



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE SAÚDE PÚBLICA  
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO MULTIPROFISSIONAL NA ATENÇÃO BÁSICA 2016

Cibele Pinheiro de Oliveira

## Hipertensão Arterial Sistêmica na Unidade Básica de Saúde de Nova Erechim, Santa Catarina

Florianópolis, Março de 2018



Cibele Pinheiro de Oliveira

Hipertensão Arterial Sistêmica na Unidade Básica de Saúde de  
Nova Erechim, Santa Catarina

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

Orientador: Dalvan Antônio de Campos  
Coordenadora do Curso: Profa. Dra. Fátima Büchele

Florianópolis, Março de 2018



Cibele Pinheiro de Oliveira

## Hipertensão Arterial Sistêmica na Unidade Básica de Saúde de Nova Erechim, Santa Catarina

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 Büchele**  
Coordenadora do Curso

---

**Dalvan Antônio de Campos**  
Orientador do trabalho

Florianópolis, Março de 2018



# Resumo

Ao executar um análise das principais causas que direcionam aos cidadãos buscar atendimento na unidade de saúde e considerando a realidade do ambiente de trabalho em relação aos elevados índices de pacientes hipertenso é que deu-se a escolha da temática que é a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS). A hipertensão está relacionada a outras condições denominada fatores de risco, como diabetes, sedentarismo, dislipidemia e obesidade. Algumas destas condições são derivadas de dilemas sociais e culturais conjunto a outros fatores de risco, como por exemplo, mantimento de rotina alimentar inapropriada, não adesão ao tratamento pelo paciente, a não mudança no estilo de vida e ao uso incorreto da medicação. Este trabalho tem como propósito executar atividades de ensino em saúde para consciencializar os pacientes sobre a relevância da aderência ao tratamento farmacológico e não farmacológico, reconhecer a função e as incumbências da equipe de saúde na melhoria da qualidade de vida dos pacientes, ademais de analisar o entendimento dos pacientes sobre a hipertensão arterial, suas gravidades e tratamento e incrementar ações participativas para que a biocenose possa compreender o valor de aderir ao tratamento da hipertensão Arterial. O público objeto desta práxis são todos os usufrutuários com 18 anos ou mais registrados em nosso território de alcance e carece de uma equipe multidisciplinar, será realizado um trabalho de conscientização no sentido de denotar a valia e vantagem do tratamento farmacológico e conquistar que o paciente admita sua enfermidade, será aprimorada as idéias de como modificar estilos de vida e reduzir contratempos mortais para a vida como o infarto agudo do miocárdio e as doenças cerebro vasculares com o poderio da mesma, fomentando o conhecimento dos riscos por meio das destrezas conquistadas com o presente trabalho Ao concluir o mesmo, objetivamos alcançar uma transformação na conduta de alguns pacientes obtendo excelentes desfechos no implemento do tratamento medicamentoso com prescrição médica assim como o tratamento não medicamentoso, visando sempre uma qualidade de vida primorosa e distanciada do sedentarismo.

**Palavras-chave:** Atenção Primária à Saúde, Fatores de Risco, Hipertensão





# Sumário

1	<b>INTRODUÇÃO</b> . . . . .	9
2	<b>OBJETIVOS</b> . . . . .	13
2.1	<b>Objetivo Geral</b> . . . . .	13
2.2	<b>Objetivos específicos</b> . . . . .	13
3	<b>REVISÃO DA LITERATURA</b> . . . . .	15
4	<b>METODOLOGIA</b> . . . . .	19
5	<b>RESULTADOS ESPERADOS</b> . . . . .	23
	<b>REFERÊNCIAS</b> . . . . .	25



# 1 Introdução

No cenário da cidade de Nova Erechim, município da região oeste do estado de Santa Catarina, existe uma população de 5.503 habitantes que são descendentes de imigrantes italianos e poloneses, com tradições gaúchas associadas a festas e uma variedade de eventos comemorativos realizados no CTG, onde são oferecidos um banquete diversificado, de comidas típicas da região, bandas gaúchas e consumo de bebidas alcoólicas e não alcoólicas.

As famílias chegaram em 1952 e dedicaram-se à agricultura e ao extrativismo da erva-mate sendo que, as tradições dos antepassados são mantidas até hoje nas rodas de chimarrão, no Festival João-de-Barro, que destaca a música nativista, e no CTG (Centro de Tradições Gaúchas) da cidade.

Levando em consideração a área da Saúde, na cidade, existe 01 estabelecimento de saúde pública municipal (unidade sanitária) e um estabelecimento de saúde privada sem fins lucrativos (Fundação Médica assistencial do Trabalhador Rural de Nova Erechim).

