concebida e executada em associação entre ação ou de resolução de uma problemática coletiva, em parceria entre pesquisadores e participantes representativos da situação ou problema que estão envolvidos de modo cooperativo ou participativo (THIOLLENT, 2005, p. 16).

Para a elaboração deste, foi necessário um estudo bibliográfico preliminar, que forneceu insumos de embasamento teórico para o planejamento das ações de intervenção, realizado entre os meses de maio e junho do presente ano. Tendo como objetivo principal realizar ações de educação em saúde sobre o tema Hipertensão Arterial Sistêmica com os usuários do PSF 4.

O PSF 4, cenário desse projeto de intervenção, fica localizado em um bairro periférico do município de Santo Ângelo, na rua Carlos Ricardo Naumann, nº 753, bairro Garibaldi Carrera Machado. Sendo o público alvo destas ações, 180 usuários da unidade portadores de HAS, que correspondem a 14,55% do total da população assistida.

As ações do plano de intervenção consistirão no plano individual de reeducação alimentar, grupo de caminhada, ações de educação e promoção do autocuidado, ações de incentivo a adoção do tratamento medicamentoso ou não medicamentoso, ações de promoção ao diagnóstico precoce e monitoramento efetivo dos hipertensos:

- Plano individual de reeducação alimentar: será elaborado um plano alimentar individual, em parceria com a nutricionista e o usuário. Os usuários portadores de HAS serão avaliados uma vez por mês pela nutricionista, sendo orientados e incentivados quanto às ações necessárias para uma alimentação saudável.
- Grupo de Caminhada: será realizada continuamente a avaliação do estado clínico do usuário e elaborado um plano de atividades físicas individuais e/ou coletivas; será realizado caminhadas coletivas com a participação dos ACS e usuários portadores de HAS, o qual ocorrerão durante as manhãs, com tempo estimado de 45 minutos, nas mediações da unidade, de segunda-feira a quinta-feira. Caso seja indicado, será realizada a aferição e monitoramento do nível pressórico do usuário antes e/ou após a realização da atividade física.
- Ações de educação em saúde e promoção do autocuidado: sustentadas pela abordagem coletiva, essas ações consistirão em encontros semanais com os usuários do

PSF 4 hipertensos, que receberão orientações sobre a patologia, bem como serão incentivados a adotar um estilo de vida mais saudável, reduzir o peso, seguir o plano alimentar e de atividades físicas, bem como enfrentar as problemáticas de forma coletiva se apoiando por meio da troca de experiências. Essas ações ocorrerão por meio de roda de conversa e serão mediadas pelo médico e enfermeira da equipe. Os recursos utilizados serão folders autoexplicativos, elaborados pela própria equipe e comunicação oral. Para melhor organização dessas ações, os usuários hipertensos da unidade serão divididos em grupos de 20, que serão convidados a participarem das ações a cada dois meses. Nessas ocasiões, também serão realizadas a aferição e monitoramento do nível pressórico, estado clínico geral, participação do grupo de caminhada e/ou plano de atividades físicas individuais, além da adesão as proposta de tratamento medicamentosa e não medicamentosa.

- Ações de incentivo a adoção do tratamento medicamentoso ou não medicamentoso: durante os encontros semanais e nas consultas médicas os hipertensos também serão incentivados a manterem os níveis pressóricos os mais próximos dos normais, por meio do tratamento medicamentoso e não medicamentoso. Também receberão orientações sobre os riscos ocasionados pela não adesão aos tratamentos.
- Ações de promoção ao diagnóstico precoce das HAS: a prevenção e o diagnóstico precoce são importantes aliados na luta contra a hipertensão, por isso são indispensáveis ações em locais estratégicos do bairro adstrito e de grande fluxo de pessoas, onde seja possível aferir os níveis pressóricos, bem como fornecer orientações sobre a doença e convidar a população participante dessas ações a observarem os sinais e sintomas da HAS. A população será incentivada a agendar consulta médica para avaliações mais criteriosas. As ações de promoção ao diagnóstico precoce da HAS serão realizadas uma vez por mês.

Salienta-se que a adesão aos tratamentos propostos e as informações dos usuários serão registradas em prontuário, assim como em um instrumento específico (planilhas de Excel), para um monitoramento efetivo e posterior análise dos resultados/desfechos após implantação das intervenções.

