

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

THIAGO SCHEEREN DE SOUZA

A IMPORTÂNCIA DA TERRITORIALIZAÇÃO E PROJETO DE INTERVENÇÃO NO
TRATAMENTO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA: ABORDAGEM
FARMACOLÓGICA E NÃO FARMACOLÓGICA NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA
FAMÍLIA EM APUCARA-PR

APUCARANA/PR

2019

THIAGO SCHEEREN DE SOUZA

A IMPORTÂNCIA DA TERRITORIALIZAÇÃO E PROJETO DE INTERVENÇÃO NO
TRATAMENTO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA: ABORDAGEM
FARMACOLÓGICA E NÃO FARMACOLÓGICA NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA
FAMÍLIA EM APUCARA-PR

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao curso de Especialização em Atenção Básica, Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, como requisito parcial à obtenção do título de Especialista.

Orientador: Prof. Dr. Mauricio Larocca

APUCARANA/PR

2019

RESUMO

O presente estudo trata da importância da territorialização e da abordagem integral no cuidado do paciente hipertenso. Foi realizado na UBS Antônio Carlos Eisfield Sacchelli, situada em Apucarana-PR, durante o Curso de Especialização em Atenção Básica da UFPR financiada pelo UNA-SUS. Teve como objetivo principal a elaboração de uma estratégia para o problema da falta de territorialização, fundamental para o estabelecimento de qualquer política em saúde pública. Outro objetivo foi a criação de um projeto para o correto diagnóstico, tratamento e acompanhamento dos pacientes hipertensos da região. Os objetivos dividiram-se em dois focos, isto é, a territorialização, que foi elaborada em uma parte do território para servir como modelo a ser implementado em toda área e o recadastramento e determinação da prevalência dos pacientes hipertensos. Para a elaboração dessas intervenções foram revisadas, principalmente, a 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial Sistêmica e o Caderno 37 de Hipertensão Arterial Sistêmica do Ministério da Saúde. Os resultados encontrados a partir da territorialização foram 148 pacientes hipertensos em uma área de 529 habitantes demonstrando uma prevalência de 28%. Com esses dados pode-se desenvolver um projeto de intervenção objetivando o restabelecimento do vínculo, a avaliação inicial e a formação de grupos de atividades junto aos profissionais do NASF. Esse plano buscou o atendimento integral do paciente com hipertensão arterial sistêmica através da promoção através da promoção do autoconhecimento dos usuários sobre a doença e do seu tratamento.

Palavras-chave: Hipertensão Arterial Sistêmica 1. Atenção Básica 2. Territorialização
3. Projeto intervenção 4. Tratamento 5. Acompanhamento

ABSTRACT

The present study deals with the importance of territorialization and integral approach in the care of hypertensive patients. It was held at UBS Antônio Carlos Eisfield Sacchelli, located in Apucarana-PR, during the Specialization Course in Basic Care of UFPR financed by UNA-SUS. Its main objective was the elaboration of a strategy for the problem of the lack of territorialization, fundamental for the establishment of any public health policy. Another objective was the creation of a project for the correct diagnosis, treatment and follow-up of hypertensive patients in the region. The objectives were divided into two focuses, that is, territorialization, which was elaborated in a part of the territory to serve as a model to be implemented in all areas and the reassessment and determination of the prevalence of hypertensive patients. The 7th Brazilian Guidelines for Systemic Arterial Hypertension and the Systemic Arterial Hypertension Booklet 37 of the Ministry of Health were reviewed for the elaboration of these interventions. The results found from the territorialization were 148 hypertensive patients in an area of 529 inhabitants demonstrating a prevalence of 28%. With these data an intervention project can be developed aiming at reestablishing the bond, the initial evaluation and the formation of groups of activities together with NASF professionals. This plan sought the integral care of the patient with systemic arterial hypertension through the promotion through the promotion of the users' self-knowledge about the disease and its treatment.

Keywords: Systemic Arterial Hypertension 1. Primary Care 2. Territorialization 3. Project intervention 4. Treatment 5. Follow-up

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	16
1.1	OBJETIVO	17
2	MÉTODO.....	18
3	REVISÃO DE LITERATURA	19
4	RESULTADOS/DISCUSSÃO	27
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	33
	REFERÊNCIAS.....	34

1 INTRODUÇÃO

A Unidade Básica de Saúde (UBS) Antônio Carlos Eisfield Sacchelli, situada no Jardim Colonial da cidade de Apucarana, é composta por uma equipe contendo dois médicos, um enfermeiro, três técnicos de enfermagem, nove agentes comunitários de saúde (ACS), um dentista e um auxiliar de dentista. Atende uma população de baixa a média renda, composta por famílias em sua maioria de baixa escolaridade apesar da presença de escolas municipais na região. O bairro tem quase todas as ruas asfaltadas porém uma condição de saneamento longe do ideal.

Devido a um número excessivo de habitantes vinculados a UBS observa-se uma alta procura pelos serviços de saúde na unidade. Segundo estimativas baseadas no número de prontuários físicos existentes na Unidade mais de treze mil habitantes são atendidos por ela.

Os principais motivos de atendimento médico são a hipertensão arterial sistêmica (HAS), o diabetes melitos (DM), a renovação de prescrições médicas e avaliações clínicas para realizar exames laboratoriais de rotina. Observa-se que a maioria dos pacientes hipertensos e diabéticos estão com a pressão arterial e a glicemia sem controles adequados.

