



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

Olisses Jung Bones

Projeto de intervenção: ações de promoção da saúde e
prevenção para pessoas portadoras de Hipertensão
Arterial Sistêmica da Unidade de Saúde Esperança do
Sul, município de Esperança do Sul, RS

Florianópolis, Março de 2023

Olisses Jung Bones

Projeto de intervenção: ações de promoção da saúde e prevenção para pessoas portadoras de Hipertensão Arterial Sistêmica da Unidade de Saúde Esperança do Sul, município de Esperança do Sul, RS

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

Orientador: Erica Lima Costa de Menezes
Coordenadora do Curso: Profa. Dra. Fátima Buchele Assis

Florianópolis, Março de 2023

Olisses Jung Bones

Projeto de intervenção: ações de promoção da saúde e prevenção
para pessoas portadoras de Hipertensão Arterial Sistêmica da
Unidade de Saúde Esperança do Sul, município de Esperança do
Sul, RS

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

Profa. Dra. Fátima Buchele Assis
Coordenadora do Curso

Erica Lima Costa de Menezes
Orientador do trabalho

Florianópolis, Março de 2023

Resumo

Introdução: A Hipertensão Arterial Sistêmica é um agravo que, por sua alta prevalência e possíveis complicações, além de poder cursar de forma assintomática, se configura como um grave problema de saúde pública no Brasil e no mundo. Devido a pandemia da COVID-19, a rotina de atendimentos na Unidade de Saúdes sofreu alteração, passando a realizar apenas atendimento dos casos de urgência e emergência, e colocando o desafio de pensar estratégias para o cuidado das pessoas com doenças crônicas, como a HAS. **Objetivo:** Este trabalho objetiva a elaboração um projeto de intervenção para o cuidado das pessoas com Hipertensão Arterial Sistêmica, pela equipe da Estratégia de Saúde da Família da Unidade de Saúde Esperança do Sul, município de Esperança do Sul, Rio Grande do Sul. **Método:** A metodologia usada foi a do Planejamento Estratégico Situacional (PES) com reuniões de equipe, levantamento dos problemas e escolha da problemática prioritária a ser trabalhada. O plano de intervenção foi construído coletivamente e serão realizadas ações de educação permanente, educação em saúde e monitoramento utilizando as tecnologias e informação e comunicação à distância, assim como serão realizadas consultas e visitas domiciliares, quando necessário. **Resultados esperados:** Espera-se uma ampliação e qualificação do cuidado às pessoas com HAS pela equipe de saúde da Unidade de Saúde Esperança do Sul, profissionais do NASF e da academia de Saúde, durante e após a pandemia.

Palavras-chave: Assistência à Saúde, Atenção Primária à Saúde, Educação em Saúde, Hipertensão, Pandemias

Sumário

1	INTRODUÇÃO	9
2	OBJETIVOS	13
2.1	OBJETIVO GERAL	13
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	13
3	REVISÃO DA LITERATURA	15
4	METODOLOGIA	21
5	RESULTADOS ESPERADOS	25
	REFERÊNCIAS	27

1 Introdução

De acordo com o [Estatística \(2020\)](#), o município de Esperança do Sul, possui área de 148.38 km², situado na região Noroeste do Estado do Rio Grande Do Sul à 486 km da Capital, Porto Alegre. Possui uma população de 3.270 habitantes, ficando na zona urbana 844 habitantes (389 homens e 455 mulheres) e na zona rural 2.428 habitantes, sendo 1.261 homens e 1.167 mulheres.

Este município está subdividido em várias localidades, pois sua área territorial rural é consideravelmente ampla e, nela temos a Linha São Francisco, Açoita cavalo, Bom Jardim, Barra da Árvore Seca, Lageado dos Gringos, Zona Remonti, São Francisco, Três Lagoas, Santinho, Lageado Paixão, Vila de Linha Isabel, Santo Antônio dos Gringos, Cooperativa do Lara, Linha Doze, Volta Alegre, Vila de Lara, Linha Goretti, Barra Bonita, Linha Fátima, Barra do Turvo. Grande parte dessa população é de ribeirinhos, pois o município faz divisa com a Argentina e o rio Uruguai e os moradores tem casas em áreas de risco, à beira do rio, em meio a matas fechadas.

O Posto de Saúde Esperança do Sul é composto por 01 administrador, 13 Agentes Comunitários de Saúde (ACS), 01 enfermeira, 01 auxiliar de enfermagem, 01 técnica de enfermagem, 01 auxiliar de escritório, 01 médico do Programa Mais Médico, 01 cirurgião dentista, 01 Auxiliar de Saúde Bucal (ASB) . O Núcleo Ampliado de Saúde das Família – NASF possui 01 psicólogo, 01 nutricionista, 01 fisioterapeuta, 01 profissional de educação física, 01 cirurgião-dentista e 03 médicos.

