

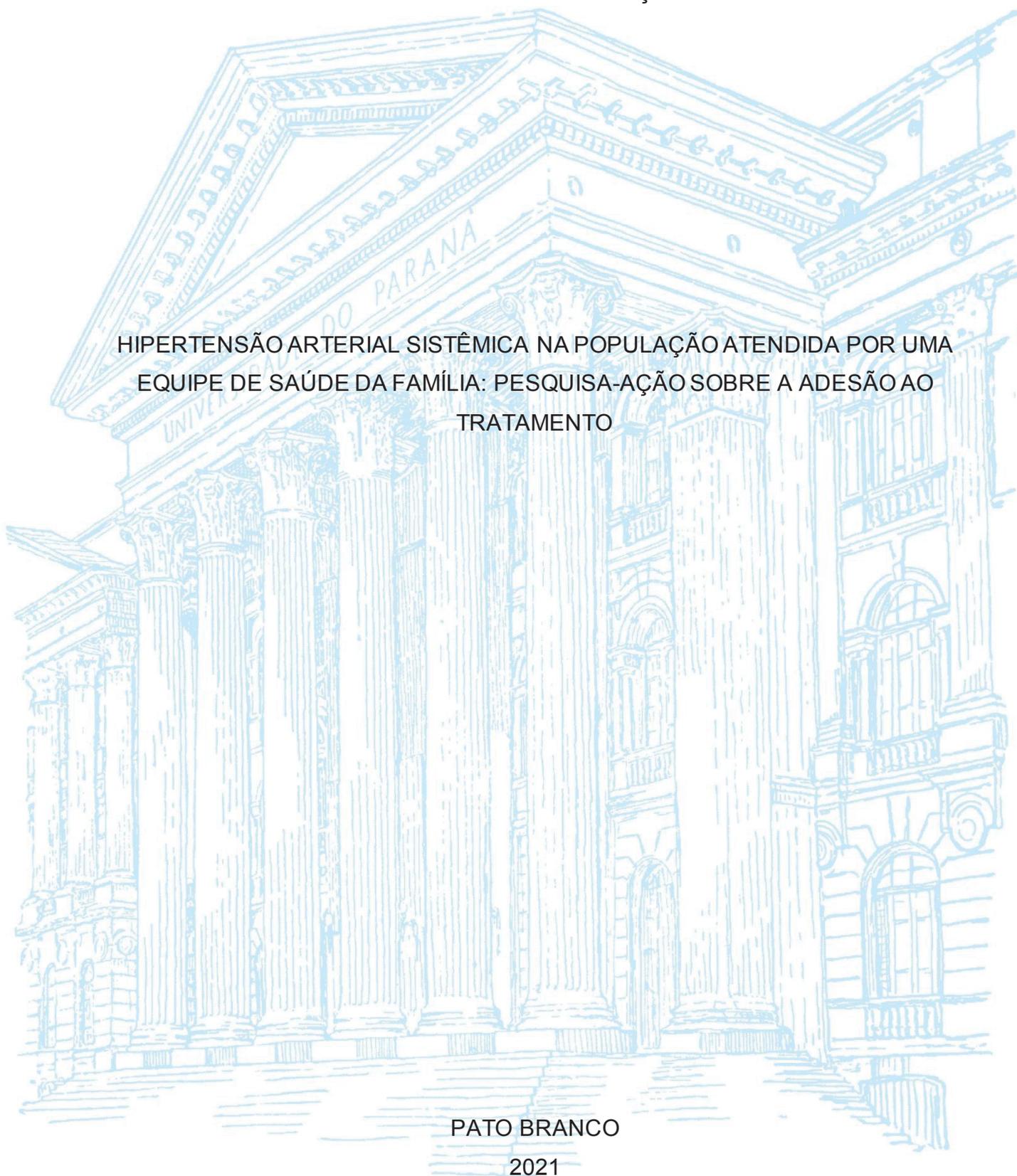
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

ALAIN JOSE PEREIRA GONÇALVES

HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA NA POPULAÇÃO ATENDIDA POR UMA
EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA: PESQUISA-AÇÃO SOBRE A ADESÃO AO
TRATAMENTO

PATO BRANCO

2021



ALAIN JOSE PEREIRA GONCALVES

HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA NA POPULAÇÃO ATENDIDA POR UMA
EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA: PESQUISA-AÇÃO SOBRE A ADESÃO AO
TRATAMENTO

TCC apresentado ao curso de Pós-Graduação em
Atenção Básica, Setor de Ciências da Saúde,
Universidade Federal do Paraná, como requisito
parcial à obtenção do título de Especialista em
Atenção Básica.

Orientador(a): Prof(a). Msc(a). Lara Cubis de Lima

PATO BRANCO

2021

Mantenha essa página em branco para inclusão da ficha catalográfica após a conclusão do trabalho.

TERMO DE APROVAÇÃO

NOME DO(A) ALUNO(A)

TÍTULO DO TRABALHO

TCC apresentado ao curso de Pós-Graduação em Especialização em Atenção Básica, Setor da Saúde, Universidade Federal do Paraná, como requisito parcial à obtenção do título de Especialista em Saúde Pública.