É válido recordar que em 1988, por ocasião da promulgação da Constituição da República Federativa do Brasil, foi instituído no país o Sistema Único de Saúde (SUS), que passou a oferecer a todo cidadão brasileiro acesso integral, universal e gratuito a serviços de saúde. (FIOCRUZ, 2017b). Sendo a porta de entrada do usuário do SUS a atenção Básica em Saúde, as UBS, tendo como objetivo de orientar sobre a prevenção de doenças, solucionar os possíveis casos de agravos e direcionar os mais graves para níveis de atendimento superiores em complexidade. A atenção básica funciona, portanto, como um filtro capaz de organizar o fluxo dos serviços nas redes de saúde, dos mais simples aos mais complexos. (FIOCRUZ, 2017a)

No que concerne ao Saneamento Básico é válido considerar que o abastecimento de água é realizado pela Companhia Catarinense de águas e saneamento, sendo que 99,9% das residências possuem ligação e são atendidas. Já o meio rural é abastecido por 12 poços profundos (coletivos) e um sistema coletivo de captação e tratamento de água, que abastecem as 352 famílias de agricultores. O município não dispõe de um sistema de coleta e tratamento do esgoto sanitário. O destino dos mesmos é feito individualmente, tanto no meio urbano como no rural. De modo geral o destino final é feito em fossas negras, ou minimamente passado por uma fossa séptica.

O município não possui coleta seletiva de lixo. No meio urbano a coleta do lixo é feita por uma empresa três vezes por semana e destinado ao aterro sanitário do Município de Maravilha. Os dejetos de saúde também são processados pela mesma empresa. No meio rural é feita a coleta do lixo reciclado duas vezes ao ano. O lixo orgânico, de modo geral, é levado para as lavouras e utilizado em hortas ou depositado em fossas. A renda domiciliar per capita no meio rural é cerca de R\$ 1.296,99, enquanto no meio urbano é de R\$ 932,74.

No que se diz respeito ao ganha pão daqui do município pode constatar que a agro-

pecuária é bem fluente e que toda produção agropecuária do município de Nova Erechim é proveniente da agricultura familiar. Porém, o sistema de integração em aves e suínos juntamente com a bovinocultura de leite, são as principais atividades desenvolvidas em 85% das propriedades rurais. Isso não impede que na grande maioria das propriedades se produza uma grande diversidade de alimentos e alguns destes produzidos em uma escala maior e comercializados no mercado local. Outra forma de subsistência é a Pesca, existem cinco piscicultores no município que produzem tilápias e carpas, que comercializam peixe vivo. a tilápia é vendida para frigoríficos da região e para pesque-pague. A piscicultura faz parte da composição da renda familiar como uma atividade secundária.

Com relação à quantidade de indústrias, o município dispõe na Zona urbana 29 estabelecimentos e na Zona Rural de quatro agroindústrias em convênio com a cooperativa dos trabalhadores na agricultura familiar. O comércio e os órgãos de atendimento público contam com 96 estabelecimentos, dentre eles bancos, cooperativa de crédito, lotérica, correios, três escolas (educação infantil, ensino fundamental e médio), um posto de saúde, e polícia militar, escritórios de advocacia, e um hospital, dentre outros.

Nas atividades culturais destaca-se a existência da associação Cultural e assistencial Princesa Isabel, que presta serviço de apoio à administração municipal no departamento de cultura. Temos também a associação Cultural e assistencial Maria Izabel - a CAMI, Braspol, associação Italiana Vêneta e o Centro de Tradições Gaúchas - CTG que trabalham em prol de suas culturas, promovendo eventos típicos como forma de manter vivos os costumes e tradições passadas e atuais. No município há três estabelecimentos socioculturais que são: CTG Galpão da Tradição, Salão comunitário e Centro de Convivência dos Idosos.

O município conta com igrejas (uma católica e quatro evangélicas). Há também práticas desportivas, com destaque para Taekwondo, Futsal, Futebol de campo, Patinação, Voleibol, atletismo e Capoeira. Dentre as manifestações culturais da cidade destacam-se a Festa da Padroeira Nossa Senhora de Fátima, Jantar típico Polonês, Jantar típico Italiano, Festas Juninas, Danças Gauchescas, Canto Coral (Meninos Cantores e Coral Reviver), Encontro de Corais, Grupo de Canto Italiano, Ballet Clássico e Noite Cultural.