O município possui Conselhos de Saúde, com seus respectivos líderes, que ajudam no controle da política pública de saúde e que estão sempre trabalhando em parceria com a Unidade de Saúde para ajudar a qualificar o cuidado ofertado à população.

A área do Posto de Saúde Esperança do Sul é de alta vulnerabilidade, os usuários são pessoas simples e com baixa condição socioeconômica, com fonte de renda na agricultura (lavouras e criação de gado) e na pesca no rio Uruguai. Muitas pessoas vivem em localidades remotas, o que dificulta o acesso e cuidado pela equipe de saúde.

Os principais problemas de saúde que são atendidos, nesta unidade, são dores crônicas, dores musculares, problemas de coluna e articulares, em decorrência do trabalho laboral pesado. Diarreias, intoxicação alimentar, verminoses, alergias e doenças respiratórias devido à falta de saneamento básico. Os esgotos são despejados em locais inapropriados deixando a água contaminada. Muitas pessoas possuem também Diabetes Mellitus (DB) e Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), além de depressão e gripes recorrentes.

A cidade de Esperança do Sul possui 500 pessoas com hipertensão, 5 casos de pessoas com o vírus do HIV e 80 pessoas com Diabetes Mellitus. A Cobertura Vacinal de crianças abrange um total de 95%, de acordo com os dados do sistema PNI. As doenças que mais acometem as crianças de até um ano de idade são: amigdalite aguda, diarreia, processos

alérgicos e muitos casos de gripe por consequência do inverno. Atualmente essa unidade possui 25 gestantes.

Para a escolha do tema a ser trabalhado nesse estudo, foi feita reunião com a equipe do pesquisador, onde ele expôs a necessidade da escolha de uma temática para o projeto de intervenção. Ficou assim definido pelo conjunto dos trabalhadores de saúde que o tema escolhido seria a hipertensão arterial, devido à alta prevalência de pessoas com essa doença atendidos nesta unidade de saúde.

Além disso, foi constatado pelos profissionais que uma das causas para o alto número decorre das condições de vida, da cultura, e do excessivo de sal por essas pessoas. Podemos dizer que esse diagnóstico é também social, pois são pessoas que apresentam dificuldades para mudança de suas práticas e hábitos. A faixa etária da população hipertensa varia entre 45 e 75, anos principalmente no sexo masculino, que apresentam ainda resistência com os cuidados a serem tomados e os tratamentos contínuos estabelecidos.

Este projeto é viável e possui a aprovação dos profissionais de saúde que o executarão que concordam com a necessidade de um trabalho específico voltado para a educação em saúde que leve o controle da hipertensão arterial. Além disso, é oportuno para o atual momento do Posto de Saúde Esperança do Sul, pois as ações realizadas até aqui não têm sido suficientes para o controle da hipertensão, principalmente no público masculino, sendo, portanto, necessário um projeto de intervenção com foco principal nesse problema.

O projeto de intervenção usa as ferramentas do planejamento estratégico, o qual ajuda a equipe de saúde a definir os objetivos, planejar as ações e estabelecer metas e prazos para atingir determinado alvo.

Devido a pandemia da COVID- 19 a rotina de atendimentos mudou e a Unidade de Saúde passou a realizar apenas atendimento dos casos de emergência, para isso está sendo realizada uma triagem rigorosa dos pacientes. Houve a intensificação de higiene da equipe e limpeza da UBS. A Secretaria de Saúde disponibilizou um número de telefone e um Whatsapp para que os usuários entrem em contato, caso estejam com sintomas da dessa doença.

A unidade idealizou um comitê responsável pela criação de novas propostas juntamente com o poder executivo, onde foi posto em prática uma equipe especializada chamada de Equipe Sentinela, essa equipe faz a linha de frente no combate ao coronavírus realizando trabalho de conscientização, rastreamento, diagnóstico, isolamento e controle dos isolados.

De acordo com normas municipais foi decretado o uso de máscaras para todos os munícipes que estiverem em local público, foram cancelados eventos com número superior a 30 pessoas, foram impostas regras para comerciantes de lojas, restaurantes e lanchonetes, como o uso obrigatório de álcool em gel disponível para clientes e uso obrigatório de máscaras, sendo permitida a entrada de uma pessoa por vez e distanciamento social. Os horários foram reduzidos e estipulados horários especiais para idosos. Foram, também, criadas barreiras sanitárias para controle, monitoramento e orientação da população e

entrada de visitantes.