A HAS e o DM são as principais patologias relacionadas a complicações cardiovasculares. Atualmente, as doenças cardiovasculares são as principais causas de óbito no país, além de ocasionarem um elevado número de internações hospitalares.

O rápido aumento da área territorial coberta pela unidade não foi acompanhado da mesma agilidade para a realização do cadastramento dos habitantes, tornando os dados populacionais imprecisos. Desse modo, começamos a atualização dos cadastros iniciando-se por uma pequena área, casa a casa, para se ter uma amostra da população vinculada a UBS e ao mesmo tempo o real diagnóstico da comunidade.

Através dessa territorialização será definida a prevalência de HAS nessa amostra o que irá tornar possível a implementação de medidas mais eficazes para o diagnóstico e a orientação terapêutica desta patologia na área abrangida pela unidade de saúde.

1.1 OBJETIVOS

O objetivo principal desse trabalho é a demonstração da importância do correto cadastramento dos pacientes atendidos pela unidade de saúde. Estes dados, uma vez coletados corretamente, vão permitir a implementação de medidas para o correto diagnóstico e tratamento de várias doenças que acometem esta população.

Como objetivo específico será realizado um projeto para implementação de um programa para o diagnóstico, tratamento e acompanhamento dos pacientes com HAS.

2 MÉTODO

A metodologia de pesquisa utilizada no presente estudo foi a pesquisa de campo para a produção do referido material. Partindo da territorialização foram realizadas visitas domiciliares em uma parte do território abrangido pela UBS para a devida atualização cadastral. Foi elaborado um questionário composto por nome, sexo, data de nascimento, se portador de hipertensão e ou de diabetes, tabagismo e se realizou mamografia e ou citopatológico de colo uterino pelas mulheres. Estes dados serviram de base para a estimativa da prevalência de pacientes hipertensos no respectivo território.

Como referências bibliográficas foram utilizadas a 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial Sistêmica e o Caderno de Hipertensão Arterial Sistêmica elaborado pelo Ministério da Saúde, além de outras fontes sobre o tema.

A interpretação da realidade, associada as evidências da literatura médica, forneceu substrato para criação de um plano de intervenção visando a integralidade do cuidado aos pacientes hipertensos do território.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 TERRITORIALIZAÇÃO

A Territorialização na Atenção Básica ultrapassa a simples elaboração dos limites geográficos de uma área. Esta procura associar dados epidemiológicos, demográficos e socioeconômicos para caracterizar uma população e a partir disso identificar e priorizar problemas, riscos ou vulnerabilidades vinculados a população adscrita a unidade.

Segundo a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), atualizada em setembro de 2017, o processo de territorialização é uma atribuição comum a todos os profissionais da UBS, sendo parte fundamental da elaboração do planejamento local (PORTARIA Nº 2436).

3.2 HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA

3.2.1 Conceituação

A Sociedade Brasileira de Cardiologia, na sua última diretriz de HAS, define a Hipertensão Arterial como níveis pressóricos elevados e mantidos acima ou igual a 140 e/ou 90 mmHg (SOCIEDADE BRASILEIRA CARDIOLOGIA, 2016).

3.2.2 Epidemiologia

Dados brasileiros revelam uma prevalência aproximada de 32,5%, próxima de 36 milhões de indivíduos (SOCIEDADE BRASILEIRA CARDIOLOGIA, 2016).

A importância do correto diagnóstico e tratamento da HAS decorre dessa patologia ter participação direta nos óbitos relacionados às doenças cardiovasculares. Estimativas encontradas no site do Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção de Saúde (DANTPS) apontam a doença isquêmica do coração e as doenças cerebrovasculares como as principais causas de morte no Brasil, perfazendo um total de 80% e 56,6% no ano de 2017, respectivamente (DANTPS, 2017).

3.2.3 Fatores de Risco

Entre os fatores de risco associados à HAS pode-se destacar o envelhecimento, o sexo feminino, a raça negra, o excesso de peso, a ingestão excessiva de sódio e álcool, o sedentarismo, fatores socioeconômicos e a genética (SOCIEDADE BRASILEIRA CARDIOLOGIA, 2016).

3.2.4 Decisão e Metas terapêuticas

O passo inicial na abordagem do paciente com HAS segundo a Sociedade Brasileira de Cardiologia é a estratificação de risco do paciente. A Tabela 1 demonstra a estratificação de risco levando em consideração os fatores de risco adicionais e os níveis de pressão arterial.

TABELA 1 – ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO DO PACIENTE HIPERTENSO DE ACORDO COM OS FATORES DE RISCO ADICIONAIS, PRESENÇA DE LESÃO EM ÓRGÃO-ALVO E DE DOENÇA CARDIOVASCULAR OU RENAL.

	HAS Estágio 1 PAS 140-159 ou PAD 90-00mmHg	HAS Estágio 2 PAS 160-179 ou PAD 100- 109mmHg	HAS Estágio 3 PAS > 180 ou PAD > 110mmHg
Sem fator de risco	Risco Baixo	Risco Moderado	Risco Alto
1-2 fatores de risco	Risco Moderado	Risco Alto	Risco Alto
≥3 fatores de risco	Risco Alto	Risco Alto	Risco Alto
Presença de LOA, DCV, DRC ou DM	Risco Alto	Risco Alto	Risco Alto

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

FONTE: 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial Sistêmica (Sociedade Brasileira de Cardiologia, 2016)

As Tabelas 2, 3 e 4 referem-se aos parâmetros de definição dos fatores de risco, da lesão de órgão-alvo, da doença cardiovascular e da renal, respectivamente, todos presentes na 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial Sistêmica.

