



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

Daniel Antônio Diedrich

Estratégias de minimização do adoecimento por
ipertensão arterial na Estratégia Saúde da Família
(ESF) Rural de Restinga Sêca–RS

Florianópolis, Março de 2023

Daniel Antônio Diedrich

Estratégias de minimização do adoecimento por hipertensão arterial
na Estratégia Saúde da Família (ESF) Rural de Restinga Sêca–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: Virgínia de Menezes Portes
Coordenadora do Curso: Profa. Dra. Fátima Buchele Assis

Florianópolis, Março de 2023

Daniel Antônio Diedrich

Estratégias de minimização do adoecimento por hipertensão arterial na Estratégia Saúde da Família (ESF) Rural de Restinga Sêca–RS

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

Profa. Dra. Fátima Buchele Assis
Coordenadora do Curso

Virgínia de Menezes Portes
Orientador do trabalho

Florianópolis, Março de 2023

Resumo

Introdução: A Hipertensão Arterial apresenta-se como uma doença frequente e associada a mortalidade no Brasil. A ocorrência da Hipertensão Arterial atinge o usuário e toda a equipe por ser uma doença crônica e está presente na maior parte da população atendida na unidade de saúde. O problema foi selecionado a partir da observação situacional e da análise das fontes de dados disponíveis. Este projeto justifica-se pela alta incidência de Hipertensão Arterial no território atendido, identificado pela equipe no cotidiano do trabalho. Além do que, devido à falta de cobertura de micro áreas, estima-se que o problema tenha ainda maior impacto na população. **Objetivo:** Construir estratégias para minimizar a situação de adoecimento por hipertensão arterial dos pacientes em acompanhamento na ESF Rural no município de Restinga Sêca. **Metodologia:** Serão realizadas orientações profissionais acerca da alimentação saudável, consumo excessivo de álcool, atividades estressantes, dentre outras ações baseadas na promoção da qualidade de vida. Estas orientações serão realizadas por profissionais da equipe, principalmente durante a triagem para atendimento na unidade ou visitas domiciliares. Além disso, serão implementadas ações de educação em saúde, rodas de conversas, grupos, atividades com outros profissionais incluindo o NASF (Núcleo de apoio à saúde da família) para melhorar qualidade de vida e divulgar ações e orientações necessárias. **Resultados Esperados:** Espera-se que os resultados desse projeto de intervenção possibilitem o aumento do diagnóstico de hipertensão arterial entre os usuários da unidade de saúde, a fim de diminuir as complicações evitáveis decorrentes desse agravo. Da mesma forma, espera-se elaborar orientações para propostas de intervenção, ações para minimizar riscos e evitar complicações, promovendo assim, ações de educação em saúde. A identificação da prevalência de hipertensos no território da ESF torna-se crucial para a melhoria do atendimento e da abordagem diante da demanda da população.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde, Doenças Cardiovasculares, Educação em Saúde, 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	25

1 Introdução

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) Rural é composta por uma equipe de 16 profissionais, devido ao tamanho do território, os quais atuam de acordo com escala de trabalho. A equipe é formada por dois profissionais de serviços gerais, duas recepcionistas, uma enfermeira, três técnicas de enfermagem, dois médicos, uma cirurgiã dentista, um auxiliar de saúde bucal e quatro agentes comunitários de saúde, sendo necessário o aumento desses últimos, uma vez que existem áreas descobertas por estes profissionais. Em relação a gestão do cuidado, a equipe apresenta profissionais capacitados e engajados na longitudinalidade da atenção á saúde da população, como principal potencialidade.

A unidade de saúde localiza-se na área rural da cidade, cerca de 20 km do centro da cidade, onde ainda não está disponível coleta seletiva do lixo e nem todas as residências possuem cobertura de saneamento básico, questões que apresentam-se como desafios para a equipe de saúde. A comunidade possui origem alemã, italiana e descendentes de quilombolas, caracteriza-se por ser e participativa, mantendo um vínculo fortalecido com a equipe de saúde.

O deslocamento da população até as unidades é difícil, uma vez que o território é extenso e muitos deslocam-se caminhando. Por tratar-se de uma área rural, a população dedica-se ao trabalho no campo durante o dia, dificultando a realização de grupos e outras atividades pela equipe. Os idosos formam uma grande parcela da população da comunidade, prevalecendo as condições crônicas de saúde entre estes. A cultura quilombola costuma reivindicar atenção. Tais aspectos formam o diagnóstico da comunidade atendida pela ESF, a partir de identificações realizadas pela equipe, foram desenvolvidas ações para a melhoria das ascondições de vida da população, no entanto, o tamanho do território torna-se um desafio no que tange o alcance de todos. Entretanto, a partir do trabalho em equipe e da intersetorialidade, a equipe visa qualificar o acesso ao cuidado de maneira eficaz e eficiente.