2 Objetivos

2.1 OBJETIVO GERAL

Elaborar um projeto de intervenção para o cuidado das pessoas com Hipertensão Arterial Sistêmica, pela equipe da Estratégia de Saúde da Família da Unidade de Saúde Esperança do Sul, município de Esperança do Sul, Rio Grande do Sul.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Conhecer os principais desafios enfrentados pelas pessoas com HAS para o controle desse agravo
- Mapear as estratégias utilizadas pelas pessoas com HAS para o controle da doença
- Capacitar os trabalhadores de saúde do Posto de Saúde Esperança do Sul para o cuidado das pessoas com HAS
- Monitorar e ofertar o cuidado necessário para as pessoas com HAS
- Promover ações de educação em saúde para toda a população

3 Revisão da Literatura

A Hipertensão Arterial Sistêmica é um agravo que, se não controlado, pode causar complicações mais comuns como acidente vascular cerebral e infarto agudo do miocárdio, além da doença renal crônica terminal. Por sua alta prevalência e possíveis complicações, além de poder cursar de forma assintomática, dificultando seu diagnóstico e tratamento, se configura como um grave problema de saúde pública no Brasil e no mundo (SAÚDE, 2016a). “É uma doença que ataca os vasos sanguíneos, coração, cérebro, olhos e pode causar paralisação dos rins, isso se dá no momento que “a medida da pressão se mantém frequentemente acima de 140 por 90 mmHg. Essa doença é herdada dos pais em 90% dos casos” [...] (SAÚDE, 2016a, p. 1). Para ser considerada uma pessoa com hipertensão é preciso apresentar valores pressóricos iguais ou maiores que 140mmHg por 90mmHg, em mais de duas medições realizadas por profissional treinado, seguindo as normas corretas e com aparelho calibrado (SAÚDE, 2020b).

Além de ser uma doença hereditária tem como fatores de risco o fumo, consumo de bebidas alcoólicas, obesidade, estresse, grande consumo de sal, níveis altos de colesterol, falta de atividade física”. Sabe-se que “sua incidência é maior na raça negra, aumenta com a idade, é maior entre homens com até 50 anos, é maior entre mulheres acima de 50 anos, é maior em pessoas com diabetes” (SAÚDE, 2020).

De acordo com Saúde (2020), os sintomas da pressão arterial alterada “costumam aparecer somente quando a pressão sobe muito: podem ocorrer dores no peito, dor de cabeça, tonturas, zumbido no ouvido, fraqueza, visão embaçada e sangramento nasal”. Essa doença é crônica, por isso necessidade de prevenção e controle, para isso o acompanhamento de uma equipe de saúde e orientações médicas são essenciais no tratamento que deve ser singular para cada pessoa. A prevalência da HAS no Brasil é acima de 30%, “ou seja, um em cada três brasileiros (25% da população) apresenta hipertensão, atingindo mais de 50% da população na terceira idade e, surpreendentemente, 5% da população de crianças e adolescentes brasileiros”, estima-se ainda um aumento de 80% no número de pessoas com hipertensão no país até 2025 (SAÚDE, 2016a, p. 9). Quando associado a diabetes, os riscos para doenças cardíacas, renais e AVE estão ainda mais aumentados. Esse cenário tem impacto direto no setor econômico por reduzir a produtividade do trabalho e a renda das famílias. Uma perda que foi estimada em US\$ 4,18 bilhões entre 2006 e 2015 (CARDIOLOGIA; HIPERTENSÃO; NEFROLOGIA, 2010, p. 1)

Luna (1999, p. 6) apresenta em seu estudo uma importante linha do tempo da HAS no Brasil e no mundo. Entre seus registros está a primeira medida experimental da pressão arterial que foi feita, em 1711, por Stephen Halles, na Inglaterra; a valorização clínica da HAS em 1896 em decorrência do aparecimento dos primeiros aparelhos de medida, em Turim”; os primeiros aparelhos vindos para o Brasil do tipo Pachon, franceses; “o método

auscultatório de medida indireta da pressão arterial, através do esfigmomanômetro, em 1905 do russo Korotkoff (1997, p.1); a variação inicial presente nos critérios para o diagnóstico de hipertensão (D. Ayman 1934, cita que normalmente seria de 140/80mmHg; S. C. Robinson e M. Baucer 1939, fala em 120/80mmHg; P. Bechgaard 1946, fala em 160/100mmHg; F. J. Brown 1947, diz em 130/70mmHg, F. J. Brown 1947).

A autora descreve ainda que:

“antes de 1950 não havia um tratamento medicamentoso efetivo para a hipertensão arterial”. Dessa forma “mais da metade das pessoas com hipertensão graves morria de insuficiência cardíaca congestiva, 15% de coronariopatia, 15% de insuficiência renal e 15% de hemorragia cerebral”. (1997, p.1). Apenas em 1950, começaram a receitar medicamentos inócuos, à base de papaverina, sedativos (fenobarbital ou teobromina) e aminofilina para combater a HAS e “o único tratamento eficaz era a simpatectômicas bilateral ampla, indicada a pacientes com hipertensão maligna ou em fraca insuficiência cardíaca, contudo, a hipertensão retornava em poucos anos, após a operação”. Também era prescrita uma dieta chamada de Kepler, nela a pessoa hipertensa tinha que consumir “400g diárias de arroz, acompanhada de frutas e açucarados, sendo hipocalórica, hipossódica, hipoprotéica, insípida e de difícil tolerância, porém, a única medida terapêutica real àquela época”. Em, “1954 apareceram os produtos à base dos alcaloides da Rauwolfia Serpentina e, logo depois, a hidrazina, que tinha muitos efeitos colaterais”. E também “a clorotiazida, grupo que revolucionou o tratamento da hipertensão arterial, e que, permanece até hoje”. E no ano de 1963 segundo esse autor “chegou ao mercado brasileiro a guanetidina, o primeiro anti-hipertensivo realmente poderoso, porém, com sérias reações colaterais, principalmente na esfera sexual do homem”. Lançaram ainda “alfametildopa que, durante muitos anos, dominou o receituário do clínico brasileiro” (LUNA, 1999, p. 7).

Por fim, em 1965 “apareceram os diuréticos de alça, dos quais, a furosemida foi protótipo e, que ainda continua muito usado, principalmente, se houver insuficiência cardíaca ou renal”. E na década de 70 chegaram “os agentes betabloqueadores adrenérgicos e os antagonistas dos canais de cálcio: a princípio ambos não foram indicados para hipertensão” (LUNA, 1999, p. 7).

A Sociedade Brasileira de Cardiologia publicou os primeiros Consensos Brasileiro para o Tratamento de Hipertensão Arterial em 1990, 1994 e 1998 trazendo conceitos estruturantes como a necessidade da “estratificação dos grupos hipertensivos, a presença de fatores de risco e o comprometimento dos órgãos alvos e, na decisão terapêutica, os níveis de pressão e a estratificação do risco” e a abordagem multidisciplinar(LUNA, 1999, p. 7).

Além do tratamento medicamentoso, faz-se necessária mudanças na alimentação e, em alguns outros aspectos, dos modos de viver para controle da HAS, como não abusar do sal e utilizar outros temperos, praticar atividade física, garantir momentos de lazer, não fumar, não consumir álcool de forma abusiva, evitar alimentos gordurosos, cuidar e controlar o diabetes (SAÚDE, 2020). A. (2011, p. 1) defende que “se o controle de casos existentes, assim como o controle e prevenção dos fatores de risco desta doença não forem

implementadas, esta problemática continuará afetando grande proporção da população em nosso país”.

A HAS relaciona-se assim, “ao estilo de vida inadequado, considerando também os fatores constitucionais, como: sexo, idade, raça/cor e história familiar”. Os fatores ambientais que influenciam a HAS são: “sedentarismo, estresse, tabagismo, alcoolismo, alimentação insalubre e obesidade”. Essa autora chama atenção para os agravos que são em decorrência de “vários determinantes, incluindo características da personalidade, mecanismos de enfrentamento utilizados, autoconceito e autoimagem, experiência com este agravo e atitudes dos cuidadores da área de saúde” (A., 2011, p. 1). Quando a pessoa envelhece tende a desenvolver hipertensão, sendo assim, conforme ocorre o aumento da expectativa de vida da população brasileira, aumenta a população de idosos e, conseqüentemente o número de pessoas com HAS (CARDIOLOGIA; HIPERTENSÃO; NEFROLOGIA, 2010).

A doença é mais prevalente entre as “mulheres (24,2%) e pessoas de raça negra/cor preta (24,2%) comparada a adultos pardos (20,0%), mas não nos brancos (22,1%)”. (SBC, 2016, p.4). E em relação a etnia “estudo Corações do Brasil observou a seguinte distribuição: 11,1% na população indígena; 10% na amarela; 26,3% na parda/mulata; 29,4% na branca e 34,8% na negra.²¹ O estudo ELSA-Brasil mostrou prevalências de 30,3% em brancos, 38,2% em pardos e 49,3% em negros” (CARDIOLOGIA; HIPERTENSÃO; NEFROLOGIA, 2010, p. 4). Os fatores socioeconômicos também contribuem negativamente para HAS, pesquisas mostram que os “adultos com menor nível de escolaridade (sem instrução ou fundamental incompleto) apresentaram a maior prevalência de HAS autorreferida (31,1%)”. Essa mesma “proporção diminuiu naqueles que completam o ensino fundamental (16,7%), mas, em relação às pessoas com superior completo, o índice foi 18,2%” (CARDIOLOGIA; HIPERTENSÃO; NEFROLOGIA, 2010, p. 5).