Não existem áreas de risco ambiental e nem social. Muito menos risco social de áreas vulneráveis ao tráfico de drogas. A comunidade nova erechinense é composta por uma sociedade tranquila e acolhedora, com 60% das moradias estilo em alvenaria e 40% de madeira. O índice de pobreza aqui é muito baixo. Além da riqueza cultural, a comunidade conta com espaços de lazer: praça com parque, quatro quadras de esportes, um clube com piscina e parque, e seu notório ponto turístico Salto Meia Lua, uma cachoeira, de águas claras, linda, que desagua em um poço de mais ou menos 20 metros de profundidade.

A experiência na área da saúde aqui no município vem mostrando que, apesar das campanhas de promoção à saúde contra as doenças crônicas não transmissíveis, ainda encontramos sérias dificuldades em lidar com o controle dessas comorbidades, já que muitos

não apresentam interesse de mudar o estilo de vida urbano para melhorar a qualidade de vida. Tais dificuldades são decorrentes de questões culturais, da culinária rica em gorduras e excesso de sal, ao sedentarismo e também a utilização incorreta de certos medicamentos. Infelizmente o incentivo para a prática de esporte é relativamente baixo e a falta de atividade física, somada a uma alimentação não-balanceada é responsável de mortes por infartos.

A Unidade de Saúde de Nova Erechim é o único serviço de atenção primária em saúde no município. Segundo dados de junho de 2017, o número total de pessoas do território da equipe que é de 5503 pessoas, sendo 59% mulheres. Temos 1009 usuários com 15 anos ou mais, 3062 mulheres de 10 a 59 anos. Temos 32 gestantes, todas com acompanhamento pré-natal regular, sendo que 12 destas receberam visitas domiciliares. Temos 142 crianças menores de dois anos acompanhadas, e 52 crianças menores de um ano, todas com vacinas em dia, e 30 crianças menores de seis meses em aleitamento materno exclusivo.

No mês de julho 192 pacientes foram atendidos individualmente, sendo 10 o número de consultas de cuidado continuado e 30 de consultas pré-natais, 10 pacientes hipertensos atendidos, 12 pacientes diabéticos atendidos.

As cinco queixas mais comuns que levaram a população a procurar a unidade de saúde foram: asma, infecções respiratórias superiores, hipertensão arterial, infecções urinárias e acidentes no trabalho.

Eu e minha equipe realizamos acompanhamento de pessoas com Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM) mediante entrega de cartões específicos para os hipertensos e diabéticos, onde anotamos as medicações prescritas. Também temos o grupo dos Diabéticos que sempre nos reunimos na última sexta-feira do mês para apresentar palestras e renovação de receitas, assim como interagir com dinâmicas com o grupo. Também criamos o grupo de Tabagistas. Estamos estudando a criação do grupo de hipertensos.

Nossa equipe programa os atendimentos mediante agendamentos por agendamento telefônico, programando dia e hora para a consulta. O atendimento das urgências ocorre das 07h:30min até 08h:30min. Em nossa Unidade Básica de Saúde (UBS) temos duas equipes (1 e 2), sendo que adotamos do princípio de territorialização também. Nossa unidade possui horário de atendimento das 07:30 até 19h da noite.

As cinco principais causas de internações dos idosos residentes do meu bairro é por Insuficiência cardíaca, DM descompensada, doenças pulmonares crônicas e acidente vascular encefálico. O município não possui hospital apropriado para cirurgias, nem partos (normais e cesáreas). Todos os partos são encaminhados para cidades vizinhas. Assim como são encaminhados pacientes que necessitam de Raios-x, Ultrassom, Ressonâncias, ou de acompanhamento especializado e internação.

A procura pelo serviço de saúde torna-se constante a cada dia, com aumento do número de demandas espontâneas e agendamentos, principalmente daqueles pacientes que

não modificam seus hábitos de vida. Entre os agravos mais comuns podemos citar as complicações periféricas causadas pelo Diabetes Mellitus, internações hospitalares causadas por infecções respiratórias e hipertensão secundária. Levando em consideração que a HAS está entre o grupo de doenças cardiovasculares como um dos principais fatores que mais ocasionam morte, é que decidi, junto à equipe de saúde, desenvolver meu projeto neste tema, demandando ações de saúde em equipe e intervenções para promover a qualidade de vida dessa população.

De acordo com o livro de Medicina Ambulatorial do Ministério da Saúde 2004, a HAS vem a ser: ” (...) um fator de risco para doenças decorrentes de aterosclerose e trombose, que se exteriorizam, predominantemente, por acometimento isquêmico cardíaco, cerebral, vascular periférico e renal” (*DUNCAN; SCHMIDT; GIUGLIANI, 2004, p. 641*).