O município de Restiga Seca (RS) possui 15.828 habitantes, sendo 28,04% crianças e adolescentes (0-19 anos), 54,79% adultos (20-59 anos) e 17,15% idosos (60 anos ou mais). O coeficiente de natalidade é de 9,98, no ano de 2012 (BRASIL, 2012a). Dentre os dados epidemiológicos, a taxa de mortalidade geral da população é de 8,33, sendo 22,72 por doença arterial crônica e infantil de 18,86 (BRASIL, 2012b).

A incidência de diabetes em idosos foi de 53,99 por cada 1000 habitantes no ano de 2018 e a prevalência de Hipertensão Arterial Sistêmica na comunidade corresponde a 285,71 por cada 1000 habitantes. Não foram identificadas pessoas com HIV no ano de 2019. No que se refere à cobertura vacinal de crianças menores de um ano, a cobertura é de 100% e a cobertura de pré-natal realizada pela unidade foi realizada em 48 gestantes. Além disso, dentre as queixas mais comuns acerca do cuidado em crianças menores de um ano

são tosse, diarreia, vômitos, febre e congestão nasal. O glaucoma também caracteriza-se como uma doença que se destaca na comunidade quilombola, além das doenças e agravos mencionados.

Neste sentido, a equipe de saúde mencionada neste projeto utiliza informações epidemiológicas para programar as ações de promoção, prevenção e reabilitação em saúde, por isso, o diagnóstico real da situação de saúde torna-se crucial para o planejamento das ações da equipe..

As doenças crônicas possuem grande impacto no que tange a efetividade das ações de promoção e prevenção da saúde, convidando assim, a equipe a refletir sobre ações que podem diminuir suas ocorrências. A unidade possui o acompanhamento de 100% das gestantes cadastradas, bem como de cobertura vacinal, impactando positivamente nas ações em saúde desta população específica. Além disso, destaca-se que há uma grande procura de pacientes por de medicamentos psicotrópicos e abuso de substâncias como álcool e drogas. Por fim, um destaque positivo é o baixo índice de pessoas infectadas por HIV em nossa comunidade, o que reflete que as ações de prevenção de Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST's) tem sido resolutivas.

A partir do diagnóstico social e epidemiológico realizado pela equipe, com a crucial atuação dos Agentes Comunitários em Saúde, acerca dos principais problemas enfrentados pela comunidade, destacam-se: Diabetes Mellitus, Glaucoma, Dor crônica com ênfase na Hipertensão Arterial. Este diagnóstico situacional baseou-se no método da estimativa rápida, o qual visa obter informações sobre um conjunto de problemas e dos potenciais recursos para seu enfrentamento, em um curto período de tempo e sem altos gastos. A ocorrência da Hipertensão Arterial atinge o usuário e toda a equipe de saúde por ser uma doença crônica e está presente na maior parte da população atendida. O problema foi selecionado a partir da observação situacional e também da análise das fontes de dados disponíveis. Não existe uma estimativa numérica sobre o problema devido à dificuldade em encontrar esses dados, no entanto, é frequentemente identificado devido ao número de consultas destinadas a essa patologia. Ao longo do ano de 2019 foram registrados casos de Hipertensão Arterial, com número incerto de usuários atendidos por dificuldade em coletar esse dado.

Este projeto justifica-se pela alta incidência de Hipertensão Arterial no território atendido, identificado pela equipe no cotidiano do trabalho. Além do que, devido a descoberta de micro áreas, estima-se que o problema tenha ainda maior impacto na população. A partir dos dados levantados pelos profissionais, dos 1085 usuários cadastrados, 250 apresentam Hipertensão Arterial, totalizando 23% dos usuários. Desta forma, destaca-se que esta proposta de intervenção para o acompanhamento dos pacientes hipertensos inscritos na ESF Rural é possível, oportuno e baseia-se na necessidade da comunidade e da equipe de saúde.

2 Objetivos

2.1 OBJETIVO GERAL

Construir estratégias para minimizar a situação de adoecimento por hipertensão arterial dos pacientes em acompanhamento na ESF Rural no município de Restinga Sêca.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Elaborar orientações profissionais sobre propostas de intervenção nos casos de hipertensão arterial.
2. Propor ações de minimização dos riscos de complicações em pacientes portadores de hipertensão arterial.
3. Organizar rodas de conversas para promover ações de educação em saúde aos pacientes com hipertensão arterial.

3 Revisão da Literatura

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é uma condição clínica produzida por muitos fatores, estes podem ser metabólicos, alterações em órgão alvos de sua função ou estrutura, e está caracterizada por uma elevação sustentada dos níveis da pressão arterial maiores ou iguais a 140/90 mmHg. Frequentemente outros fatores de risco pioram essa situação como dislipidemia, obesidade abdominal, intolerância à glicose e Diabetes Mellitus (DM) e levam a eventos graves como morte súbita, acidente vascular encefálico, infarto agudo do miocárdio, insuficiência cardíaca, doença arterial periférica e doença renal crônica.