Para A. (2011, p. 285), as maiores dificuldades no controle da HAS pelas pessoas são:

“a falta de adesão ao tratamento, pois 50% das pessoas com hipertensão conhecidas não fazem nenhum tratamento e dentre aqueles que o fazem, poucos têm a pressão arterial controlada”. Sendo que “entre 30 e 50% das pessoas com Hipertensão interrompem o tratamento no primeiro ano; e 75%, depois de cinco anos”. Aponta alguns fatores e associações a não adesão ao tratamento como as “características biológicas (sexo, idade, raça/cor e história familiar) e socioculturais (estado civil, escolaridade, renda, profissão/ocupação, naturalidade, procedência e religião)”, além da “experiência da pessoa hipertensa com a HAS e o tratamento; a relação equipe de saúde-pessoa hipertensa; a participação familiar; e acesso ao sistema de saúde veiculado pelas políticas públicas de saúde vigentes”.

A autora defende a necessidade de informação pela população para aumento da adesão ao tratamento por meio de ações de educação em saúde, pois ela possui a

“capacidade de transformar indivíduos, tornando os mais autônomos para tomar as suas decisões sobre o próprio corpo, com base nos conhecimentos cada vez mais aprimorados sobre sua saúde, tendo a opção de

adotar ou não, hábitos e atitudes saudáveis” [...], sendo a “educação ação primordial da atenção básica, pois possibilita a promoção da saúde”, [...] por meio dela é possível “o acompanhamento da pessoa hipertensa, em parceria com a família, implementado com ações educativas, possibilitará a adesão desta às condutas terapêuticas de controle da HAS e demais condutas, com vista à promoção da saúde de si e da família”(A., 2011, p. 286).

Em 1978, “uma pesquisa epidemiológica sobre hipertensão arterial, foi realizada pela Secretaria de Saúde do Rio Grande do Sul e Fundação Oswaldo Cruz”, sendo esse o primeiro estudo sobre HAS no Brasil. No ano de “1983 Ministério da Saúde publicou, pela primeira vez, um Guia para Controle da Hipertensão Arterial, iniciativa, também, do cardiologista Aloyzio Achutti”. No ano de “1988 iniciou-se a publicação do Boletim do Departamento de Hipertensão Arterial que, em 1994 se transformou na Revista Brasileira de Hipertensão, chamada HiperAtivo”(LUNA, 1999, p. 3). No ano seguinte, o Ministério da Saúde criou o Programa Nacional de Educação e Controle de Hipertensão Arterial (PNECHE), porém devido a mudança de governo a iniciativa foi descontinuada (LUNA, 1999).

O Ministério da Saúde, juntamente “com sociedades científicas, federações nacionais de portadores de diabetes e de hipertensão, secretarias estaduais e municipais de saúde, apresentou o Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e ao Diabetes Mellitus com objetivo de criar vínculo entre as pessoas com hipertensão e diabetes e as unidades de saúde, para que assim tenham a garantia “de acompanhamento e tratamento sistemático, mediante ações de reorganização dos serviços. Entre as reorganizações propostas está a implantação do Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos (HIPERDIA), “um sistema informatizado para o cadastramento e acompanhamento de portadores de HAS atendidos na rede ambulatorial do SUS”(SAÚDE, 2016a, p. 13).

Para CUNHA (2009) , o “Hiperdia representou uma iniciativa positiva, uma vez que para a grande maioria dos gestores estaduais e municipais foi o início da tomada de consciência sobre o problema”. O estudo aponta que entre as dificuldades sentidas pelos gestores municipais para implantação do sistema estão “fatores estruturais e operacionais, além de falhas no retorno das informações obtidas aos municípios, visto que a análise dos dados é feita principalmente no nível federal.

Já em 2013, foi implantada objetivando uma reestruturação nacional das informações da Atenção Básica, a estratégia e-SUS Atenção Básica, do Departamento de Atenção Básica (DAB) do Ministério da Saúde. Brasil(SAÚDE, 2016a, p. 13). Outra iniciativa para o controle da HAS foi o estímulo aos municípios para adoção e implementação da campanha educativa Brasil Saudável e Sustentável do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS); além do Programa de Horta comunitária , “como estratégia para o acesso a alimentos in natura, os quais muitas vezes são inacessíveis a uma grande parcela da população devido ao custo”(SAÚDE, 2016a, p. 16)

De acordo com [Saúde \(2016a, p. 16\)](#), as pessoas devem ser incentivadas a “limitar a redução da ingestão diária de sódio, que deve ser reduzida para 2g por dia, o que equivale a 5g de cloreto de sódio (NaCl)” e a utilizar “temperos naturais no preparo dos alimentos, como tomilho, manjericão, gengibre, além do sal com ervas, que realçam o sabor dos alimentos, possibilitando a redução da adição de sal”.