Justifica-se a escolha do tema, analisando-se que a hipertensão arterial é uma doença que acomete grande parte da população, e o seu crescimento deve-se a vários fatores de risco que propicia seu aparecimento. A prevalência estimada de hipertensão arterial sistêmica no Brasil é, na população adulta, em torno de 35% segundo inquéritos populacionais em cidades brasileiras nos últimos 20 anos. Esse valor é proporcional à idade, chegando a cerca de 75% na população acima de 70 anos. (*MEDCURSO, 2014, p. 29*)

Como profissionais da saúde devemos intervir fortalecendo a educação em saúde, incentivando o auto-cuidado dos pacientes para os mesmos obterem uma melhor qualidade de vida, buscando identificar precocemente os fatores de risco que dificultam a adesão do tratamento de pacientes com hipertensão, com atenção para o estilo de vida individual e para contextos culturais em que vivem. Buscando com isso evitar a não aderência ao tratamento tendo como conseqüências o abandono ou irregularidades durante o seu seguimento.

## 2 Objetivos

### 2.1 Objetivo Geral

Desenvolver ações de ensino em saúde sobre a relevância da adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico para Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) na Unidade Básica de Saúde (UBS) de Nova Erechim - SC.

### 2.2 Objetivos específicos

- Identificar os fatores que dificultam o controle da pressão arterial.
- Elaborar estratégias de educação em saúde e prevenção da HAS.
- Desenvolver atividades em grupo para que a comunidade compreenda a importância de resignar-se ao tratamento da HAS.





## 3 Revisão da Literatura

As enfermidades crônicas não transmissíveis são causadoras por mais de 2 milhões de morte por ano em todo planeta. E dentre estas enfermidades está a HAS, como uma das 10 causas de mortalidade no mundo, puxando os altos índices de ocorrências, e lotando as urgências e emergências de todo o Brasil. Entende-se por HAS a entidade clínica onde o indivíduo apresenta níveis médios de pressão arterial que conferem um significativo aumento do risco de eventos cardiovasculares, a curto ou longo prazo, maiores ou iguais a 140x90mmHg (MEDCURSO, 2014, p. 29). Pode-se afirmar categoricamente que a HAS trata-se de uma pandemia mundial, necessitando urgentemente de uma intervenção dos Governos tanto a nível nacional como internacional. Segundo Brasil (2016) a HAS tem atualmente em nosso país 32,5% da população, isso significa cerca de 36 milhões de indivíduos adultos, e mais de 60% dos idosos, contribuindo direta ou indiretamente para 50% das mortes por doença cardiovascular (DCV); Os estudos desenvolvidos por (PEDROSO; OLIVEIRA, 2007), tem demonstrado que grande parte dos indivíduos não sabem que são hipertensos, e dos que sabem, a grande maioria não segue a risca as recomendações médicas, justamente pela dificuldade em mudança de hábitos exigido para melhora e normalização da Pressão Arterial. Lembrando que estes mesmos estudos mostraram que o controle farmacológico correto da HAS no adulto produz uma queda de 40% na incidência de acidente cerebrovascular, 25% de infarto agudo do miocárdio e 50% na de insuficiência cardíaca, podendo afirmar que representa grande impacto social e de saúde pública brasileira (PEDROSO; OLIVEIRA, 2007). Mostrando a lesividade da HAS (BRASIL, 2016, p. 1-83) afirma que em 2013 ocorreram 1.138.670 óbitos, 339.672 dos quais (29,8%) decorrentes de Doenças Cardiovasculares, a principal causa de morte no Brasil. Nesse sentido cumpre mencionar que as taxas de mortalidade têm apresentado redução ao longo do tempo, exceto, no que diz respeito as doenças hipertensivas, que na contramão da tendência mundial aumentaram entre 2002 e 2009 e mostrou tendência a redução desde 2010 (BRASIL, 2016) Outra característica da HAS são os elevados valores gastos com internações, e valores agregados. Neste contexto os dados do Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SUS) apontam significativa redução da tendência de internação por HAS, passando de 98,1/100.000 habitantes em 2000 para 44,2/100.000 habitantes em 2013 (BRASIL, 2016). Pode-se concluir portanto que ainda que houvesse uma redução significativa, os números ainda são elevados quanto a gastos com a HAS. No que diz respeito a Prevalência de HAS no Brasil, para se afirmar algo deve-se considerar população estudada e o método de avaliação, visto que os números variam segundo estes parâmetros. Contudo arremetendo-se ao estudo de Picon (2012), pode-se perceber certa retração da HAS visto que os 40 estudos transversais e de corte incluídos em suas pesquisas, resultaram na tendência à diminuição da prevalência nas últimas três décadas, de 36,1% para