Prof(a). Dr(a)./Msc. _____

Orientador(a) – Departamento _____, INSTITUIÇÃO

Prof(a). Dr(a). /Msc. _____

Departamento _____, INSTITUIÇÃO

Prof(a). Dr(a). /Msc. _____

Departamento _____, INSTITUIÇÃO

Cidade, __ de _____ de 2021 __.

Mantenha essa página em branco para inclusão do termo/folha de aprovação assinado e digitalizado.

RESUMO

Introdução: o plano de intervenção que trata da má adesão ao tratamento da hipertensão arterial sistêmica (HAS) é resultado do Curso de Especialização em Atenção Básica da UFPR, financiado pelo UNA-SUS. Uma amostragem realizada nas 26 capitais dos estados brasileiros e Distrito Federal revelaram a frequência de diagnóstico médico de HAS de 24,5% em média. A frequência no Brasil é preocupante quando comparada a Europa (8%). Além de frequente, a doença potencializa problemas cardiovasculares, associando-se também à incapacidade funcional e morte em idosos. A boa adesão ao tratamento do quadro de HAS gera benefícios para os pacientes, para a equipe de saúde e até para o SUS. Entretanto, diversos fatores são causadores e responsáveis pela má adesão ao tratamento dessa patologia. Objetivos: O presente estudo tem como objetivo melhorar a adesão ao tratamento de HAS, em pacientes da UBS São João, no Município de Pato Branco – PR. Materiais e métodos: foi realizada uma pesquisa-ação analisando dez prontuários eletrônicos de um grupo de mulheres hipertensas, portadoras de sobrepeso ou obesidade, na faixa etária de 50 a 70 anos, baseada na frequência de consultas. Foram realizadas 2 reuniões multiprofissionais para capacitação de toda a equipe de saúde da UBS São João. Ainda seriam realizadas 2 pequenas palestras para promover educação em saúde desses pacientes, com a confecção de uma cartilha com informações sobre os benefícios da boa adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico, além da proposição de planos terapêuticos individualizados de acordo com a avaliação do risco cardiovascular, por meio do escore de Framingham. Resultados e discussão: a primeira parte do projeto foi concluída com a realização das reuniões de capacitação da equipe de saúde. Porém, o restante da intervenção foi adiado devido a situação da pandemia, que inviabilizou a realização de atividades em grupo, em respeito às normas da vigilância epidemiológica de distanciamento social e não proliferação do novo Corona Vírus. Considerações finais: a capacitação de equipes de saúde é uma importante ferramenta no auxílio ao paciente hipertenso. Infelizmente pela complexidade dos fatores determinantes para a má adesão ao tratamento, juntamente com a realidade de pandemia vivida no ano de 2020, não foi possível alcançar todos os objetivos propostos.

Palavras-chave: Hipertensão. Doença crônica. Adesão à Medicação. Dieta saudável. Saúde da Família.

ABSTRACT

Introduction: the intervention plan that addresses poor adherence of the treatment of systemic arterial hypertension (SAH) is the result of the Specialization Course in Primary Care at UFPR, funded by UNA-SUS. A sample carried out in the 26 capitals of the Brazilian states and the Distrito Federal revealed the frequency of medical diagnosis of hypertension (24.5% on average). The frequency in Brazil is concerning when compared to Europe (8%). In addition of being frequent, the disease potentiates cardiovascular problems, and is also associated with functional disability and death in the elderly. Good adherence to the treatment of hypertension generates benefits for patients, for the health team and even for the SUS. However, several factors are responsible for poor adherence to the treatment of this pathology. Objectives: The present study aims to improve adherence to the treatment of SAH, in patients at UBS São João, in Pato Branco - Paraná. Materials and methods: an action research was carried out analyzing ten electronic medical records of a group of hypertensive women, with overweight or obesity, in the age group of 50 to 70 years old, based on the frequency of medical consultations. Two team meetings were held to instruct the entire health team at UBS São João. Two short lectures would also be held to promote health education for these patients, with the preparation of a booklet with information on the benefits of good adherence to pharmacological treatment and non-pharmacological, in addition to proposing individualized therapeutic plans according to the assessment of cardiovascular risk, using the Framingham score. Results and discussion: the first part of the project was concluded accomplishing the training sessions for the health team. Although, the rest of the intervention was postponed due to the situation of the pandemics, which made it impossible to keep on with group activities, in compliance with the rules of epidemiological surveillance of social distance and non-proliferation of the new Corona Virus. Final considerations: the training of health teams is a valuable tool in helping hypertensive patients. Unfortunately, due to the complexity of the determining factors for poor adherence to treatment, together with the reality of the pandemic experienced in the year 2020, it was not possible to achieve all the proposed objectives.

Keywords: Hypertension. Chronic disease. Medication Adherence. Healthy diet. Family Health.