No Brasil, HA atinge 32,5% (36 milhões) de indivíduos adultos, mais de 60% dos idosos, contribuindo direta ou indiretamente para 50% das mortes por doença cardiovascular (DCV). Junto com DM, suas complicações têm impacto elevado na perda da produtividade do trabalho e da renda familiar. Em 2013 ocorreram 1.138.670 óbitos, 339.672 dos quais (29,8%) decorrentes de DCV, a principal causa de morte no país (SBC, 2016).

Portanto, trata-se de uma doença que está presente de forma frequente e que produz a maioria das mortes no Brasil, estando presente na maioria das consultas em ambulatórios e centros de saúde, e que parece ser negligenciada no plano terapêutico.

No Brasil, a prevalência média de HAS autorreferida na população acima de 18 anos, segundo a Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico é de 22,7%, sendo maior em mulheres (25,4%) do que em homens (19,5%). A frequência de HAS tornou-se mais comum com a idade, mais marcadamente para as mulheres, alcançando mais de 50% na faixa etária de 55 anos ou mais de idade (BRASIL, 2012c).

De acordo com duas metanálises envolvendo estudos brasileiros realizados nas décadas de 1980, 1990 e 2000, apontou-se uma prevalência de HAS de 31%, sendo que entre idosos esse valor chega a 68%. Além disso, estudos estimam que a prevalência global da HAS seja de um bilhão de indivíduos, acarretando aproximadamente 7,1 milhões de mortes ao ano no mundo. Assim, trata-se de um grave problema de saúde pública no Brasil e no mundo, apresentando prevalência no Brasil entre 22% e 44% para adultos (32% em média), chegando a mais de 50% para indivíduos com 60 a 69 anos e 75% em indivíduos com mais de 70 anos (BRASIL, 2014).

As mulheres possuem maior prevalência de diagnóstico médico de hipertensão arterial quando comparado aos homens, tendo registrado 26,4% contra 21,7% para eles. Em 2017, as capitais com maior prevalência entre as mulheres foram Rio de Janeiro (34,7%) e Recife (30,0), e entre os homens, foram Maceió (26,3%) e Natal (26,2%). Para o total, o Rio de Janeiro (RJ) se manteve pelo segundo ano consecutivo como a capital brasileira com o maior percentual de hipertensos (BRASIL, 2020).

Entre seus fatores de risco estão hereditariedade, raça, idade, sexo, excesso de peso,

estresse, sedentarismo, alta ingestão de sódio, baixo nível educacional, presença de comorbidades associadas, características contextuais e de localização da moradia. A doença possui caráter assintomático, o que pode retardar o seu diagnóstico. Seu tratamento adequado exige adequadas e regulares avaliações clínicas, condição menos comum em grupos de menor nível de renda, escolaridade ou residentes em áreas mais remotas e de pior infraestrutura social e de saúde. Por outro lado, o excesso das medicações, seu alto custo, os efeitos colaterais e o tempo insuficiente para a orientação do paciente favorecem a não adesão ao tratamento. O conjunto desses fatores contribui para que o controle adequado dos níveis pressóricos esteja presente em menos de um terço de seus portadores (OLIVEIRA et al., 2020).

São também apontados como principais fatores para ineficácia no controle da HAS o baixo número de consultas de saúde, a não adesão ao tratamento, o tratamento farmacológico incorreto e a pouca mudança no estilo de vida e nos comportamentos de saúde dos hipertensos. Esses fatores ainda propiciam maiores riscos de complicações decorrentes da doença, que podem assim induzir maior frequência de internações hospitalares (OLIVEIRA et al., 2020).

Acerca das Políticas públicas para educação, promoção, prevenção, tratamento e reabilitação da Hipertensão Arterial, destaca-se que desde a década de 1970, nos países desenvolvidos, existia a preocupação governamental com as Doenças crônicas não-transmissíveis (DCNT) e seus agravos. Dessa forma, buscou-se desenvolver iniciativas e estratégias que levassem à mudança do comportamento da população, com vistas à redução dos fatores de risco que desencadeavam as doenças. No Brasil, a primeira tentativa de implementação de uma política pública, com o objetivo de diminuir o número de hospitalizações e óbitos decorrentes dos agravos da HAS, ocorreu no final da década de 1980, por meio do Programa de Ações Básicas de Saúde (PREV-SAÚDE). O projeto pretendia estender a cobertura dos serviços para toda a população com ênfase na assistência básica à saúde. Por causa das ações do Ministério da Saúde, mais individuais e medicalizantes, não houve impacto na morbi-mortalidade por doenças cardiovasculares. Mesmo com uma baixa efetividade, o programa norteou a política de prevenção e controle da HAS por mais de dez anos, em decorrência do paradigma assistencial vigente (BARRETO et al., 2013) .