31,0% (PICON, 2012). Já num estudo desenvolvido por Chor (2015) em 15.103 servidores públicos de seis capitais brasileiras verificou-se prevalência de HAS em 35,8%, com predomínio entre homens (40,1% homens vs 32,2% mulheres). Outro valor a ser observado é a crescente em indivíduos jovens. Neste sentido apresenta-se o estudo feito por (VIGITEL, 2016) demonstrou prevalência de HA autorreferida entre indivíduos com 18 anos ou mais, residentes nas capitais, variou de 23% a 25%, uma leve, mas significativa mudança, sinal de que a HAS vem avançando neste grupo de indivíduos. Estes crescimentos estão intimamente ligados aos fatores de risco, e hábitos de vida. Nesta ótica, (VIGITEL, 2016) ensina que os fatores de risco para HAS são: - Idade: existe associação direta e linear entre envelhecimento e prevalência de HA, muito provavelmente relacionada ao aumento da expectativa de vida da população brasileira, atualmente de 74,9 anos, ou talvez em virtude do aumento na população de idosos 60 anos na última década (2000 a 2010), de 6,7% para 10,8%. - Sexo e etnia: segundo a Pesquisa Nacional de Saúde, desenvolvida em 2013, demonstrou prevalência de HAS autorreferida estatisticamente diferente entre os sexos, sendo mais prevalente entre mulheres, com taxas de 24,2% e indivíduos de raça negra/cor preta com números de 24,2%, e comparada a adultos pardos, com taxas de 20,0%, mas não nos indivíduos brancos 22,1%. - Excesso de peso e obesidade: novamente cita-se o estudo que apontou aumento da prevalência de excesso de peso (IMC  $\geq 25$  kg/m<sup>2</sup>), 52,5% vs 43% entre 2006 e 2014. Durante este mesmo período a obesidade (IMC  $\geq 30$  kg/m<sup>2</sup>) aumentou de 11,9% para 17,9%, com domínio entre indivíduos de 35 a 64 anos e mulheres (18,2% vs 17,9%), mas estável entre 2012 e 2014. - Consumo de sódio: já está comprovado que o excessivo de sódio, é um dos principais fatores de risco para HAS, como também associa-se a eventos CV e renais. Aqui também é importante alertar sobre os alimentos embutidos, enlatados, ensacados, com muitos conservantes que em sua grande parte da composição está o sódio. - Consumo de álcool: estudos do VIGITEL entre 2006 a 2013, demonstraram que consumo abusivo de álcool, com parâmetros superiores a quatro ou mais doses, para mulheres, ou cinco ou mais doses, para homens, de bebidas alcoólicas em uma única ocasião, dentro dos últimos 30 dias – vem se mantendo estável na população adulta, cerca de 16,4%, sendo 24,2% em homens e 9,7% em mulheres. - Sedentarismo: o sedentarismo é um dos fatores de risco mais presentes em indivíduos Hipertensos. Inúmeros estudos fazem correlação direta entre o sedentarismo e a presença de HAS. - Questões socioeconômicas: aqui importa mencionar que adultos com menor nível de escolaridade (sem instrução ou fundamental incompleto) apresentaram a maior prevalência de HAS autorreferida (31,1%). No que tange a medidas de Políticas Públicas e estratégias de Prevenção da HAS no Sistema Único de Saúde e na Atenção Básica o Ministério da Saúde tem implantado programas de Atenção Básica, inclusive o Mais Médicos, com objetivo de diminuir a prevalência, diagnosticar precocemente, e tratar a HAS, visto que é parte da Política Nacional de Atenção Integral à HAS e DM, seus fatores de risco e suas complicações e é dirigido aos profissionais de saúde, notadamente

<b>RESPONSABILIDADES</b>	<b>ATIVIDADES</b>
Qualificação dos casos	Averiguação em utentes com fatores de riscos
Sistematização dos portadores	Nutrição e observação dos sistemas de informação
Rastreio ativo de casos	Visita domiciliar
Abordagem dos casos	Assistência ambulatorial e domiciliar; Instrução terapêutica; Suprimento de medicações;
Acompanhamento dos níveis de Pressão Arterial	Realização de exame dos níveis pressóricos pela unidade de saúde.
Diagnóstico prévio de contrariedades	Realização ou referência laboratorial para suporte ao diagnóstico de complicações; Realização ou referência para ECG.
1ro atendimento de urgência	1ro atendimento às complicações agudas e outras intercorrências; Assistência domiciliar.
Encaminhamento de situações graves para outro nível de complexidade	Agendamento do próximo atendimento.
Atitudes preventivas e de promoção da saúde	Atividades didáticas sobre condições de riscos. Dinâmicas educativas para resguardo de problemas. Trabalho em educação em saúde em grupos.