LISTA DE ABREVIATURAS OU SIGLAS

ACS	- Agente Comunitário de Saúde
APAE	- Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais
AVE	- Acidente Vascular Encefálico
CAPS	- Centro de Atenção Psicossocial
CRAS	- Centro de Referência de Assistência Social
CREAS	- Centro de Referência Especializado em Assistência Social
DASH	- Dietary Approaches to Stop Hypertension
DCNT	- Doença Crônica não Transmissível
DMII	- Diabetes Mellitus do Tipo 2
HAS	- Hipertensão Arterial Sistêmica
IAM	- Infarto Agudo do Miocárdio
IBGE	- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH	- Índice de Desenvolvimento Humano
MEV	- Mudança no estilo de vida
NASF	- Núcleo de Apoio à Saúde da Família
PA	- Pressão arterial
SARS-Cov	- Síndrome respiratória aguda grave por Corona Vírus
SBC	- Sociedade Brasileira de Cardiologia
SUS	- Sistema Único de Saúde
UBSSJ	- Unidade Básica de Saúde da Família do São João
UBSF	- Unidade Básica de Saúde da Família
UFPR	- Universidade Federal do Paraná.
UPA	- Unidade de Pronto Atendimento

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	9
1.1. DIAGNÓSTICOS SITUACIONAIS.....	9
1.2. DEFINIÇÃO DO PROBLEMA	13
1.3. JUSTIFICATIVA	14
1.4. OBJETIVOS	14
1.4.1. Objetivo Geral	14
1.4.2. Objetivos específicos	15
2. REVISÃO DE LITERATURA.....	16
3. MATERIAL E MÉTODOS.....	18
3.1. TIPO DE PESQUISA ABORDADA.....	18
3.2. POPULAÇÃO E DADOS AMOSTRADOS.....	18
3.3. PLANO DE AÇÃO.....	18
4. RESULTADOS.....	20
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	22
REFERÊNCIAS.....	24

1. INTRODUÇÃO

O movimento pela reforma sanitária iniciou-se em 1976, com a união de forças, em São Paulo, que detinham os mesmos objetivos: o fim da ditadura militar, a formação de um sistema único de saúde e a queda do complexo médico-industrial. Desde então o processo pela elaboração, implantação e manutenção de um Sistema de Saúde - descentralizado, igualitário, gratuito e voltado para o modelo de determinação social no processo saúde doença - passou por diversos momentos, sendo todos importantes para a adesão de novas propostas e resoluções para melhorar o funcionamento do Sistema de Saúde no Brasil (PAIVA; TEIXEIRA, 2014).

Pensando no processo de adoecimento da população, a saúde é resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade e acesso a serviços de saúde (BRASIL, 2014). Dessa forma, o adoecimento é resultado das condições sociais em que as pessoas se encontram inseridas, o que leva a formação de inúmeros cenários distintos dentro de um município.

1.1. DIAGNÓSTICOS SITUACIONAIS

Atualmente, trabalho no município de Pato Branco. A cidade detém o 4º melhor Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) do Estado do Paraná, de acordo com o censo 2010 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010). A rede assistencial do município é constituída de 19 equipes de saúde da família. A cidade ainda conta com um Núcleo Integrado de Saúde, onde são realizados os atendimentos de atenção secundária uma vez que o município não compõe o Consórcio Intermunicipal da região. Além disso, contamos com duas equipes de Núcleo do Apoio à Saúde da Família (NASF), com o Centro de Referência de Assistência Social (CRAS), Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS), Centro de Apoio Psicossocial (CAPS II), serviço de dietas especializadas e equipe de programas em saúde. No município existe ainda, uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA) e três Hospitais, sendo que dois deles realizam atendimentos pelo SUS.

A Unidade Básica de Saúde da Família do São João (UBSSJ) onde atuo, atende a população pertencente aos bairros São João, Alto da Glória e Vila São Pedro, os quais estão localizados dentro da zona urbana da cidade. Cada um desses bairros possui cerca de 800 habitantes. A área compreende uma região de acentuados declives, rodeadas por áreas de lavouras agrícolas. Os bairros São João e Alto da Glória foram criados durante o processo de desapropriação das margens da BR 158, que desalojou famílias de baixa renda e as alocou nesses dois bairros (FRANCESCHETTO, 2016). O terceiro bairro, Vila São Pedro, foi criado em 2015 (PREFEITURA DE PATO BRANCO, 2015). A população é formada principalmente por adultos jovens e crianças. A UBSSJ fica localizada a 5 quilômetros da área central da cidade, onde até poucos anos atrás o acesso era realizado por estradas não asfaltadas. A realidade da comunidade é bem diferente do restante da cidade. É constituída em sua maioria por famílias de baixa renda, sendo que muitas sobrevivem de renda proveniente de programas sociais como o Bolsa Família. Uma fragilidade da comunidade é que não existe no local nenhuma opção de lazer ou de cultura, a despeito das atividades realizadas pelo serviço de saúde e do CRAS. Existe muitos bares que durante toda a semana estão sempre cheios de pessoas.

O município de Pato Branco conta com serviço público de ensino fundamental, médio e superior, além da rede privada de ensino. A comunidade do São João conta com uma creche, uma escola de nível fundamental e uma escola de nível médio. Além disso, os pacientes portadores de necessidades especiais são atendidos pela Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE).