TABELA 2 – FATORES DE RISCO CARDIOVASCULAR NA AVALIAÇÃO DO RISCO ADICIONAL NO HIPERTENSO.

Fatores de risco cardiovascular
- Sexo masculino
- Idade - Homens \geq 55 anos - Mulheres $>$ 65 anos
- História de DCV prematura em parentes de 1^o grau - Homens $<$ 55 anos - Mulheres $<$ 65 anos
- Tabagismo
- Dislipidemia - Colesterol total $>$ 190 mg/dl e/ou - LDL colesterol $>$ 115 mg/dl e/ou - HDL colesterol $<$ 40 mg/dl nos homens ou $<$ 46 mg/dl nas mulheres e/ou - Triglicérides $>$ 150 mg/dl
- Resistência à insulina - Glicemia plasmática em jejum: 100-125 mg/dl - Teste oral de tolerância à glicose: 140-199 mg/dl em 2 horas - Hemoglobina glicada: 5,7 – 6,4%
- Obesidade - IMC \geq 30 kg/m ² - CA \geq 102 cm nos homens ou \geq 88 cm nas mulheres

DCV: doença cardiovascular; LDL: lipoproteína de baixa densidade; HDL: lipoproteína de alta densidade; IMC: índice de massa corporal; CA: circunferência abdominal.

FONTE: 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial Sistêmica (Sociedade Brasileira de Cardiologia, 2016)

TABELA 3 – DEFINIÇÃO DE LESÃO DE ÓRGÃO-ALVO NA AVALIAÇÃO DO RISCO ADICIONAL.

Lesão de órgão-alvo
- Hipertrofia ventricular esquerda
- Doença renal crônica estágio 3 (RFG-e 30-60 mL/min/1,73m²)
- Albumina entre 30 e 300mg/24h ou relação albumina-creatina urinária 30 a 300mg/g

FONTE: 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial Sistêmica (Sociedade Brasileira de Cardiologia, 2016).

TABELA 4 – DEFINIÇÃO DE DOENÇA CARDIOVASCULAR E RENAL ESTABELECIDA NA AVALIAÇÃO DO RISCO ADICIONAL.

Doença cardiovascular e renal estabelecida
- Doença cerebrovascular - AVE - Hemorragia cerebral - Ataque isquêmico transitório
- Doença da artéria coronária - Angina estável ou instável - Infarto do miocárdio

Doença cardiovascular e renal estabelecida

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"> - Revascularização do miocárdio: percutânea (angioplastia) ou cirúrgica - Insuficiência cardíaca com fração de ejeção reduzida ou preservada - Doença arterial periférica sintomática dos membros inferiores - Doença renal crônica estágio 4 (RFG-e < 30 mL/min/1,73m²) ou albuminúria > 300 mg/24h - Retinopatia avançada: hemorragias, exsudatos, papiledema |
|--|

FONTE: 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial Sistêmica (Sociedade Brasileira de Cardiologia, 2016).

O segundo passo é definir a estratégia terapêutica, que segundo a Diretriz atual é baseada em dois grupos. O primeiro por pacientes hipertensos estágio 1 de risco baixo e moderado. Neste grupo deve-se iniciar o tratamento com a terapia não farmacológica por 6 e 3 meses respectivamente. Nos casos em que não ocorra uma correta aderência à terapia não farmacológica ou o não controle adequado dos níveis pressóricos deve-se iniciar a terapia farmacológica. O segundo grupo compreende os pacientes hipertensos estágios 2 e 3 e/ou de alto risco onde a terapia farmacológica deve ser iniciada imediatamente em conjunto a terapia não farmacológica.

A definição das metas pressóricas a serem atingidas após o início da terapia estão resumidas na tabela 5.

TABELA 5 – METAS PRESSÓRICAS A SEREM ATINGIDAS.

Categoria	Meta recomendada
Hipertensos estágios 1 e 2, com risco CV baixo e moderado e HA estágio 3	< 140/90 mmHg
Hipertensos estágio 1 e 2 com risco CV alto	< 130/80 mmHg*

CV: cardiovascular; HA: hipertensão arterial. *Para pacientes com doenças coronarianas, a PA não deve ficar < 120/70 mmHg, particularmente com a diastólica abaixo de 60 mmHg pelo risco de hipoperfusão coronariana, lesão miocárdica e eventos cardiovasculares.

FONTE: 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial Sistêmica (Sociedade Brasileira de Cardiologia, 2016).

3.2.4 Tratamento não medicamentoso

O tratamento não medicamentoso compreende o controle do peso, a adoção de uma alimentação saudável, parada do tabagismo e a prática regular da atividade física.

Com relação ao controle do peso os objetivos são manter o IMC entre 19 – 24,9 kg/m², circunferência abdominal menor que 102 cm para os homens e 88 cm para as mulheres. Estudos com pacientes hipertensos e obesos em terapia farmacológica otimizada mostraram uma redução média de 20 a 30% na PAS/PAD para cada 5% de perda ponderal. (SOCIEDADE BRASILEIRA CARDIOLOGIA, 2016).