5 Resultados Esperados

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é uma doença crônica complexa de natureza multifatorial, sendo um dos principais fatores de risco de morbidade e mortalidade cardiovasculares, cerebrovasculares, renais e arteriais periféricas. Devido sua cronicidade, alta prevalência e incidência, é considerada um grave problema de Saúde Pública, o qual gera altos custos aos sistemas de saúde e previdenciários, decorrentes de internações, mortalidade, incapacitação e aposentadoria precoce (SBC, 2016).

No PSF 4 a HAS causa uma grande preocupação na equipe assistencial, devido a sua prevalência ser de 14,55% da população assistida. Além disso, observa-se que os principais fatores de risco para o desenvolvimento e agravamento da HAS destes usuários são fatores modificáveis, tais como: obesidade ou sobrepeso, má alimentação, excesso do consumo de sódio, tabagismo e/ou alcoolismo, sedentarismo e principalmente a ausência de informações sobre a problemática. Nesse sentido, torna-se indispensável a criação de ações que busquem diagnosticar precocemente a HAS, orientar os usuários sobre os riscos, tipos de tratamento e possíveis agravantes acarretados pela doença, além de oferecer assistência longitudinal e de educação em saúde. De modo a fornecer a esses usuários insumos para escolhas mais conscientes e devida responsabilização sobre seu processo de saúde e doença.

Espera-se que a partir da realização das ações propostas neste projeto de intervenção os usuários do PSF 4 consigam manter os níveis pressóricos os mais próximos dos ideais, reduzam os riscos de eventos cardiovasculares, cerebrovasculares, renais e arteriais periféricos, melhorem os seus hábitos alimentares, mantenham atividades físicas de rotina e conseqüentemente, tenham uma melhor qualidade de vida, com base na aquisição de conhecimentos sobre a importância do autocuidado no seu processo de saúde e doença.

Cronograma das Atividades

Recursos Necessários

Ações para 2020	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez
Diagnóstico Situacional	X	X								
Revisão Bibliográfica		X	X	X	X					
Elaboração do Projeto de Intervenção	X	X	X	X	X	X				
Plano individual de reeducação alimentar							X	X		
Grupo de Caminhada							X	X	X	X
Ações de educação em saúde e promoção do autocuidado						X	X	X	X	X
Ações de incentivo a adoção do tratamento medicamentoso ou não medicamentoso						X	X	X	X	X
Ações de promoção ao diagnóstico precoce das HAS								X	X	X

Operação / Ação	Item	Quantidade	R\$ / Unid	R\$ / Ação
Plano individual de reeducação alimentar	Computador	1	1100,00	1100,00
	Impressora	1	899,00	899,00
	Tonner	1	169,90	169,90
	Pacote Papel A4 com 500 folhas	5	20,00	100,00
	Balança Antopométrica mecânica	1	169,90	169,90
	Fita métrica	1	5,00	5,00
Grupo de Caminhada	Estetoscópio	1	500,00	500,00
	Esfigmomanômetro	1	125,00	125,00
	Exame Glicemia jejum	300	Disponibilizado pela prefeitura	
	Exame de dosagem do HDL-colesterol e dos triglicerídeos	300	Disponibilizado pela prefeitura	
	Folders instrucionais sobre HAS	200	1,25	250,00
	Ações de promoção ao diagnóstico precoce das HAS	Tenda dobrável 4x4	3	170,00
Cadeiras de plástico		10	25,00	250,00
Mesas de plástico		3	50,00	150,00
Transporte para a equipe e materiais			Prefeitura disponibiliza	
Lixeira comum		3	20,00	60,00
Pacote Papel A4 com 500 folhas		2	20,00	40,00
Agenda		1	10,00	10,00
Canetas		10	1,00	10,00
Grampeador		2	17,00	34,00
Braçadeira para injeção com apoio de braço		3	150,00	450,00
TOTAL				4.832,80