Desde que iniciei minhas atividades, a gestão municipal tem realizado diversas alterações na forma de trabalho para tentar melhorar o serviço prestado, em especial na realidade onde estou inserido. Para melhorar o auxílio que a população recebe de nossa UBSF, a gestão implementou o atendimento pediátrico, que ocorre uma vez por semana. Além disso, está situada no bairro uma unidade CRAS, que promove inúmeras atividades para auxiliar a população, além de todo o aparato que já é habitual do Centro. Infelizmente, a comunidade não possui uma associação de moradores, ou qualquer tipo de estruturação política que a represente perante as instâncias municipais.

A equipe de Saúde é composta por quatro agentes comunitárias de saúde, três técnicas de enfermagem, uma auxiliar de serviços gerais, uma técnica em saúde bucal, uma cirurgiã dentista, uma enfermeira, um médico da Saúde da Família e um

pediatra. Todos os integrantes, com exceção da cirurgiã dentista estão inseridos na equipe há mais tempo. A relação dessa equipe com a comunidade se dá de forma bem harmoniosa, na maioria das vezes. As agentes comunitárias de saúde (ACS) são residentes da área ou de regiões bem próximas a ela e conhecem bem a realidade e os agravantes de saúde da população. Os profissionais de nível técnico realizam suas atividades rotineiras de maneira satisfatória, tanto para a equipe, quanto para a população. Os demais profissionais já se adequaram à realidade e conseguem ter uma visão integral da sociedade e tentam de maneira eficiente e resolutiva atender às demandas da população, de uma forma condizente com a situação social e patológica das pessoas.

Apesar da realização de suas tarefas de forma satisfatória, uma característica que me chamou atenção, é o conhecimento dos fatores sociais que estão implementados no processo de adoecimento da população. O conhecimento da realidade gerou em toda a equipe uma capacidade de procurar soluções condizentes com a situação social, financeira e intelectual da população.

Diversas atividades educativas são realizadas intersetorialmente na realidade de UBSF. O Programa Saúde na Escola acontece todos os anos, sendo realizadas palestras, rodas de conversas e oficinas a fim de orientar e conscientizar os estudantes.

A população por ser formada principalmente de adultos jovens e crianças apresenta grande potencial de ser sensibilizada em relação às atividades preventivas de saúde, levando ao surgimento de uma população menos propensa a doenças crônicas não transmissíveis e a um envelhecimento mais saudável. Em contrapartida, a baixa infraestrutura local e a ausência de opções culturais e de lazer, tornam a população mais propícia ao adoecimento mental e abuso de drogas lícitas ou ilícitas, uma vez que o bairro é um dos principais locais de distribuição de entorpecentes para a cidade. Outra situação que gera grande vulnerabilidade é a exposição da população de áreas fronteiriças com lavouras, que aumenta significativamente a possibilidade de intoxicação por agrotóxicos.

O registro dos dados dos usuários das UBSFs é realizado na plataforma do software IDS Saúde. A partir dos dados das consultas registrados, o IDS Saúde gera estatísticas sobre os agravos e sobre as necessidades específicas da população.

A comunidade composta por esses três bairros possui 2568 usuários cadastrados (IDS Saúde, 2020). O seu perfil demográfico é caracterizado por 1347

peças do sexo feminino, 1221 do sexo masculino, sendo a maioria formada por adultos (20 a 59 anos) que somam 54%, seguido por crianças de 0 a 19 anos, que somam 39% e idosos (acima de 60 anos), que representam os últimos 7% da população.

O coeficiente de mortalidade do município é de 5,3 óbitos por mil habitantes. As principais causas de mortalidade em 2018 foram as doenças cerebrovasculares; os acidentes automobilísticos; diabetes melitos (DMII); infarto agudo do miocárdio e neoplasias. A taxa de mortalidade infantil é de 2,6% e um coeficiente de razão de mortalidade materna de 272,98 por 100.000 nascidos vivos (DATASUS, 2018).

Com relação às doenças, no ano de 2020 a população da comunidade portadora de hipertensão arterial sistêmica (HAS) foi de 259 pessoas e apenas um caso de tuberculose, sendo que esse número pode ser maior, visto que muitos dos contactantes suspeitos se recusam a realizar os testes diagnósticos (IDS Saúde, 2020). Não foi registrado nenhum caso de sífilis congênita, dengue ou sarampo (IDS Saúde, 2020).

Com relação ao serviço de saúde na UBSSJ, 82,23% das crianças (menores de um ano) tiveram cobertura vacinal de rotina (IDS Saúde, 2020). As gestantes que tiveram sete ou mais consultas durante o pré-natal totalizam 97,2%. No geral, as cinco queixas mais comuns que levaram a população a procurar a unidade de saúde foram lombalgia, dores articulares, alterações pressóricas, queixas inespecíficas e saúde mental. O número de pessoas com doenças crônicas que receberam acompanhamento foi de cerca de 300 pacientes (IDS Saúde, 2020).