Tais políticas públicas, programas e ações baseiam-se em uma determinada concepção de saúde e organização do sistema e serviços de saúde. Desta maneira, destaca-se a criação e implementação do Sistema Único de Saúde (SUS) como uma mudança do paradigma de assistência à saúde. Neste sentido, no fim da década de 1980, a sociedade vivenciava um processo de democratização política, superando o regime ditatorial instaurado em 1964. Para Barreto et al. (2013), uma das consequências dessa redemocratização foi a criação do SUS, que levaria à busca pela modificação do paradigma assistencial. Iniciava-se, também no Brasil, uma dicotomia complexa, na qual a conjuntura da saúde retratava as contradições do país: havia um quadro de doenças infecto-contagiosas próprias do

subdesenvolvimento, e constatava-se o crescente aparecimento de DCNT próprias das sociedades industrializadas, o que seria mais um agravante para a construção do projeto da Reforma Sanitária Brasileira.

No contexto mundial, em 1978, ocorreu a 1ª Conferência Internacional da Atenção Primária, que enunciou a Declaração de Alma-Ata, destacando a determinação econômica e social da saúde e a necessidade de uma abordagem diferenciada, para extrapolar a assistência centrada na doença. No Brasil, em 1986, ocorreu a 8ª Conferência Nacional de Saúde, considerada um marco na história da saúde pública brasileira, que consagra os princípios preconizados pelo Movimento da Reforma Sanitária (BARRETO et al., 2013).

O dever estatal de ofertar o acesso universal à saúde é legalizado na Constituição Federal de 1988 e garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação da saúde. A criação do SUS representou, portanto, um grande avanço para a sociedade, com o princípio de universalização do atendimento, tornando-o público e gratuito a qualquer cidadão brasileiro, trazendo uma nova visão de assistência à saúde (OLIVEIRA et al., 2020).

No início da década de 1990, mesmo após a implementação do SUS, havia a necessidade de suprir as lacunas impostas pelo modelo biomédico hegemônico ainda vigente. Foi elaborado e implementado um programa que buscava a modificação do paradigma de assistência à saúde no Brasil, ou seja, uma política de saúde pautada na atenção básica. Nesse contexto, ocorre a criação e a implementação do *Programa Saúde da Família, configurando-se como uma tentativa de consolidação da Atenção Primária*.

Para Oliveira et al. (2020), o Programa Saúde da Família (PSF) iniciou-se em 1992, com o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), visando implementar ações básicas custo-efetivas em populações carentes. Posteriormente, o programa evoluiu, pelo reconhecimento de seu êxito, para o que hoje é conceituado como Estratégia Saúde da Família (ESF) que visa à conversão do modelo assistencial do sistema de saúde, por meio da expansão do PSF e da indução da oferta de média e alta complexidade adequada aos preceitos da integralidade e da qualidade da atenção. Nessa perspectiva, iniciaram-se os trabalhos de educação para a saúde, com vistas à promoção de hábitos saudáveis e prevenção de agravos, principalmente por meio da mudança no estilo de vida dos indivíduos.

No que diz respeito a portarias, programas e políticas específicas à HAS, destaca-se que nos últimos anos da década de 1990 e no início dos anos 2000, a prevenção para as DCNT, em especial as cardiovasculares, tornou-se preocupação de várias organizações internacionais, enfatizando os chamados países do Terceiro Mundo. Associado a isso, o elevado número de hospitalizações e de óbitos decorrentes de agravos da HAS levou o Ministério da Saúde (MS), no ano de 2001, a promulgar a Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS) 01 que estabeleceu, entre outras coisas, as diretrizes para a ampliação do acesso e da qualidade da atenção básica e definiu o controle da HAS como sua área de

atuação estratégica mínima

Ainda no ano de 2001, o MS lançou o Plano de Reorganização da Atenção à HAS e ao *Diabetes mellitus* (DM) em todo o país, com o intuito de minimizar a ocorrência de seus agravos. Diversas ações foram implementadas nos estados e municípios, como capacitações profissionais na atenção básica; pactuação de normas e metas entre as três esferas da gestão de saúde; promoção de atividades educativas; atenção à assistência farmacêutica; e dispensação de medicamentos de uso contínuo (BRASIL, 2014).

O plano tinha ainda como objetivo a garantia do diagnóstico e da vinculação do paciente às Unidades Básicas de Saúde (UBS) para tratamento e acompanhamento, promovendo assim a reestruturação e a ampliação do atendimento resolutivo e de qualidade para as pessoas com HAS e DM na rede pública de serviços de saúde. O plano reorganizacional desenvolveu também campanhas com indivíduos na faixa etária acima dos 40 anos para o rastreamento de novos casos de HAS e DM no Brasil e, uma vez confirmados os diagnósticos, esses usuários eram cadastrados e vinculados aos serviços de saúde. Essa foi a primeira iniciativa, no mundo, de realização de uma campanha populacional massiva para o rastreamento de DCNT (BRASIL, 2014) .