Referências

- BRASIL, M. da S. *Hipertensão afeta um a cada quatro adultos no Brasil*. 2019. Disponível em: <<https://www.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/45394-hipertensao-afeta-um-a-cada-quatro-adultos-no-brasil>>. Acesso em: 16 Abr. 2020. Citado 4 vezes nas páginas 10, 16, 17 e 19.
- BRASIL, M. da S. *Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico - 2018*. 2019. Disponível em: <<https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2019/julho/25/vigitel-brasil-2018.pdf>>. Acesso em: 15 Abr. 2020. Citado 5 vezes nas páginas 10, 13, 15, 18 e 19.
- DALLACOSTA, F. M.; DALLACOSTA, H.; NUNES, A. D. *Perfil de hipertensos cadastrados no programa Hiperdia de uma unidade básica de saúde*. 2010. Dallacosta, F. M., Dallacosta, H., Nunes, A. D. (2010). Perfil de hipertensos cadastrados no programa Hiperdia de uma unidade básica de saúde. *Unoesc Ciência - ACBS*, 1(1), 45-52. Recuperado de <https://portalperiodicos.unoesc.edu.br/acbs/article/view/1>. Disponível em: <<https://portalperiodicos.unoesc.edu.br/acbs/article/view/125>>. Acesso em: 15 Abr. 2020. Citado na página 19.
- IBGE, I. B. de Geografia e E. *Santo Ângelo*. 2010. Disponível em: <<https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/rs/santo-angelo.html?fbclid=IwAR0ttBhnWg2aYbKNNsNgdEhvC3q5EQ6mT7FAWja43NSB6kuQefd1ysU6KcQ>>. Acesso em: 10 Abr. 2020. Citado na página 9.
- INCA. *Tabagismo*. 2020. Rio de Janeiro, 2019. Disponível em: <<https://www.inca.gov.br/tabagismo>>. Acesso em: 27 Jun. 2020. Citado na página 16.
- KALIL, C. C. *Hipertensão e obesidade. Entenda a relação entre estes dois problemas*. 2017. Disponível em: <<https://www.hospitalsiriolibanes.org.br/sua-saude/Paginas/hipertensao-obesidade-relacao-problemas.aspx>>. Acesso em: 11 Jul. 2020. Citado na página 16.
- METABÓLICA, S. B. para o Estudo da Obesidade e da S. *Diretrizes brasileiras de obesidade 2016*. 2020. 4.ed. - São Paulo, SP. Disponível em: <<https://abeso.org.br/wp-content/uploads/2019/12/Diretrizes-Download-Diretrizes-Brasileiras-de-Obesidade-2016.pdf>>. Acesso em: 04 Jul. 2020. Citado 2 vezes nas páginas 16 e 17.
- PERIN, M. S. et al. *Caracterização do consumo de sal entre hipertensos segundo fatores sociodemográficos e clínicos*. 2020. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, p. 1–9, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rlae/v21n5/pt_0104-1169-rlae-21-05-1013.pdf>. Acesso em: 15 Jul. 2020. Citado na página 16.
- PSA, P. de Santo Ângelo. *História de Santo Ângelo*. 2017. Disponível em: <http://www.santoangelo.rs.gov.br/?fbclid=IwAR3UZIEPFC6Zqx47FUFV_HMxhL6nx-4Ah0eYl7BYxytGk1B2BY8Kv-DkoJY>. Acesso em: 04 Abr. 2020. Citado na página 9.

RADOVANOVIC, C. A. T. et al. Hipertensão arterial e outros fatores de risco associados às doenças cardiovasculares em adultos. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, v. 22, n. 4, p. 547–553, 2014. Citado na página 15.

REIBNITZ, K. S. Desenvolvimento do processo de cuidar. In: REIBNITZ, K. S. et al. (Ed.). *Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem*. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2013. p. 1–49. Citado na página 21.

SANTOS, M. V. R. dos et al. Adesão ao tratamento anti-hipertensivo: conceitos, aferição e estratégias inovadoras de abordagem. *Revista Brasileira Clínica Médica*, v. 11, n. 1, p. 55–61, 2013. Citado na página 19.

SBC, S. B. de C. *7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial*. 2016. Vol. 107., nº 3. Supl. 3., set. Rio de Janeiro. Disponível em: <http://publicacoes.cardiol.br/2014/diretrizes/2016/05_HIPERTENSAO_ARTERIAL.pdf> Acesso em: 10 Abr. 2020. Citado 9 vezes nas páginas 10, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19 e 23.

SBC, S. B. de C. *Cardiômetro*. 2020. Disponível em: <<http://www.cardiometro.com.br/>>. Acesso em: 31 Mai. 2020. Citado na página 10.

THIOLLENT, M. *Metodologia da Pesquisa-Ação*. São Paulo: Cortez, 2005. Citado na página 21.