Outra situação muito comum na comunidade são as parasitoses, sejam elas intestinais ou dermatológicas. Isso se deve principalmente devido à baixa condição socioeconômica associado à baixa escolaridade da maioria da população. Além disso, uma parcela considerável da população trabalha com serviços de reciclagem e coleta seletiva, o que gera situações de intoxicação e acidentes com materiais perfuro cortantes e queimaduras. Além disso, tem uma situação complicada e recorrente, que é o abuso de drogas lícitas e ilícitas.

Infelizmente nem todos os profissionais da equipe da UBSSJ tem acesso aos relatórios do IDS Saúde. Nas reuniões de equipe são repassados os relatórios semanais, na tentativa de divulgar e compartilhar esses dados que não estão disponíveis para todos. Além de que, os demais profissionais não utilizam as informações epidemiológicas disponíveis, o que acaba dificultando na formulação de

atividades e de ações necessárias. O uso dessas informações poderia auxiliar na melhoria dos indicadores de saúde. Ademais, a promoção de saúde é uma forma muito eficaz de diminuir os custos de operação dos serviços de saúde. Esses pontos poderiam ser utilizados para incentivar que fossem incluídos os indicadores de saúde e os dados epidemiológicos no serviço.

1.2. DEFINIÇÃO DO PROBLEMA

Dados da Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL), através de entrevistas telefônicas nas 26 capitais brasileiras e no Distrito Federal, aferiu uma frequência de diagnóstico médico de hipertensão arterial de 24,5% em média, aumentando essa frequência como o aumento da idade e diminuição do nível de escolaridade (BRASIL, 2020).

A HAS associa-se à problemas cardiovasculares e causa um aumento da morbimortalidade, principalmente em idosos (SANTIMARIA et al., 2019). A melhora da adesão ao tratamento do quadro de HAS gera benefícios para os pacientes, para a equipe de saúde e até para o SUS. O uso correto das medicações, o seguimento do tratamento não medicamentoso e o acompanhamento periódico dos pacientes com essa doença promove grande melhora da qualidade de vida, previne desfechos negativos e intercorrências geradas pela patologia, além de reduzir a taxa de mortalidade. Várias ações são capazes de melhorar a adesão, sendo uma das principais a orientação e promoção do conhecimento em relação ao processo de adoecimento, junto dos profissionais de saúde.

Os ACS desempenham funções importantíssimas nesse quadro, uma vez que eles são os responsáveis pela construção do vínculo da sociedade com todo o serviço de saúde. Dessa forma, eles também devem ser capazes de identificar pacientes em situação de vulnerabilidade, seja ela social e financeira ou psicológica. Durante o cadastro e acompanhamento dos pacientes, o ACS deve compreender e julgar como mais ou menos prioritários a avaliação dos usuários (ARAUJO; ASSUNÇÃO, 2004).

A promoção de saúde, a prevenção de agravos, sejam eles cardiovasculares, neurológicos ou endócrinos, e a diminuição da mortalidade nesses casos, são resultados que podem ser alcançados com intervenções de baixo custo e que não necessitam de aparato tecnológico ou complexo para serem realizadas. Sendo assim, intervenções de fácil realização. Pudemos perceber que as dúvidas da equipe de

saúde em relação ao quadro de HAS são recorrentes, uma vez que a cada dia a população busca por mais conhecimento o que gera mais questionamentos em relação à patologia e à evolução da doença.

Levando-se em consideração a avaliação e estudo situacional de saúde da comunidade, pode-se perceber uma série de problemas locais que por fim geraram vários questionamentos em relação às necessidades específicas da população. A análise da situação e a problemática envolvendo a comunidade, realizada juntamente com alguns representantes dessa, possibilitou formar uma lista dos principais problemas que acometem a população. São eles: grande número de hipertensos, sendo boa parte não aderente ao tratamento proposto; elevado número de portadores de DMII com controle não adequado do quadro; consumo excessivo de álcool e outras drogas; violência elevada; precárias condições de saneamento básico; demanda elevada para consultas em atenção secundária, terciária e realização de exames complementares.

1.3. JUSTIFICATIVA

Avaliando os questionamentos elaborados, podemos perceber a alta prevalência de pacientes hipertensos e que a má adesão ao tratamento da HAS é um problema multifatorial. Está relacionado ao paciente, à equipe de saúde e à comunidade. Vemos assim a necessidade de promover junto à equipe de saúde e da comunidade uma análise da atuação dessas duas esferas diante do problema, com a finalidade de fornecer conhecimento para a equipe de saúde e melhoria da qualidade de vida dos pacientes. Principalmente quando percebemos que as intervenções necessárias são constituídas por tecnologias leves. Assim, essas ações são de extrema importância para a comunidade e para os pacientes já que pequenas mudanças podem gerar grandes avanços no controle da HAS e de sua morbidade. Além disso, pensando em governabilidade as intervenções necessárias para a avaliação e o acompanhamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) independe de outras esferas da governança.

1.4. OBJETIVOS

1.4.1. Objetivo Geral

Melhorar a adesão ao tratamento e promover hábitos saudáveis entre usuários portadores de HAS adscritos à UBS São João, no município de Pato Branco – PR.