A Campanha Nacional de Detecção da HAS foi realizada de 14 de novembro de 2001 a 31 de janeiro de 2002. Esta última mobilizou a população, facilitou o acesso à informação, identificou casos suspeitos de HAS e estimulou a confirmação diagnóstica. Por outro lado, a adesão dos municípios e da população à campanha foi baixa, apesar do fato de quase doze milhões e meio de pessoas terem aferido a PA durante a campanha. O rastreamento da HAS e do DM, por meio de tais campanhas, culminaram com a criação do Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos, o Sis- HIPERDIA, mais conhecido como HIPERDIA. O sistema informatizado de cadastramento ocorreu em todas as unidades ambulatoriais do SUS, o que tornou possível a descrição do perfil epidemiológico dos pacientes cadastrados, bem como a geração de informações para os gerentes locais, gestores das Secretarias Municipais, Estaduais e MS (BRASIL, 2014).

Além do cadastro, o sistema permite o acompanhamento da assistência prestada, a garantia do recebimento dos medicamentos prescritos, ao mesmo tempo em que, em médio prazo, a partir do perfil epidemiológico dessa população, permitirá o desencadeamento de estratégias de saúde pública que levarão à modificação do quadro atual, à melhoria da qualidade de vida dessas pessoas e a redução do custo social. Esse sistema é composto pelos subsistemas Municipal e Federal, de modo que os dados gerados nas Secretarias Municipais de Saúde compõem uma base nacional de informações que pode ser acessada por meio da internet, no site específico do DATASUS, órgão do MS responsável pelos sistemas informatizados, e permite a elaboração de relatórios e gráficos, a partir de bases nacional, estadual ou municipal de dados, para análise e posterior planejamento da atuação da atenção básica voltada aos cuidados de indivíduos hipertensos e diabéticos.

Ainda no início dos anos 2000, por mais que os resquícios do modelo biomédico fizessem

com que um dos pilares mais preponderantes do tratamento da HAS fosse a medicalização, o acesso da população aos medicamentos, em muitos locais, continuava difícil. Desse modo, segundo a portaria nº 371/GM do MS de 04 de março de 2002, foi criado o Programa Nacional de Assistência Farmacêutica para HAS e DM, o qual garante, aos pacientes cadastrados, uma lista de medicamentos considerados essenciais. A partir dessa portaria, foi realizado um levantamento municipal da distribuição de tais medicações para que fossem disponibilizadas à população, por meio do HIPERDIA, ou distribuídos de forma administrativa aos usuários cadastrados, com o objetivo de tornar mais simples e ágil a aquisição dos medicamentos (BRASIL, 2020)

Buscando ampliar e melhorar os propósitos do Programa Nacional de Assistência Farmacêutica para a HAS e DM, em 2004, o MS, em conjunto com a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), lançou o Programa Farmácia Popular do Brasil (FPB), que surgiu como modalidade de co-pagamento e é sustentado por convênios firmados com parceiros públicos e privados sem fins lucrativos. O objetivo da FPB é distribuir de modo universal, igualitário e gratuito, entre outros, os medicamentos para a HAS, em toda a extensão do território brasileiro.

Em 2006, o MS por meio do Caderno de Atenção Básica, ressalta mais uma vez que a atenção primária deve conduzir atividades de promoção e prevenção da saúde, diagnóstico precoce e tratamento adequado da HAS. Recomenda, também, que a equipe de saúde contemple os saberes dos diferentes profissionais envolvidos na assistência, bem como conduza rotinas e procedimentos que ordenem as ações de saúde da equipe, em particular dos serviços organizados segundo a ESF. Neste mesmo ano, Logo depois, por meio da portaria 687 de março de 2006, o MS lançou a Política Nacional de Promoção da Saúde cujo objetivo foi promover a qualidade de vida e reduzir a vulnerabilidade e os riscos à saúde, relacionados aos seus determinantes e condicionantes. Dessa maneira, buscou incorporar e implementar ações de promoção da saúde, com ênfase na atenção básica, definindo como prioridades iniciais de atuação: alimentação saudável e atividade física/práticas corporais, reiterando as políticas ministeriais anteriores de atuar sobre os fatores de risco para as DCNT. A partir da promulgação dessa portaria, houve um aumento no apoio técnico e financeiro à estruturação da Rede Nacional de Promoção da Saúde. De 2005 a 2010, o MS repassou para as Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde mais de R\$ 170 milhões, destinados ao desenvolvimento de ações de promoção da saúde, incluindo as ações voltadas à saúde dos hipertensos (BRASIL, 2017)

Nesse sentido e compreendendo os desafios lançados para os serviços de saúde e ainda a necessidade de aprofundar as ferramentas de planejamento que facilitassem e estimulassem a construção de abordagens que consideravam o cuidado integral e atendiam as necessidades de saúde da população, o MS lançou, em 2006, o manual Diretrizes e recomendações para o cuidado integral de doenças crônicas não-transmissíveis: Promoção da saúde, vigilância, prevenção e assistência, o qual recomenda o fortalecimento da pro-

moção da saúde, da elaboração de estratégias de prevenção de agravos, da melhoria da capacidade de mobilização social para o autocuidado e da formulação de indicadores adequados à avaliação da efetividade das ações em saúde. Nesse manual, entre as doenças prioritárias, está a HAS e o enfoque nos seus fatores de risco.