aos da rede básica do Sistema Único de Saúde, visando reduzir o impacto destes agravos na população brasileira (BRASIL, 2006) Assim sendo as estratégias para implementação de medidas de prevenção do desenvolvimento da HAS abrangem as políticas públicas de saúde combinadas com ações das sociedades médicas e dos meios de comunicação com o objetivo em estimular o diagnóstico precoce, o tratamento contínuo, o controle da PA e de FR associados, por meio da modificação do estilo de vida (MEV) e/ou uso regular de medicamentos (BRASIL, 2016).(PEDROSO; OLIVEIRA, 2007, p. 258)(MEDCURSO, 2014, p. 29)(SILVA; SOUZA, 2017) As políticas públicas e estratégias de prevenção da HAS no âmbito do SUS e da atenção básica podemos resumir no quadro a seguir: O diagnóstico da HAS inicia-se com a confirmação do diagnóstico, a suspeição e a identificação de causa secundária, além da avaliação do risco CV. No que tange as lesões de órgão-alvo (LOA) e doenças associadas também devem ser verificadas. Fazem parte dessa avaliação a medição da PA no consultório e/ou fora dele, utilizando-se técnica adequada e equipamentos validados, história médica (pessoal e familiar), exame físico e investigação clínica e laboratorial (VIGITEL, 2016). Os valores que definem HAS estão expressos no Quadro a seguir: Valores de referência para a definição de HA pelas medidas de consultório, MAPA e MRPA Considerando os valores de Pressão Arterial conseguidos através de métodos distintos têm níveis de anormalidade diferentes, considerando-se os valores de anorma-

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

PAS: Pressão arterial sistólica; PAD: pressão arterial diastólica

lidade definidos para cada um deles para o estabelecimento do diagnóstico (VIGITEL, 2016). No caso de medidas utilizadas em medições de consultório, o diagnóstico deverá ser sempre validado por medições repetidas, nas condições ideais preconizadas pelo Ministério da Saúde, em duas ou mais ocasiões, e confirmado por medições fora do consultório (MAPA ou MRPA), levando-se em conta os pacientes que já apresentem LOA detectada. (MANCIA et al., 2013). Define-se HAS não controlada quando mesmo sob tratamento anti-hipertensivo o paciente permanece com a PA elevada tanto no consultório como fora dele por algum dos dois métodos (MAPA ou MRPA) (BRASIL, 2016). Considera-se um paciente normotenso quando as medidas de consultório são  $120/80$  mmHg e as medidas fora de consultório confirmam os valores considerados normais referidos. Dessa forma define-se HA controlada quando, sob tratamento anti-hipertensivo, o paciente permanece com a PA controlada tanto no consultório como fora dele (BRASIL, 2016). Entende-se como pré-hipertenso, a presença de PAS entre 121 e 139 e/ou PAD entre 81 e 89 mmHg. Os pré-hipertensos têm muito mais probabilidade de se tornarem hipertensos e maiores riscos de desenvolvimento de complicações Cardiovasculares quando comparados a indivíduos com PA normal,  $120/80$  mmHg, necessitando de acompanhamento periódico (ALESSI, 2014) O efeito do avental branco trata-se de um problema muito frequente nos consultórios e clínicas . O efeito que o profissional de saúde causa (stress) ao paciente. O psicológico(emocional) interfere nos níveis de pressão arterial. O efeito do avental branco (EAB) é a diferença de pressão obtida entre a medida registrada no consultório e fora dele, desde que essa diferença seja igual ou superior a 20 mmHg na pressão sistólica e/ou de 10 mmHg na pressão diastólica (C). O EAB poderá ser verificado considerando-se a PA fora do consultório, onde o paciente se encontra mais tranquilo e no seu ambiente de vivência (BRASIL, 2016). A decisão terapêutica inicial da-se com mudanças de hábitos de vida, incluindo dieta, atividade física, sono, etc. Após esta intervenção e não obtendo sucesso parte-se para a terapia medicamentosa. A terapia medicamentosa é individualizada e depende muito do grau de comprometimento e do nível de descontrole de Pressão Arterial, como também dos fatores de risco associados (BRASIL, 2016).