1.4.2. Objetivos específicos

Qualificar a equipe de saúde visando melhor acolhimento e resolutividade no acompanhamento de usuários portadores de HAS.

Identificar usuários portadores de HAS com baixa adesão ao tratamento e/ou persistência em hábitos deletérios.

Estruturar abordagens educativas e proposição de planos terapêuticos individuais aos usuários portadores de HAS.

2. REVISÃO DE LITERATURA

As DCNT (tais como cardiovasculares, respiratórias, cânceres e diabetes) são responsáveis por cerca de 70% de todas as mortes no mundo, estimando-se 38 milhões de mortes anuais. Desses óbitos, 16 milhões ocorrem prematuramente, ou seja, menores de 70 anos de idade, e quase 28 milhões, em países de baixa e média renda (OMS, 2016). O número de pessoas com HAS, no mundo, aumentou 90% entre os anos de 1975 e 2015, principalmente em países menos desenvolvidos, devido ao envelhecimento populacional (NCD Risk Factor Collaboration, 2017, p. 45).

A HAS é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial – PA ($PA \geq 140 \times 90$ mmHg). Associa-se, frequentemente, às alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo (coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos) e às alterações metabólicas, com aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais (MALACHIAS et al., 2016). Os níveis pressóricos são alterados pelo ambiente, pela nutrição e pelo comportamento individual durante toda a vida. A nutrição fetal e durante a infância, a presença de excesso de tecido adiposo, ingestão de sódio e potássio, uso de tabaco ou álcool, realização de atividades físicas, o estresse e até a poluição do ar, são fatores que interferem na pressão arterial de um indivíduo (NCD Risk Factor Collaboration, 2017, p.45).

A prevalência da HAS em adultos no Brasil é em média 32%, sendo maior que 50% em indivíduos com 60 a 69 anos e que 75% em indivíduos maiores de 70 anos (BRASIL, 2014). A prevalência de HAS em países europeus como a Alemanha, a Espanha e a Itália, varia entre 55% no primeiro e 38% no último. (SHARMA et al., 2004; GRANDI et al., 2006). Portadores de HAS na Alemanha representam cerca de 40% dos usuários da rede da Atenção Primária. Porém, apenas 18,5% apresentam controle satisfatório da pressão arterial. (SHARMA et al., 2004). A média europeia de controle de HAS em serviços de Atenção Básica é de 8% e nos EUA, tem se mantido em torno de 18%, enquanto na América Latina e África há uma variação de 1% a 15% de controle deste problema (GRANDI et al., 2006).

Apesar da alta prevalência, a HAS apresenta baixas taxas de controle. O risco de morte por doença cardiovascular aumenta progressivamente com a elevação da PA a partir de 115/75 mmHg (BRASIL, 2014, p. 29).

De acordo com o Ministério da Saúde, todo adulto com mais de 18 anos deve ter sua pressão arterial aferida quando estiver em Unidade Básica de Saúde (UBS). A aferição deve ser realizada nos dois braços e em caso de diferença de valores, deve ser considerado o de maior valor (BRASIL, 2014, p. 29).

A avaliação das medidas da pressão arterial sistêmica deve seguir alguns parâmetros para ser realizado o diagnóstico de HAS. Essas aferições devem ser realizadas em dias diferentes, pelo menos três, respeitando-se o intervalo de ao menos uma semana entre as medidas. Então é realizada a média aritmética entres os valores obtidos em todas as aferições (BRASIL, 2014, p. 29).

Após a realização do diagnóstico de HAS em pacientes na Atenção Básica o cuidado deverá ser realizado por equipe multiprofissional. O objetivo a ser alcançado é o de manutenção de níveis pressóricos controlados a fim de diminuir a incidência de doenças cardiovasculares e garantir qualidade de vida para os afetados pela patologia. (Brasil, 2010).

O tratamento se baseia em duas linhas principais, o tratamento não farmacológico e o farmacológico.

Mudança no estilo de vida (MEV) deverá ser orientada a todos os pacientes portadores de HAS. Medidas não farmacológicas podem ser utilizadas com ou sem a associação com drogas anti-hipertensivas. As principais medidas a serem orientadas são: baixa ingestão de sal na dieta; perda de peso; suplementação de potássio; implementação da dieta para controle da hipertensão (DASH); atividade física e a redução da ingestão de álcool. (BASILE; BLOCH, 2020).

Juntamente a essas medidas podemos instituir o tratamento medicamentoso, após avaliação do grau de motivação da pessoa para realizar as MEV, a preferência pessoal, os níveis pressóricos e o risco cardiovascular (BRASIL, 2014). O tratamento farmacológico gera uma redução de cerca de 50% no risco de insuficiência cardíaca, 30 a 40% do risco de Acidente Vascular Encefálico (AVE) e 20 a 25% o risco de Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) (TURNBULL et al., 2008).