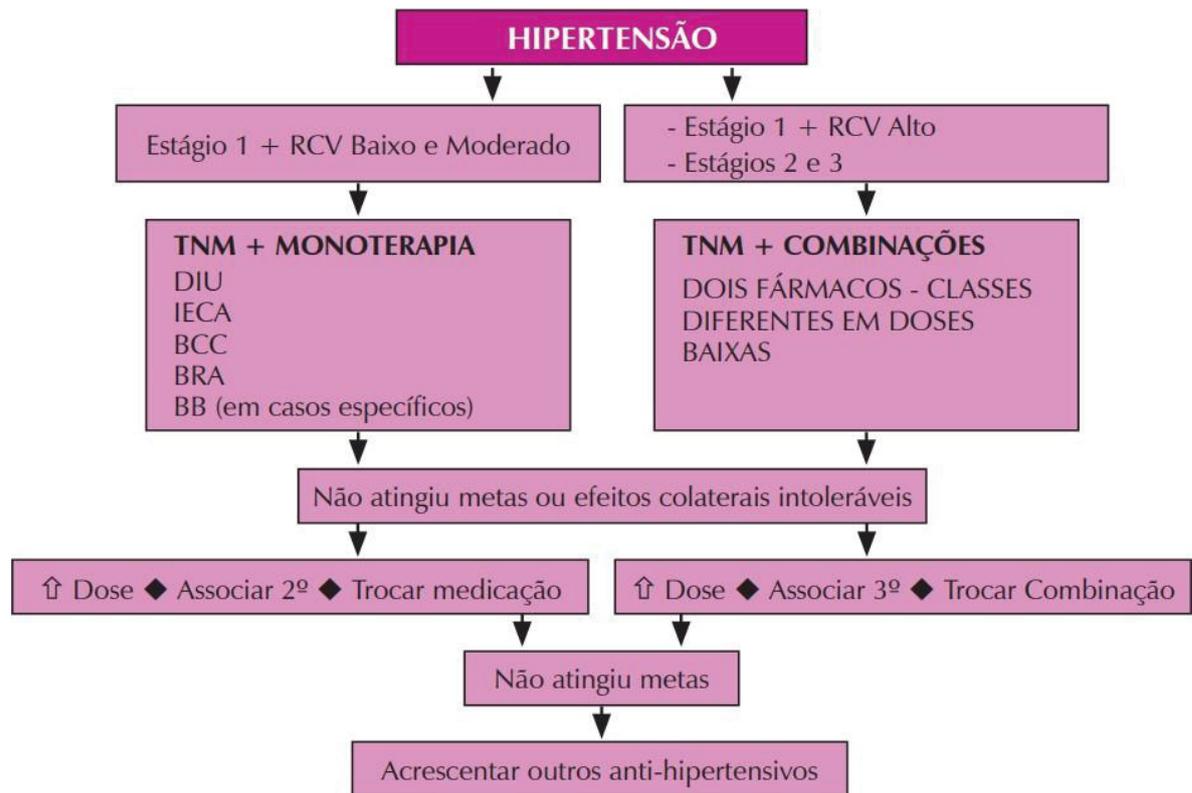
Em relação à alimentação saudável foi demonstrado os benefícios da dieta DASH (Dietary Approaches to Stop Hypertension). Esta dieta é composta basicamente por alimentos com pouca gordura saturada como carnes magras, peixe e frango, frutas, laticínios, oleaginosas, grãos, sementes e por alimentos integrais como pães, cereais e massas e pela redução do consumo de sal, doces e bebidas com açúcar. Segundo a diretriz nacional, a adoção da dieta DASH reduz de 6,7/3,5 mmHg a PAS e a PAD respectivamente. Estudo feito pela American Heart Association em 2013 demonstrou a redução dos níveis pressóricos com a redução da ingestão de sódio diário. (SOCIEDADE BRASILEIRA CARDIOLOGIA, 2016).

Com relação a prática regular da atividade física o treinamento de maior benefício associa-se atividade aeróbica. Esse grupo envolve as modalidades de andar, de correr, de dançar, de nadar, entre outras. As atividades aeróbicas devem ser realizadas pelo menos três vezes por semana com duração de trinta minutos, idealmente cinco vezes com duração entre quarenta e cinquenta minutos. (SOCIEDADE BRASILEIRA CARDIOLOGIA, 2016).

4.2.6 Tratamento medicamentoso

A terapia medicamentosa deve ser individualizada de acordo com a necessidade e situações específicas resumidas na figura 1, retirada da 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial Sistêmica.

FIGURA 1 – FLUXOGRAMA PARA O TRATAMENTO DA HAS.