Os municípios precisam “fortalecer a cobertura da Atenção Primária em Saúde (APS) pela Estratégia de Saúde da Família (ESF), visando ao estabelecimento do vínculo médico paciente, e, conseqüentemente, o engajamento do paciente em seu tratamento e na mudança de hábitos de vida” além de “ampliar as ações de promoção da saúde na APS ao ambiente de trabalho em instituições públicas” promovendo “à educação alimentar direcionada à prevenção e ao controle da hipertensão e à identificação precoce da pessoa com hipertensão em seu trabalho, previamente à manifestação clínica e à ida ao serviço de saúde”(SAÚDE, 2016b, p. 16)(SAÚDE, 2016a, p. 16)

O Ministério da Saúde apresentam ainda como ações essenciais aquelas que incentivam a mudança do comportamento quanto à prática de atividade física para prevenção e controle da hipertensão, são elas:

Assistência em educação física no âmbito do SUS: promover a prática de exercícios aeróbicos e de resistência, em uma frequência mínima de três vezes por semana, além de exercícios não tradicionais”, podendo ser a ioga, pois ela “reúne flexibilidade, movimento e controle da respiração e tem seus benefícios comprovados na redução da pressão arterial”. Os municípios devem disponibilizar “programas de atividade física com orientação profissional em espaços públicos como escolas, praças e academias de saúde”. E ainda planejar “atividades comunitárias como uma motivação adicional para a adoção da prática regular de atividade física (SAÚDE, 2016a, p. 17).

Por fim, a atual pandemia da COVID-19, causada pelo Novo Coronavírus, que teve início em dezembro de 2019, tendo o primeiro caso confirmado no Brasil em 26 de janeiro de 2020 (Brasil, 2020) e já tendo matado, até a presente data, mais de 78mil pessoas e apresentando 2 milhões de casos confirmados, provocou mudanças no cuidado ofertado na APS, assim como na atenção às pessoas com hipertensão por fazerem parte do grupo de risco (SAÚDE, 2020a).

Os chineses demonstraram associação com as formas mais graves da doença e com a necessidade de terapia intensiva e ventilação mecânica com alguns fatores de risco como diabetes e hipertensão com formas mais graves da doença que levam a necessidade de terapia intensiva e ventilação mecânica (SAÚDE; SAÚDE, 2020). Além disso, “os pacientes portadores de doenças crônicas, que representam em torno de 25 a 50% dos pacientes infectados, apresentam maiores taxas de mortalidade, como a seguir: - Câncer: 5,6% - Hipertensão: 6% - Doença respiratória crônica: 6,3% - Diabetes: 7,3% - Doença cardiovascular (DCV): 10,5% (SAÚDE; SAÚDE, 2020).

O Guia Orientador para o enfrentamento da pandemia na Rede de Atenção à Saúde publicado pelo CONASS e CONASEMS, orienta como atividades da atenção à saúde da pessoa com hipertensão (SAÚDE; SAÚDE, 2020):

- Manter atendimento para a demanda dos eventos agudos passíveis de atendimento na Unidade Básica e encaminhar para a referência os casos que não forem possíveis estabilizar na APS;
- Orientar a comunidade a procurar por atendimento na sua unidade de saúde, somente, para avaliação de possíveis complicações da Condição Crônica, deixando demandas mais simples e menos urgentes para um segundo momento;
- Envolver a Equipe Multiprofissional no atendimento às demandas multidimensionais dessas pessoas;
- Acompanhar e manejar precocemente os pacientes de Alto e Muito Alto Risco quando da alta da Rede de Urgência e Emergência ou Rede Hospitalar;
- Realizar a entrega da medicação de uso contínuo, preferencialmente no domicílio;
- Acompanhar os casos estáveis por meio de vistas domiciliares, contato telefônico ou WhatsApp;
- Identificar as pessoas usuárias de acordo com o risco clínico (do maior para o menor), considerando também a vulnerabilidade social e capacidade de autocuidado para planejar o atendimento.
 - Pessoas com muito alto risco - consulta no domicilio pelo médico ou enfermeiro,
 - Pessoas com alto risco deve ser monitoradas por telefone ou WhatsApp pelo médico ou enfermeiro avaliando a necessidade de visita domiciliar posterior;
 - Pessoas como médio e baixo risco, receberão contato telefônico ou WhatsApp qualificado e deverá ser verificada alterações inapropriadas dos níveis pressóricos.

4 Metodologia

Ao longo do curso Especialização em Atenção Básica em Saúde foi visto a importância do planejamento das ações para a efetivação das políticas públicas dessa área, de maneira que realmente chegue a promoção integral da saúde a população que depende do Sistema Único de Saúde. Aprendemos como introduzir o Planejamento Estratégico Situacional –PES criado por Matus dentro da unidade de saúde.

A adoção do planejamento estratégico pela Atenção Primária da Saúde, segundo [Teixeira \(2004, p. 40\)](#) permite que os profissionais enfoquem no problema, para isso é necessário realizar a identificação, para posteriormente fazer a articulação das ações que leve a solução.