3. MATERIAL E MÉTODOS

3.1. TIPO DE PESQUISA ABORDADA

Foi realizada uma pesquisa-ação, na qual foram descritas e caracterizadas as variáveis de uma amostra da população de hipertensos que são assistidos pela UBSSJ.

A fase exploratória se deu durante o período de fevereiro a março de 2020, observando-se as principais queixas e comorbidades apresentadas pelos pacientes atendidos na UBSSJ. Essa observação nos direcionou a dois principais grupos de queixas, as dores agudas e o controle de DCNT. Pensando na governabilidade das ações a serem realizadas para auxiliar no acompanhamento dessas queixas, percebemos que o controle das DCNT seria um processo mais tangível, já que as intervenções propostas independem de outras esferas da governança.

Assim, foi proposto a elaboração de um plano de ação juntamente com a equipe de saúde para realizar a capacitação da equipe em relação à HAS e promover intervenções para auxiliar a população no tratamento e prevenção da HAS.

3.2. POPULAÇÃO E DADOS AMOSTRADOS

A amostragem seria realizada no período de abril de 2020 a maio de 2020, no qual seriam analisados dez prontuários eletrônicos de um grupo de mulheres hipertensas, portadoras de sobrepeso ou obesidade, na faixa etária de 50 a 70 anos, baseada na frequência de consultas.

3.3. PLANO DE AÇÃO

Foram realizadas duas reuniões, em forma de roda de conversa, para capacitar a equipe de saúde sobre o acolhimento dos pacientes hipertensos ou suspeitos, instrução e acompanhamento do tratamento e evolução da HAS. Na primeira reunião foi explanado sobre as definições e os critérios diagnósticos da HAS, juntamente com as medidas não farmacológicas do tratamento. Já na segunda, os benefícios da adesão, os princípios e os resultados da boa adesão ao tratamento farmacológico

para a HAS foram explicados, a fim de habilitar toda a equipe. As técnicas de enfermagem foram orientadas sobre o processo de aferição da pressão e da estratificação de risco dos pacientes ao serem acolhidos. As ACS foram orientadas sobre o uso correto e racional das medicações. No fim de cada reunião foram tiradas dúvidas e aferido se o conteúdo passado foi entendido e suficiente, ou se era necessário um aprofundamento para melhorar o entendimento. Sendo que consideramos satisfatória a realização de duas rodas de conversas e insatisfatório a realização de uma ou nenhuma.

Após as reuniões foram discutidos tópicos pertinentes que seriam utilizados na criação de uma cartilha a ser entregue aos pacientes sobre os benefícios da boa adesão ao tratamento não farmacológico e farmacológico da HAS. Nos dias 10 e 17 de agosto de 2020 seriam feitas mini palestras com duração de 15 minutos para o grupo de pacientes do estudo. A primeira seria relacionada às definições e critérios diagnósticos da HAS. E a segunda sobre a boa adesão e importância do tratamento.

Planos terapêuticos individualizados seriam elaborados de acordo com a realidade socioeconômica e cultural de cada paciente avaliado. Para os planos terapêuticos não farmacológicos, os pacientes seriam instruídos a seguir orientações alimentares com baixo teor de sal e gordura, realizar de atividade física regular, interromper hábitos como o tabagismo e ingestão excessiva de bebidas alcoólicas.

Os planos farmacológicos seriam propostos em consultas médicas agendadas, após a realização de exames laboratoriais para cálculo do risco cardiovascular, de acordo com o escore de Framingham. O plano seria individualizado levando-se em consideração particularidades individuais, como alergias, comorbidades e aceitação ao plano. O foco desse plano seria a utilização racional de medicações, com o intuito de alcançar níveis pressóricos adequados com o menor arsenal farmacológico possível. Os pacientes seriam avaliados um mês após a instituição dos planos individuais de tratamento, aferindo-se a pressão arterial e questionando sobre a adesão aos tratamentos farmacológico e não farmacológico. O paciente seria classificado com boa adesão ou má adesão ao tratamento. A boa adesão diz respeito ao paciente que seguiu todas as orientações feitas e apresentava nível pressórico menor que 140/80mmHg. A má adesão se caracteriza pelo não seguimento de alguma das orientações fornecidas ou nível de PA acima de 140/80mmHg.

4. RESULTADOS

Após a elaboração do plano de ações do presente estudo foi idealizado o cronograma para que as atividades propostas fossem realizadas para alcançarmos os objetivos definidos e conseqüentemente promover uma melhora na qualidade e na expectativa de vida para os pacientes assistidos.

A primeira parte do projeto foi concluída. Essas reuniões foram realizadas nos dias 21/02/2020 e 28/02/2020 e duraram 1 hora e 30 minutos. Participaram dessas reuniões toda a equipe de saúde, agentes comunitárias de saúde, auxiliar em saúde bucal, cirurgiã dentista, enfermeira, médico e técnicas de enfermagem. Foi explanado no primeiro encontro as definições e os critérios diagnósticos da HAS, juntamente, com as medidas não farmacológicas do tratamento. Já no segundo encontro foram explicados os princípios, os benefícios da adesão e os potenciais resultados da boa adesão ao tratamento farmacológico para a HAS. Após as reuniões foi realizada uma avaliação subjetiva sobre as rodas de conversa, nas quais todos os profissionais participantes avaliaram como satisfatório o conhecimento adquirido.