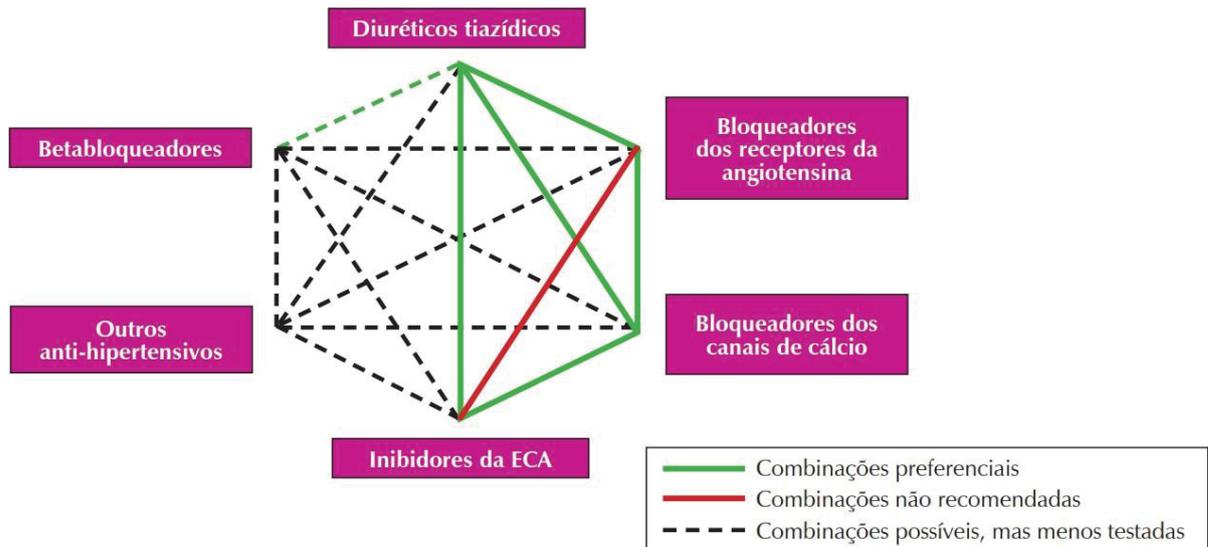


RCV: risco cardiovascular; TNM: tratamento não medicamentoso; DIU: diuréticos; IECA: inibidores da enzima de conversão da angiotensina; BCC: bloqueador dos canais de cálcio; BRA: bloqueador do receptor de angiotensina; BB: betabloqueadores.

Fonte: *Pocket Book Light*, 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial Sistêmica (Sociedade Brasileira de Cardiologia, 2016).

Entre as combinações de fármacos é importante destacar que a associação de IECA e BRA não é recomendada por não evidenciar benefícios na redução do risco cardiovascular e pelo aumento dos efeitos adversos. Em resumo a figura 2 estabelece as associações preferenciais com evidência científica para diminuição do risco cardiovascular e para controle dos níveis pressóricos

FIGURA 2 – ESQUEMA PREFERENCIAL DE ASSOCIAÇÕES MEDICAMENTOSAS.



RCV: risco cardiovascular; TNM: tratamento não medicamentoso; DIU: diuréticos; IECA: inibidores da enzima de conversão da angiotensina; BCC: bloqueador dos canais de cálcio; BRA: bloqueador do receptor de angiotensina; BB: betabloqueadores.

Fonte: *Pocket Book Light*, 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial Sistêmica (Sociedade Brasileira de Cardiologia, 2016).

3.2.6 Acompanhamento

Entre as O Caderno da Atenção Básica número 37 sugere o acompanhamento terapêutico da HAS baseado em aferições semanais da PA realizada em sala de enfermagem, registrando a data, o horário e o resultado em prontuário ou ficha de controle fornecida ao paciente.

A consulta médica não deve ultrapassar trinta dias, porém se não ocorrer a redução dos valores da pressão arterial após a segunda semana essa consulta pode ser antecipada. (CADERNO N0 37 ATENÇÃO BÁSICA, 2013)

Em casos de baixa resposta terapêutica, qualquer membro da equipe pode certificar-se quanto a correta administração da medicação, bem como orientar o paciente sobre número de tomadas/dia, horários e doses. Se necessário poderá agendar uma reavaliação precoce com o enfermeiro e/ou médico. (CADERNO N0 37 ATENÇÃO BÁSICA, 2013)

Após quatro semanas de tratamento a consulta médica deve ser programada para avaliação das metas terapêuticas. Os pacientes com índices pressóricos divergentes às metas devem ser avaliados quanto ao uso incorreto da

medicação, consumo excessivo de sódio, efeitos colaterais das drogas, uso concomitante de anti-inflamatórios não esteroidais, vasoconstritores tópicos nasais, tabaco, inibidores de apetite, álcool, dor crônica ou condições secundárias de HAS (CHOBANIAN et al., 2004). Nesses casos o procedimento segue o fluxograma exposto na Figura 1.

Após a adequação dos níveis pressóricos recomenda-se que as consultas de seguimento devam ser intercaladas entre um médico e um enfermeiro, sendo a periodicidade baseada no escore de Framingham. Este escore avalia o risco de eventos cardiovasculares nos próximos dez anos. A tabela 6 resume as periodicidades com base nesse escore de fármacos é importante destacar que a associação de IECA e BRA não é recomendada

TABELA 4 – DEFINIÇÃO DE DOENÇA CARDIOVASCULAR E RENAL ESTABELECIDA NA AVALIAÇÃO DO RISCO ADICIONAL.

Categoria	Risco de evento cardiovascular em 10 anos	Consulta médica	Consulta de enfermagem
Baixo	< 10 %	Anual	Anual
Moderado	10 – 20 %	Semestral	Semestral
Alto	20 %	Quadrimestral	Quadrimestral

FONTE: Caderno nº 37 da Atenção Básica, 2013.