[Teixeira \(2004, p. 40\)](#) defende que PES permite “a compreensão do **objeto** do planejamento como sendo constituído por problemas e oportunidades reais de intervenção”, também apresenta “a concepção do **processo** de planejamento como sendo constituído de ”momentos” que se interpenetram, a proposta de ”modularização” do **produto** do planejamento”. Dessa maneira ao se desenvolver a análise do problema que importuna a equipe de saúde, ocorre o diálogo e a participação de todos favorecendo assim a verdadeira resolução do problema.

Para construção do plano de intervenção, primeiro foram necessárias reuniões com a equipe e levantamentos dos problemas através da análise das fichas de Cadastro Individual feitas pelos Agentes Comunitários de Saúde e dos relatórios gerados dos atendimentos da enfermeira e do profissional do Mais Médico dentro o PEC E-SUS e nos dados do DATASUS e do SISAB. Dessa maneira, chegou-se aos dez problemas principais. Em seguida, foi realizada a construção da Matriz de transcendência, urgência, capacidade de enfrentamento e então, definiu-se que, no Posto de Saúde Esperança do Sul, o problema prioritário é a Hipertensão Arterial.

O público alvo das ações do plano de intervenção serão os portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica do Posto de Saúde Esperança do Sul. As ações a serem desenvolvidas são:

- Capacitação dos profissionais saúde do Posto de Saúde Esperança do Sul para o cuidado das pessoas com HAS
- Elaboração de lista com as pessoas com HAS do Posto de Saúde Esperança do Sul
- Monitoramento e oferta de cuidados as pessoas com HAS pelo Telefone
- Criação de grupo no WhatsApp contendo os profissionais do Posto de Saúde Esperança do Sul, NASF e Academia da Saúde e os Portadores da HAS.

- Realização de Palestras para divulgação de cuidados sobre controle e prevenção da HAS no WhatsApp e nas plataformas ZOOM ou MEET

Passo a Passo das Ações:

1° - Capacitação dos profissionais saúde do Posto de Saúde Esperança do Sul para o cuidado das pessoas com HAS plataforma MEET ou ZOOM

Quando: 20/07; 27/07

Responsáveis: enfermeiras, médico pesquisador

2° - Realizar lista dos portadores de HAS do Posto de Saúde Esperança do Sul

Quando: 27/07 a 15/08/2020

Responsáveis: Agentes Comunitários de Saúde e enfermeira da unidade

3° - Monitoramento e oferta de cuidados as pessoas com HAS pelo Telefone

Quando: 27/07 a 25/09/2020

Responsáveis: Agentes Comunitários de Saúde, Técnico em enfermagem, Enfermeira da unidade

4° Criação de grupo no WhatsApp contendo os profissionais do Posto de Saúde Esperança do Sul, NASF e Academia da Saúde e os Portadores da HAS.

Quando: 17/08 a 20/08/2020

Responsáveis: enfermeira da unidade

5° - Realização de Palestras e divulgação de cuidados sobre controle e prevenção da HAS no WhatsApp e nas plataformas ZOOM ou MEET

Temática: A importância da Atividade física e controle de peso

Quando: 26/08 às 15h

Responsáveis: enfermeira, médico pesquisador, educador físico da Academia de Saúde e fisioterapeuta do NASF

Temática: Alimentação Saudável

Quando: 05/09 às 15h

Responsáveis: enfermeira, médico pesquisador, nutricionista do NASF e assistente social do NASF

Temática: O risco do fumo e da bebida alcoólica para HAS

Quando: 12/09 às 15h

Responsáveis: enfermeira, médico pesquisador e psicóloga do NASF

Temática: Cultura da Paz para evitar o Estresse dentro das casas

Quando: 19/09 às 15h

Responsáveis: enfermeira, médico pesquisador, psicóloga do NASF e assistente social do NASF

Temática: A importância de seguir o tratamento adequado

Quando: 26/09 às 15h

Responsáveis: enfermeira, médico pesquisador, psicóloga do NASF e assistente social do NASF

Flexibilização: Para aqueles que não possuem acesso ao Whatsapp e Plataformas digitais a enfermeira os ACS e o médico farão visitas domiciliares e nesse momento a conscientização sobre: A importância da Atividade física e controle de peso/ Alimentação Saudável/ O risco do fumo e da bebida alcoólica para HAS/ Cultura da Paz para evitar o Estresse dentro das casas/ A importância de seguir o tratamento adequado. 03/09 das 07h às 17h

Quando: 10/09 das 07h às 17h; 17/09 das 07h às 17h; 24/09 das 07h às 17h

Responsáveis: enfermeira, ACS e médico

5 Resultados Esperados

Durante ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde aprendemos a trabalhar com as ferramentas do Planejamento Estratégico Situacional (PES), compreendemos a importância das reuniões de equipe e da tomada de decisão coletiva. Como trabalho final de curso fizemos a proposição de um Plano de Intervenção com foco no problema escolhido pela equipe, que foi a Hipertensão Arterial Sistêmica.