Essas questões passam a integrar o acordo sanitário Pacto Pela Vida, o qual como forma de cuidado, busca favorecer a autonomia de sujeitos que já desenvolveram quadros de adoecimento. O ato de cuidar é entendido como ação sanitária de atenção integral aos usuários dos serviços de saúde, que pressupõe a criação de vínculos de corresponsabilidade entre o profissional de saúde e aquele que busca seu saber técnico específico para o alívio de um sofrer. Para a efetividade do cuidado aos doentes crônicos, é preciso uma ação pró-ativa dos sujeitos para a busca de comportamentos que considerem hábitos de vida saudáveis e levem ao controle da doença.

Outra importante iniciativa do governo federal foi o lançamento, em 2007, do Guia Metodológico de Avaliação e definição de Indicadores de DCNT e Rede Carmem. Esses projetos comprometeram-se com o desenvolvimento, implementação e avaliação de políticas que buscassem a redução simultânea de fatores de risco comuns a mais de uma das DCNT; mobilização social e intervenções de base comunitária; vigilância epidemiológica dos fatores de risco; e atividades preventivas que possam contribuir com a redução das desigualdades em saúde (OLIVEIRA et al., 2020).

Esse modelo, que mantém as mesmas propostas dos demais programas, visa o diagnóstico precoce e o controle das DCNT, pressupondo uma nova organização do processo de trabalho das equipes, destacando a atuação intersetorial como importante instrumento para as ações de promoção à saúde. A adoção das linhas de cuidado como organizadoras do trabalho, com a vinculação das equipes da ESF à população de sua área adscrita e o fortalecimento da atenção primária como ordenadora do sistema de saúde, sendo a responsável pelo acompanhamento dos sujeitos até a alta complexidade, faz com que o enfermeiro, além das atividades assistenciais e educativas, atue na gerência das equipes da ESF, direcionando sua prática para a intervenção na organização do processo de trabalho, gerando uma nova estratégia articulada com a equipe de saúde a fim de que cada sujeito possa desempenhar seu trabalho como agente de transformação .

O Estado brasileiro também tem atuado no desenvolvimento de estudos e pesquisas relacionados às condições de vida e saúde da população em geral e de grupos que apresentam fatores de risco para o desenvolvimento das DCNT, por meio do Departamento de Ciência e Tecnologia (DECIT), que realiza a Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL) e do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) que realiza, anualmente, a Pesquisa Nacional de Amostra Domiciliar (PNAD). Além disso, destaca-se a existência do Inquérito Nacional de Fatores de Risco para Doenças Crônicas e Violências, realizado pela Secretária de Vigilância em Saúde do MS e pelo Instituto Nacional de Câncer. Todos esses estudos são ações

de vigilância e monitoramento dos principais fatores de risco modificáveis e buscam levantar tendências e estimativas que possibilitem conhecer a distribuição e a magnitude das DCNT e seus agravos, sendo importantes parâmetros para a avaliação e gestão das políticas públicas (BRASIL, 2012c).

Desafios e tendências para o cuidado da HAS

Para Barreto et al. (2013), desde o fim da década de 1980, com a implementação do SUS e a tentativa de reorganização do modelo assistencial, o país já alcançou inúmeras conquistas em diversas áreas, com diferentes populações. No entanto, apesar de várias políticas públicas terem sido instauradas pelo Estado brasileiro, voltadas para a prevenção, diagnóstico, manejo e tratamento da HAS, ainda é difícil o controle dos fatores de risco, o diagnóstico precoce, a acessibilidade dos usuários ao serviço, a manutenção do tratamento e a diminuição dos agravos cardiovasculares e dos custos financeiros para o sistema público, uma vez que a doença possui particularidades que dificultam o diagnóstico e a manutenção da terapêutica.