Outros profissionais da ESF e da RAS podem ser solicitados para o acompanhamento do paciente, destacando nutricionista, educador físico, assistente social, psicólogo, cardiologista, nefrologista e oftalmologista, sendo individualizados conforme necessidade passo

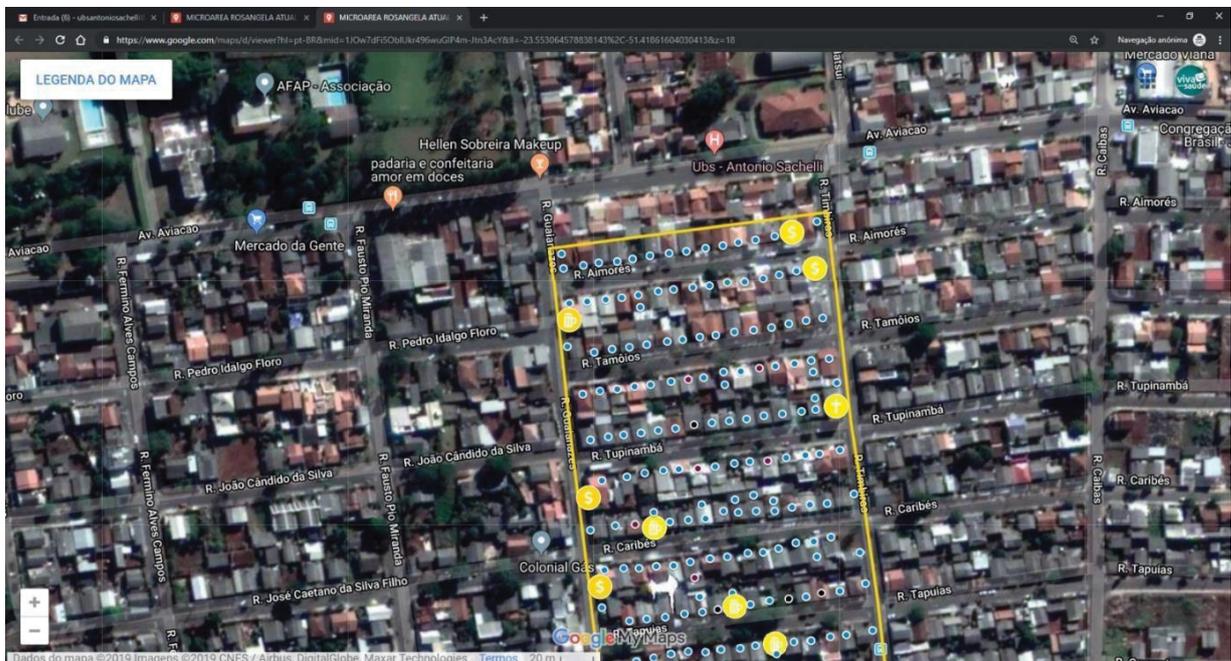
4 RESULTADOS/DISCUSSÃO

4.1 TERRITORIALIZAÇÃO

O primeiro problema identificado pela equipe foi a desatualização dos cadastros dos usuários no território abrangido pela Unidade de Saúde, o qual impede dimensionar a prevalências das principais condições patológicas presentes. Sem esses dados é mais difícil estabelecer as prioridades e estratégias de ação em saúde.

Procedeu-se então o recadastramento dos habitantes de uma parte do território por meio de visitas domiciliares, sendo realizada uma breve entrevista conforme descrito na metodologia desse estudo. Em seguida foi criado na plataforma digital do Google, denominada MyMaps, um mapa digital do território, para criar e modernizar um modelo com maior facilidade de edição e acesso. A Figura 1 demonstra o modelo do mapa criado.

FIGURA 1 – MODELO DE MAPA DIGITAL.



FONTE: Arquivo pessoal do autor, 2019.

Foram cadastrados nesse novo modelo de registro 529 habitantes, residentes em 214 casas, dos quais 148 são hipertensos. Não foi possível o registro de 12 residências, pois os moradores não foram encontrados. A partir dessa análise

foram avaliados os registros de consultas médicas nos últimos seis meses. Foram encontrados 85 pacientes sem registro, 32 pacientes com registros de PA dentro da meta e 31 pacientes com PA fora da meta. Os dados encontrados foram resumidos na Tabela 1.

TABELA 1 – PREVALÊNCIA DE PACIENTES HIPERTENSOS.

Categoria	Nº pacientes hipertensos (%)
Prevalência de HAS total na área	148 (28,0%)
Sexo Masculino	65(44,0%)
Sexo Feminino	84 (56,0%)
Adulto	71(48,0%)
Idoso	77 (52,0%)

HAS: Hipertensão arterial sistêmica.

FONTE: Arquivo pessoal do autor, 2019.

Foi observado ainda número elevado de pacientes sem registros de atendimento. Dos pacientes com o diagnóstico de hipertensão arterial nesse território, 57% não possuíam o registro da PA no prontuário online, demonstrando a falta de seguimento de uma população de alta vulnerabilidade, a qual necessidade de uma abordagem com maior ênfase para evitar complicações associadas a HAS.

Os dados encontrados se aproximam aos descritos na diretriz brasileira, ou seja, a prevalência estimada na área foi de 28,0% sendo descrito na literatura um valor médio de 32,5%. Outro fato importante, destacado na 7ª diretriz brasileira de hipertensão arterial, associa o fato dos índices de prevalência relacionada à idade e ao sexo podem variar de acordo com o estudo e a região brasileira avaliada.

4.2 PLANO DE INTERVENÇÃO

Foi priorizado pela equipe um planejamento de intervenção no sentido de melhorar o atendimento, diagnóstico e seguimento dos pacientes hipertensos desse território para servir de modelo para posteriormente ser expandido a todo território. Priorizaram-se três aspectos fundamentais: o restabelecimento do vínculo com os

usuários, a consulta de enfermagem e médica para avaliação inicial e adequação terapêutica e por fim o estabelecimento de atividades em grupo.