## 4 Metodologia

Esta atividade será um plano de intervenção, e para a sua efetuação serão preparadas as seguintes fases exposta posteriormente:

- **Indivíduos da intervenção:** O público alvo desta práxis são todos os utentes com 18 anos ou mais famílias registradas com Hipertensão Arterial em nossa esfera de alcance, totalizando 2100 usuários.
- **Palco do estudo:** A atividade será elaborada na área de abrangência da Unidade de Saúde Básica de Nova Erechim, do município de Nova Erechim (SC).

Nosso território de cobertura está dividido em oito micro áreas, todos cobertos por um agente de saúde: Nossa Unidade de Saúde Básica dispõe de uma sala de reunião onde serão feitas as execuções educativas

- **Estratégias e Ações**

O projeto de intervenção será desenvolvido na Unidade Básica de Saúde no município de Nova Erechim/SC. A Unidade possui 2100 usuários cadastrados, sendo elegidas 20 famílias acompanhadas desde a primeira consulta e em acompanhamento durante o projeto de intervenção. O acompanhamento será feito por médicos, enfermeiras, nutricionista, psicóloga e agentes comunitários de saúde. A unidade possui grupo de acompanhamento, e os atendimentos serão feitos mediante agendamento. Serão convidados para participar da ação de intervenção os usuários da UBS que apresentarem Pressão Arterial acima de 140x90 mmHg. O cronograma de atividades será organizado por etapas: 1- Reunião com a equipe de saúde da família da UBS para apresentação do projeto e acordo de atividades (Treinamento dos Profissionais de Saúde, tanto equipe médica, enfermagem, psicóloga, nutricionista e agentes comunitários de saúde). 2- Identificar os fatores que influenciam os

Micro áreas	ACS	# de famílias cadastradas
01	Juliana De Gois	160
02	Dilvane Pirovano	123
03	Francimara Borsatto	143
04	Sandra Pierozan	164
05	Tatiane de Paula	145
06	Marciane Botezine	215
07	Rafaela Lovera	242
08	Eli Bernardi	208

ATIVIDADES	Até 20/11/2011	Até 20/12/2012	Até 20/01/2013	Até 20/03/2014	Até 20/04/2018
Reunião com a equipe de saúde da família de Nova Erechim para apresentação do projeto	x				
Identificação dos fatores que influenciam os usuários a desenvolver a Hipertensão Arterial	x	x			
Implementação do grupo de acompanhamento dos hipertensos na Unidade Básica de Nova Erechim			x		
Realização dos folhetos, cartazes				x	x
Avaliação e monitoramento da Pressão Arterial dos indivíduos selecionados			x	x	x

usuários a desenvolverem a Hipertensão Arterial Sistêmica. Essa caracterização será realizada durante as consultas e acompanhamento com os usuários e a família, e pelos agentes de saúde nas visitas domiciliares. 3- Implementação de Grupo de acompanhamento na Unidade Básica de Saúde de Nova Erechim/SC, apresentando orientação mediante atividades educativas com temas (nutrição, atividades físicas, hipertensão arterial, diabetes, doenças cardiovasculares, sedentarismo, alcoolismo, tabagismo, entre outras), através de rodas de conversa e oficinas envolvendo nesse processo a família como importante rede de apoio para o combate da Hipertensão Arterial. O grupo terá frequência mensal no turno da tarde na UBS para uma maior adesão do público-alvo. O tema de cada encontro será pactuado com os participantes e todos poderão contribuir com trocas de experiências. Participarão como facilitadores a equipe de saúde e os profissionais do Núcleo de Apoio à Saúde da Família. Para manter a adesão ao grupo será realizada busca ativa de usuários que faltarem mais de 2 encontros consecutivos. 4- Avaliação: Ao final de cada encontro será realizada avaliação com os participantes e levantados temas de interesse dos mesmos. Entre a equipe de saúde os resultados serão avaliados, após 2 meses de implementação das ações de intervenção, durante as consultas de acompanhamento e visitas domiciliares diante da adesão ao projeto de intervenção de combate a Hipertensão Arterial Sistêmica. Serão necessários para a execução do projeto Recursos Humanos e materiais, dentre os recursos humanos destaca-se agentes comunitária de saúde, enfermeiros, médicos e profissionais do NASF (nutricionista, psicóloga, fisioterapeutas). Os recursos materiais serão: folhetos, cartazes e os demais que foram necessários durante a execução do projeto. Avaliação e monitoramento: A avaliação e monitoramento serão feitas através de dados obtidos no acompanhamento verificando Pressão Arterial dos indivíduos intervencionados

com dados objetivos e subjetivos, quanto aos dados subjetivos cite-se qualidade de sono, disposição, consumo de sal, bebidas alcoólicas, entre outro num periodo de 60 dias.