O Brasil, além das dificuldades decorrentes de ser um país em desenvolvimento, possui uma dimensão continental, com diferenças significativas entre suas cinco regiões, o que constitui empecilho importante para a implementação de programas, políticas e estratégias abrangentes e eficazes para o cuidado às DCNT. Dessa forma, diversas estratégias são articuladas pelo MS e Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, porém com algumas divergências entre a solicitação da esfera federal e a sua aplicação nas equipes de ESF, ocasionando a não substancial efetividade dos programas e a sua consequente reformulação. (BARRETO et al., 2013)

Em 2013 o Ministério da saúde, publicou na série de cadernos de atenção básica, o seu exemplar de número 37, ESTRATÉGIAS PARA O CUIDADO DA PESSOA COM DOENÇA CRÔNICA HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA . Em 2011 através da PORTARIA N° 2.488, DE 21 DE OUTUBRO DE 2011 o ministério da saúde aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS); e em 2017 a PORTARIA N° 2.436, DE 21 DE SETEMBRO DE 2017 Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Logo, a atuação da Atenção Primária em Saúde (APS) torna-se imprescindível para o reconhecimento e o acompanhamento dos adultos hipertensos (BRASIL, 2017).

Ambulatório em Santa Maria: o contexto local

O Rio Grande do Sul tem um serviço específico nesta área, o Ambulatório de Especialidades em Hipertensão e Diabetes do Hospital Regional de Santa Maria, que recebe pacientes encaminhados de 94 equipes da ESF. O ambulatório é referência para os municípios de Agudo, Cacequi, Capão do Cipó, Dilermando de Aguiar, Dona Francisca, Faxinal

do Soturno, Formigueiro, Itaara, Itacurubi, Ivorá, Jari, Jaguari, Júlio de Castilhos, Mata, Nova Esperança do Sul, Nova Palma, Paraíso do Sul, Pinhal Grande, Quevedos, Restinga Seca, Santa Maria, Santiago, São Francisco de Assis, São João do Polêsine, São Martinho da Serra, São Pedro do Sul, São Sepé, São Vicente do Sul, Silveira Martins, Toropi, Unistalda e Vila Nova do Sul.

No segundo semestre de 2018, foram realizadas aproximadamente 10 mil consultas de pacientes hipertensos e diabéticos crônicos por equipes multiprofissionais formadas por enfermeiros, nutricionistas, assistentes sociais, farmacêuticos, fisioterapeutas, educadores físicos e médicos nas especialidades de cardiologia, endocrinologia, angiologia, nefrologia e oftalmologia. As equipes também contam com técnicos de enfermagem e auxiliares administrativos.

Pressão ideal

Conforme o Ministério da Saúde, a hipertensão arterial ou pressão alta é uma doença crônica caracterizada pelos níveis elevados da pressão sanguínea nas artérias. A pressão ideal é quando os valores das pressões máxima e mínima são, em média, 120/80 mmHg (ou 12 por 8). Quando os valores ultrapassam os 140/90 mmHg (ou 14 por 9), o coração precisa fazer um esforço maior do que o normal para que o sangue seja distribuído no corpo. A doença pode ser prevenida com hábitos saudáveis e alimentação adequada. Para isso, quando ocorre a primeira detecção de pressão alterada, deve-se aderir ao tratamento, que inclui a redução de sódio e a prática de exercícios físicos (BRASIL, 2020).

A relevância da Intervenção

Desta forma, identifica-se que a relevância da intervenção apresentada nesse projeto baseia-se na premissa de que a APS é a principal porta de entrada no SUS, configurando ações de saúde individuais e coletivas que englobam intervenções de prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos e manutenção da saúde com as comunidades e em seu contexto social.

No âmbito da atenção à HAS, a Estratégia de Saúde da Família (ESF) pode aumentar o uso de consultas médicas, promover o tratamento e a manutenção de níveis pressóricos controlados, conforme as características do paciente, e auxiliar na redução do risco de doenças cardiovasculares. Assim, pode diminuir internações, melhorar a qualidade de vida e o bem-estar desses indivíduos. Sendo assim, acredita-se que este projeto pode evidenciar a característica da atenção dos indivíduos na ESF Rural que padecem dessa enfermidade e a importância na busca dos dados que causam impacto na qualidade da atenção e no cuidado.

4 Metodologia

Com a intenção de construir estratégias para minimizar a situação de adoecimento por hipertensão arterial dos pacientes em acompanhamento, este trabalho terá como público-alvo os usuários, maiores de 18 anos, que possuem cadastro na comunidade da ESF Rural. Será realizado uma pesquisa por meio de um questionário para identificar a prevalência de hipertensos autorreferidos ou com Pressão Arterial maior ou igual a 140X90mmHg. Da mesma forma, identificar a porcentagem de pessoas maiores de 18 anos com valores altos de Pressão Arterial ou autorreferidos hipertensos. A aplicação do questionário ocorrerá a cada acolhimento realizado na unidade ou durante visitas domiciliares. Os responsáveis pela sua aplicação serão as recepcionistas da unidade, equipe de enfermagem e agentes comunitários de saúde.

Neste sentido, serão realizadas orientações profissionais específicas como: alimentar-se de forma saudável, evitar o consumo excessivo de álcool e café, evitar atividades estressantes, não fumar ou, pelo menos, tentar reduzir a quantidade de cigarros fumados por dia, não usar nenhum medicamento sem antes consultar seu médico, dentre outras ações baseadas na promoção da qualidade de vida.