O restabelecimento do vínculo priorizará os usuários sem registro nos últimos seis meses, seguido dos usuários com índices pressóricos fora do alvo e por último os pacientes com valores de PA dentro das metas estabelecidas, respeitando o princípio da equidade. O primeiro passo do acolhimento será o agendamento da consulta, verificando com o paciente a disponibilidade de horário. sendo disponibilizado os três períodos do dia, inclusive o noturno para os pacientes que possuem atividade laboral durante o período diurno.

A consulta de enfermagem e médica terá como objetivo avaliar os índices pressóricos, medicamentos em uso, peso, altura, índice de massa corpórea e permitirá que sejam realizadas orientações orais e escritas sobre a importância da prática de atividades físicas regulares e DA dieta – esses últimos resumidos na figura 3.

FIGURA 3 – ORIENTAÇÕES SOBRE MUDANÇAS DO ESTILO DE VIDA ENTREGUE AOS PACIENTES.

- | |
|--|
| <p>MUDANÇAS ESTILO DE VIDA</p> <ul style="list-style-type: none"> - REALIZAR CAMINHADA, NO MÍNIMO 30 MINUTOS POR DIA, DE SEGUNDA A SEXTA; - INGERIR SALADA (principalmente folhas) ANTES DO ALMOÇO E DO JANTAR; - INGERIR FRUTAS NO MEIO DA MANHA E NO MEIO DA TARDE; - CONSUMIR OLEAGINOSAS (CASTANHAS), SEMENTES E GRÃOS, PELO MENOS UMA VEZ AO DIA, DE SEGUNDA A SEXTA; - NÃO INGERIR FRITURAS, PREFERIR ASSADOS, GRELHADOS OU COZIDOS; - DAR PREFERENCIA PARA CARNES MAGRAS, PEIXE OU FRANGO, SEM A PELE, E QUANDO CONSUMIR CARNES COM MAIS GORDURA, REMOVER O EXCESSO DE GORDURA E CONSUMIR APENAS A CARNE; - NÃO INGERIR DOCES OU REFRIGERANTES; - REDUZIR O CONSUMO DE CARBOIDRATOS (alimentos produzidos com farinha de trigo como pão, bolo, bolacha, macarrão, batata, mandioca, arroz etc); - REDUZIR A INGESTÃO DE SAL (não levar saleiro à mesa) E NÃO ADICIONAR SAL AOS ALIMENTOS; EVITAR TAMBEM MOLHOS E CALDOS PRONTOS, ALÉM DE PRODUTOS INDUSTRIALIZADOS; - BEBER PELO MENOS 2 LITROS DE ÁGUA POR DIA. |
|--|

FONTE: Arquivo pessoal do autor, 2019.

Após a avaliação inicial os pacientes serão acompanhados de acordo com as metas pressóricas. Aqueles que atingirem o alvo proposto serão estratificados pelo escore de Framingham e sua consulta de retorno com o médico e o enfermeiro respeitará a categoria de risco, isto é, baixo risco terá acompanhamento anual, risco moderado semestral e alto risco a cada quatro meses. Os pacientes com índices pressóricos divergentes as metas serão submetidos a um controle pressórico semanal e a consulta médica para reavaliação desse controle não deverá ultrapassar os 30 dias. A partir da adequação da PA seu seguimento será de acordo com a estratificação de risco do escore de Framingham. Caso contrário, alterações farmacológicas serão propostas, assim como MEV, a fim de atingir o controle da PA conforme as metas estabelecidas pela Sociedade Brasileira de Cardiologia. Vale ressaltar o acompanhamento domiciliar sendo responsabilidade do Agente Comunitário de Saúde (ACS), esse verificará a adesão tanto a terapia farmacológica, quanto não farmacológica, e caso seja necessário deverá orientar o paciente e alertar a equipe para possíveis inadequações terapêuticas.

As atividades em grupo com o objetivo de melhorar a adesão e os resultados às mudanças do estilo de vida serão discutidas com a equipe da unidade e com os residentes do NASF - equipe participante do programa de residência multidisciplinar em Atenção Básica e composta por odontologista, psicóloga, fisioterapeuta, educador físico, nutricionista e enfermeiro. Essas atividades serão realizadas semanalmente e terá a participação dos pacientes avaliados nas consultas de enfermagem e médicas da semana anterior. Serão disponibilizados horários especiais no período matutino, vespertino e no período noturno para aos trabalhadores com indisponibilidade de tempo para comparecerem as reuniões. Essas atividades estão resumidas e separadas de acordo com as equipes de profissionais na tabela 2.

TABELA 2 – ATIVIDADES EM GRUPO.

Horários das atividades	Objetivo	Estratégia	Duração e participantes	Recursos utilizados
Matutino ou vespertino e Noturno	Entendimento da doença	Roda de conversa conduzida pela psicóloga	Pacientes hipertensos	- Roda de Conversa - Textos
Matutino ou vespertino	Atividade física	Grupo de caminhada	Pacientes hipertensos	- Realização de alongamentos

e Noturno		conduzida pelo educador físico e fisioterapeuta		e caminhada 30 minutos - Textos
Matutino ou vespertino e Noturno	Educação sobre saúde bucal	Roda de conversa conduzida pela odontologista	Pacientes hipertensos	- Roda de Conversa - Textos - Atendimento individualizado
Matutino ou vespertino e Noturno	Educação sobre alimentação correta	Roda de conversa conduzida pela nutricionista	Pacientes hipertensos	- Abordagem de grupos alimentares recomendados e contraindicados - Textos - Atendimento individualizado

FONTE: Arquivo pessoal do autor, 2019.