Para a criação do grupo de pessoas com hipertensão é importante um trabalho da equipe de saúde no levantamentos dos portadores da HAS da área, para em seguida formar o grupo de WhatsApp. Assim como, o monitoramento e oferta de cuidados a essas pessoas pelo telefone, individualmente, quando necessário.

Espera-se que os profissionais realizem palestras para divulgação de cuidados sobre controle e prevenção da HAS no whatsapp e nas plataformas ZOOM ou MEET. Caso a pessoa não tenha acesso a internet, serão realizadas visitas domiciliares pelos profissionais (ACS, Enfermeira, Médico) com ações de educação em saúde sobre o tema e assistenciais.

Para a realização deste projeto de intervenção são necessários recursos materiais, como a internet, celular e carro para transportes da equipe na visita domiciliar, nos locais de difícil acesso, e o envolvimento de toda equipe de saúde da ESF, além do Educador Físico, Fisioterapeuta, Nutricionista e Psicóloga.

Os resultados esperados relacionados ao cuidado e a saúde das pessoas assistidas são a conscientização de que a HAS é uma doença que pode ser evitada com mudanças nos hábitos alimentares e estilo de vida. Espera que os envolvidos compreendam que a atividade física ajuda no controle de peso, que o fumo e da bebida alcoólica são prejudiciais para HAS, que reconheçam a importância da alimentação saudável no controle da PA, e ainda que entendam que os medicamentos de HAS devem ser receitados por profissionais da área de saúde e que precisam ser ingeridos conforme indicados. Esse projeto também busca realizar um trabalho que promova a cultura da paz para evitar o estresse dentro das casas, evitando assim alterações na PA dos portadores de HAS.

Referências

A., S. Z. M. S. Hipertensão arterial - um problema de saúde pública. *Rev Bras Promoç Saúde*, p. 285–286, 2011. Citado 2 vezes nas páginas 16 e 17.

CARDIOLOGIA, S. S. B. D.; HIPERTENSÃO, S. Sociedade Brasileira de; NEFROLOGIA, S. Sociedade Brasileira de. Vi diretrizes brasileiras de hipertensão. *Arq Bras Cardiol.*, v. 951, p. 1–51, 2010. Citado 2 vezes nas páginas 15 e 17.

CUNHA, C. W. Dificuldades no controle da hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus na atenção básica de saúde através do hiperdia: plano de reorganização da atenção. Porto Alegre, n. 42, 2009. Curso de Especialização em Saúde Pública, Departamento de Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Cap. 2. Citado na página 18.

ESTATÍSTICA, I. Instituto Brasileiro de Geografia e. *Cidades e Estados*. 2020. Disponível em: <<https://www.ibge.gov.br/>>. Acesso em: 13 Abr. 2020. Citado na página 9.

LUNA, R. L. Aspectos históricos da hipertensão. *HiperAtivo*, v. 6, n. 1, p. 6–9, 1999. Citado 3 vezes nas páginas 15, 16 e 18.

SAÚDE, B. Biblioteca Virtual em. *Hipertensão: Dicas em saúde*. 2020. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/dicas/52hipertensao.html>>. Acesso em: 17 Jul. 2020. Citado 2 vezes nas páginas 15 e 16.

SAÚDE, B. Ministério da. *Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde: Cadernos de atenção básica*, n. 37. Brasília: Brasília: Ministério da Saúde, 2016. Citado 3 vezes nas páginas 15, 18 e 19.

SAÚDE, B. Ministério da. *Síntese de evidências para políticas de saúde : prevenção e controle da hipertensão arterial em sistemas locais de saúde*. Brasília: Brasília: Ministério da Saúde, 2016. Citado na página 19.

SAÚDE, B. Ministério da. *Brasil confirma primeiro caso da doença*. 2020. Disponível em: <<https://www.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/46435-brasil-confirma-primeiro-caso-de-novo-coronavirus>>. Acesso em: 19 Jul. 2020. Citado na página 19.

SAÚDE, B. Ministério da. *Hipertensão: vida saudável o melhor remédio. (Folder)*. 2020. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/dicas/52hipertensao.html>>. Acesso em: 10 Jun. 2020. Citado na página 15.

SAÚDE, C. Conselho Nacional de Secretarias Municipais de; SAÚDE, C. Conselho Nacional de Secretários de. *Guia Orientador para o enfrentamento da pandemia Covid-19 na Rede de Atenção à Saúde*. 2020. Disponível em: <https://www.conasems.org.br/orientacao_ao_gestor/guia-orientador-para-o-enfrentamento-da-pandemia-covid-19-na-rede-de-atencao-a-saude/>. Acesso em: 24 Jun. 2020. Citado na página 19.

TEIXEIRA, C. F. Formulação e implementação de políticas públicas saudáveis:: desafios para o planejamento e gestão das ações de promoção da saúde nas cidades. *Saúde e Sociedade*, v. 13, n. 1, p. 37–46, 2004. Citado na página [21](#).