Assim como, praticar atividade física regularmente: no mínimo, 30 minutos, 3x/semana. Uma boa forma iniciar é com caminhadas. Convidar outras pessoas para acompanhá-lo e mudar o local da atividade pode torná-la mais prazerosa.

Tomar os medicamentos prescritos diariamente, mesmo na ausência de sintomas, e não usar nenhum remédio sem antes consultar seu médico. Estas orientações serão realizadas sempre que o paciente estiver em contato com algum profissional da equipe de enfermagem, agentes comunitários de saúde ou médicos, principalmente durante a triagem para atendimento na unidade ou visitas domiciliares.

Visando minimizar os riscos de complicações nos portadores de hipertensão arterial, serão realizada plano de abordagem individualizado, com orientações para mudança no estilo de vida, consulta médica e de enfermagem, exames laboratoriais para o cálculo do risco cardiovascular e se necessário, implementar medidas farmacológicas.

Da mesma forma, com o objetivo de promover as ações de educação em saúde, serão implementas rodas de conversas, com profissionais da enfermagem, médicos, grupos, atividades com outros profissionais incluindo o NASF (Núcleo de apoio à saúde da família), educadores físicos, nutrição, psicologia para melhorar qualidade de vida e divulgar ações e orientações para essa doença que merece atenção.

O local de implementação do projeto será a unidade ESF Rural de Restinga Sêca, ao longo de seis meses, no entanto, considerando a atual conjuntura mundial frente à pandemia de COVID-19, as atividades previstas neste projeto serão implementadas assim que houver cenário e condições seguras para a população.

5 Resultados Esperados

Espera-se que os resultados desse projeto de intervenção possibilitem o aumento do diagnóstico de hipertensão arterial entre os usuários da unidade de saúde, a fim de evitar as complicações evitáveis decorrentes desse agravo.

Neste sentido, torna-se relevante neste estudo a identificação da prevalência de hipertensos autorreferidos ou com pressão arterial maior ou igual a 140X90mmHg. Da mesma forma, espera-se elaborar orientações para propostas de intervenção, ações para minimizar riscos e evitar complicações, promovendo assim, ações de educação em saúde.

Assim, com o objetivo de construir estratégias para minimizar a situação de adoecimento por hipertensão arterial, a identificação da prevalência de hipertensos no território da ESF torna-se crucial para a melhoria do atendimento e da abordagem diante da demanda da população. Espera-se contribuir com informações necessárias para qualificar a gestão do trabalho, por meio da contratação de ACS e outros profissionais, promovendo assim, a cobertura de todas as micro áreas do território e colaborando para a qualificação da gestão em saúde.

Referências

- BARRETO, M. da S. et al. A trajetória das políticas públicas de saúde para hipertensão arterial sistêmica no Brasil. *Rev. APS*, p. 460–468, 2013. Citado 3 vezes nas páginas 14, 15 e 19.
- BRASIL. Portaria nº 2.436. Ministério da Saúde do Brasil - Diário Oficial da União, Brasília -DF, n. 1, 2017. Citado 2 vezes nas páginas 17 e 19.
- BRASIL, M. da Saúde do. *Sistemas de Informações Demográficas e Socioeconômicas*. 2012. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=02>>. Acesso em: 25 Mai. 2020. Citado na página 9.
- BRASIL, M. da Saúde do. *Sistemas de Informações Epidemiológicas e Morbidade*. 2012. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0203>>. Acesso em: 25 Mai. 2020. Citado na página 9.
- BRASIL, M. da Saúde do. *VIGITEL BRASIL 2011: Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico*. Brasília - DF: Ministério da Saúde, 2012. Citado 2 vezes nas páginas 13 e 19.
- BRASIL, M. da Saúde do. *Cadernos de Atenção Básica*. Brasília - DF: Ministério da Saúde, 2014. Citado 2 vezes nas páginas 13 e 16.
- BRASIL, M. da Saúde do. *Hipertensão (pressão alta): o que é, causas, sintomas, diagnóstico, tratamento e prevenção*. 2020. Disponível em: <<https://www.saude.gov.br/saude-de-a-z/hipertensao>>. Acesso em: 18 Jun. 2020. Citado 3 vezes nas páginas 13, 17 e 20.
- OLIVEIRA, B. L. C. A. de et al. A influência da estratégia saúde da família no uso de serviços de saúde por adultos hipertensos no Brasil. *REV BRAS EPIDEMIOL*, p. 1–14, 2020. Citado 3 vezes nas páginas 14, 15 e 18.
- SBC, A. B. de C. *7ª DIRETRIZ BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO ARTERIAL*. Rio de Janeiro: Arquivos Brasileiros de Cardiologia, 2016. Citado na página 13.