## 5 Resultados Esperados

Através da capacitação de toda a equipe de saúde da família sobre a Hipertensão Arterial Sistêmica e suas consequências para a saúde, será possível passar conhecimentos aos usuários sobre a hipertensão utilizando-se de uma linguagem fácil, clara e orientativa, ampliando os conhecimentos de como mudar o estilo de vida, da aferição da pressão arterial para diminuir as complicações fatais. Identificando 80% dos fatores que influenciam a Hipertensão Arterial Sistêmica na Unidade de Saúde Nova Erechim/Santa Catarina, diminuirá o risco das complicações mais comuns, como as doenças cerebro vasculares e o infarto agudo do miocárdio; espera-se notar uma mudança no comportamento dos pacientes com o tratamento medicamentoso, em cumprir horários de tomar as medicações corretamente e alimentação correta, para melhorar sua qualidade de vida, o que antes não faziam sozinho. Obter adesão mínima de 70% do público-alvo no grupo para a família na Unidade de Saúde da Família de Nova Erechim será importante para o controle da hipertensão, para aprenderem mais sobre a doença, sobre como se alimentar, e entenderem a importância da aderência correta ao tratamento farmacológico e ao não farmacológico. Aumentar para 90% o número de usuários acompanhadas no combate a Hipertensão Arterial Sistêmica é indispensável para que o paciente sinta um acompanhamento longitudinal e contínuo de sua doença, que se alimente das orientações fornecidas pela equipe de saúde da família sobre a hipertensão, e atente para o seu estilo de vida que é uma peça fundamental a ser estudada e modificada se necessário caso apresente hábitos que não sejam saudáveis para sua vida. Fortalecer o vínculo da equipe de saúde da família com a comunidade da Unidade de Saúde da Família de Nova Erechim é significativo para alcançar os objetivos de controlar a hipertensão, despertando para a promoção de saúde e prevenção da hipertensão arterial sistêmica.



## Referências

- ALESSI, A. *White coat hypertension and masked hypertension: diagnosis and management*. Brasil: Bras Cardiol, 2014. Citado na página 18.
- BRASIL, . *Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema único de saúde*. Brasília: MS, 2006. Citado na página 16.
- BRASIL, . *7 diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial*. Brasil: 3SUPL, 2016. Citado 3 vezes nas páginas 15, 17 e 18.
- CHOR, D. *Prevalence, awareness, treatment and influence os socioeconomic variables on control of high blood pressure*. Brasil: PLOS One, 2015. Citado na página 15.
- DUNCAN, B. B.; SCHMIDT, M. I.; GIUGLIANI, E. R. *Medicina Ambulatorial: Hipertensão arterial sistêmica*. Porto Alegre: Artmed, 2004. Citado na página 12.
- FIOCRUZ. *Atenção básica*. 2017. Disponível em: <<https://pensesus.fiocruz.br/atencao-basica>>. Acesso em: 11 Jul. 2017. Citado na página 9.
- FIOCRUZ. *Sistema Único de Saúde*. 2017. Disponível em: <<https://pensesus.fiocruz.br/SUS>>. Acesso em: 11 Jul. 2017. Citado na página 9.
- MANCIA, G. et al. *The task force for the management of arterial hypertension of the european Society of hypertension and of the European Society of Cardiology*. Europa: Eur heart, 2013. Citado na página 18.
- MEDCURSO, R. M. *Cardiologia: Hipertensão arterial sistêmica*. Rio de Janeiro: MEDYKLIN, 2014. Citado 3 vezes nas páginas 12, 15 e 17.
- PEDROSO Ênio R. P.; OLIVEIRA, R. G. de. *BLACKBOOK CLINICA MÉDICA: Hipertensão arterial sistêmica*. Belo horizonte: Ltda, 2007. Citado 2 vezes nas páginas 15 e 17.
- PICON, R. *Trends in prevalence of hypertension in Brazil*. Brasil: Plos One, 2012. Citado na página 15.
- SILVA, J. L. L. da; SOUZA, S. L. de. *FATORES DE RISCO PARA HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA VERSUS ESTILO DE VIDA DOCENTE*: Has. 2017. Disponível em: <[https://www.fen.ufg.br/fen\\_revista/revista6\\_3/03\\_Original.html](https://www.fen.ufg.br/fen_revista/revista6_3/03_Original.html)>. Acesso em: 14 Jul. 2017. Citado na página 17.
- VIGITEL. *Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico*. 2016. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2015/abril/15/PPT-Vigitel-2014-.pdf>>. Acesso em: 19 Mai. 2016. Citado 2 vezes nas páginas 16 e 17.