As abordagens em grupo têm como objetivo principal a realização de atividades de educação permanente dos pacientes hipertensos. É também um momento singular para identificação de vulnerabilidades e da necessidade de abordagens individuais, respeitando o princípio da equidade. Outro objetivo desse tipo de atividade é a troca de experiências e vivências pelos próprios usuários, sendo estimulada a manutenção de todos os grupos independente da presença do profissional.

Com relação à abordagem psicológica, o foco envolve o entendimento da doença, isso é os riscos, os deveres e a importância da adesão ao tratamento. Na forma de roda de conversa, a psicóloga debaterá os temas visando o esclarecimento dos pacientes, assim como estimulará a troca de experiências vivenciadas pelos mesmos, destacando suas conquistas a partir da adesão aos tratamentos. Após cada encontro, todos os tópicos abordados serão disponibilizados na forma de panfletos para fixação do conteúdo.

O grupo de atividades físicas, coordenado pelo educador físico e fisioterapeuta, enfatizará a prática do alongamento e da caminhada, preconizada na 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial Sistêmica, ou seja, realização de trinta minutos de caminhada. Como serão eventos semanais, será estimulada a manutenção do grupo nos demais dias da semana preconizados – pelo menos cinco dias por semana. Essa atividade também objetivará no encontro o esclarecimento de dúvidas, principalmente com relação aos alongamentos recomendados, sendo

também distribuídas as informações abordadas todas por escrito, para melhor fixação dos movimentos.

Em saúde bucal o odontólogo orientará no encontro medidas de higiene bucal, também na forma de roda de conversa, sendo uma oportunidade para demonstração prática das formas correta de escovação e uso do fio dental. Outro ponto importante a se destacar nesse encontro é reforçar e estimular, em cada grupo, a importância da consulta odontológica de rotina, a qual é uma ocasião não somente de tratamento, mas também de identificar pacientes de risco para hipertensão arterial na comunidade.

No encontro nutricional, o guia será a dieta DASH (*Dietary Approaches to Stop Hypertension*). Dois pontos serão enfatizados, os alimentos recomendados e desaconselhados, que devem compor o cardápio dos pacientes, assim como os cuidados na compra, higienização e armazenamento dos mesmos. A visualização prática dessa atividade facilita a fixação dos conhecimentos adquiridos e também o encontro também permite identificar casos com a necessidade de atendimento individual, priorizando os pacientes com maiores índices de massa corpórea.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo buscou demonstrar a importância da correta territorialização para a definição das prioridades e estratégias em saúde pública. A correta territorialização permite conhecer as vulnerabilidades da população, além de definir a prevalência das principais condições patológicas associadas, permitindo traçar estratégias de intervenção visando o cuidado integral desses usuários.

Como preconizado pela Estratégia de Saúde da Família, a ênfase deve ser voltada a medicina preventiva. Seguindo essa linha de raciocínio, as intervenções em HAS destinam-se a adequação dos níveis pressóricos e dos demais fatores de risco associados a doenças cardiovasculares, a fim de se evitar complicações que necessitem internações e aumentam os custos em saúde pública, além é claro dos óbitos.

O cuidado integral dos pacientes visa também o autoconhecimento tanto da doença, quanto do tratamento farmacológico e mudanças do estilo de vida, de maneira a torná-lo parte integrante do tratamento.

Não se pode deixar de lado a necessidade de monitorização das intervenções realizadas no território, avaliando pontos positivos e negativos para adequar o modelo a realidade do território, a fim de aperfeiçoá-lo e utilizá-lo como modelo para o estabelecimento de outras estratégias em saúde na comunidade.

REFERÊNCIAS

BRASIL. PORTARIA N° 2436 (2017). POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA. BRASÍLIA, DF, 2017

Sociedade Brasileira de Cardiologia. VII Diretrizes brasileiras de hipertensão. Arq Bras Cardiol. 2016; 107(3Supl 3):1-83.

Sociedade Brasileira de Cardiologia. Pocket Book Light, VII Diretrizes brasileiras de hipertensão. Arq Bras Cardiol. 2016; 107(3Supl 3):1-83.

BRASIL. Ministério da Saúde. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. (Cadernos de Atenção Básica, n. 37)

CHOBANIAN, A. V. (Org). The seventh report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. Washington D.C.: National Institutes of health: 2004. 88 p.

Appel LJ, Moore TJ, Obarzanek E, Vollmer WM, Svetkey LP, Sacks FM, et al. A clinical trial of the effects of dietary patterns on blood pressure. DASH Collaborative Research Group. N Engl J Med. 1997;336(16):1117-24.

Sacks FM, Svetkey LP, Vollmer WM, Appel LJ, Bray GA, Harsha D, et al. Effects on blood pressure of reduced dietary sodium and the Dietary Approaches to Stop Hypertension (DASH) diet. DASH-Sodium Collaborative Research Group. N Engl J Med. 2001;344(1):3-10.

DeMarco VG, Aroor AR, Sowers JR. The pathophysiology of hypertension in patients with obesity. Nat Rev Endocrinol. 2014;10(6):364-76.

Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde (DANTPS). Disponível em: <<http://svs.aids.gov.br/dantps/centrais-de-conteudos/paineis-de-monitoramento/mortalidade/gbd-brasil/principais-causas/>>.

Acesso em: 03/05/2019