Infelizmente, devido ao surgimento do Corona Vírus, as atividades coletivas precisaram ser interrompidas com o intuito de evitar a disseminação dessa nova patologia. Foi decretado estado de calamidade no município de Pato Branco, sendo suspensas algumas atividades do serviço de Atenção Primária à Saúde. Os atendimentos passaram a ser restritos a quadros agudos e sintomáticos respiratórios.

Visto que pacientes portadores de doenças crônicas não transmissíveis apresentam maiores riscos de óbito devido a SARS-Cov, eles foram orientados a procurar o serviço de saúde somente em casos de necessidade extrema e após serem atendidos pelo serviço de telemedicina disponibilizado pelo município. Assim, os pacientes portadores de HAS tiveram seus atendimentos realizados de acordo com a demanda espontânea, porém não foi possível realizar atividades em grupo, inclusive as palestras que estavam programadas.

Outro fator limitante para a implementação do plano é a dificuldade de compreensão da população no que se relaciona à gravidade e aos riscos gerados pela HAS. Uma vez que a doença é considerada silenciosa e não gera sintomas em grande parte dos portadores. Além disso, a baixa escolaridade e o baixo nível econômico e

social da população também geram dificuldades na continuidade e no sucesso do tratamento para a HAS.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Apesar de não ter sido possível concluir todas as atividades propostas no plano de ações desse trabalho, todo o esforço empregado para a construção dos passos a serem realizados já geraram alguns resultados.

A adesão ao tratamento da HAS, seja ele medicamentoso ou não, é dependente de diversos fatores. Na tentativa de promover a adesão aos tratamentos propostos e conseqüentemente melhora na qualidade de vida e diminuição da morbimortalidade provocada pela doença, foram elencadas atividades que pudessem auxiliar no alcance dessa meta. As principais estratégias traçadas a fim de atingirmos o objetivo foram a qualificação da equipe de saúde, identificar usuários com baixa adesão ao tratamento, estruturar abordagens educativas e planos terapêuticos para os pacientes portadores de HAS.

A orientação e capacitação da equipe de saúde da UBSSJ em relação à HAS, ocorreu conforme o planejado, sendo realizadas as duas reuniões para adequação do conhecimento em saúde do quadro de HAS. Esse conhecimento adquirido pela equipe servirá para identificar pacientes que necessitam de um maior cuidado em relação ao quadro.

Além disso, ao serem propostas estratégias de tratamento e de promoção de saúde, estas terão papel importante na realização de novas intervenções e orientações à população assim que possível. A definição de características e de parâmetros para a identificação de fatores de risco serão de extrema valia para a identificação de pacientes portadores de HAS. Essas estratégias poderão ser utilizadas por toda a equipe de saúde municipal a fim de promover a prevenção primária e secundária dos desfechos da doença.

Entretanto, como a adesão ao tratamento é um fenômeno multifatorial seria necessário definir, baseado nos últimos estudos, algumas características que estão mais relacionadas ao aumento do risco aos pacientes, juntamente com a adesão de novos escores para a avaliação desse paciente. Ademais, a dificuldade de compreensão da patologia, suas causas e seus desfechos por parte da população, principalmente aqueles com menor escolaridade, pode se tornar um limitante na aplicação das estratégias de orientação.

O estado de calamidade gerado pela Pandemia de COVID-19 apresentou novas perspectivas para a saúde coletiva, uma vez que reafirmou que a prevenção primária é tão importante quanto o tratamento ou a prevenção secundária, terciária e quaternária.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, M. R. N.; ASSUNÇÃO, R. S. A atuação do agente comunitário de saúde na promoção da saúde e na prevenção de doenças. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v. 57, n. 1, p. 19-25, fev. 2004.

BASILE, J.; BLOCH, M. J. Overview of hypertension in adults. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/overview-of-hypertension-in-adults>. Acesso em: 15 nov. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Caderno de Atenção Básica Nº 37, Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica, Hipertensão Arterial Sistêmica. Brasília, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. VIGITEL BRASIL 2019: Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília: Ministério da Saúde, 2020, 137p.

DATA SUS. Brasil, 2010. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=02>>. Acesso em: 26 set. 2020.

FRANCESCHETTO, J. M. A percepção ambiental dos moradores do bairro São João no município de Pato Branco-PR. 160f. 2016. Dissertação (Mestrado em Desenvolvimento Regional) –Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Regional, Universidade Tecnológica Federal do Paraná, Pato Branco, 2016.

GRANDI, A. M. et al. Longitudinal study on hypertension control in primary care: the Insubria study. *American Journal Hypertension*, USA, v. 19, n. 2, p. 140-145, feb. 2006.

IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pr/pato-branco/panorama>>. Acesso em: 26 set. 2020.

IDS Saúde. IDS Desenvolvimento de Software e Assessoria LTDA.

MALACHIAS, M.V.B. et al. 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial: Capítulo 2 - Diagnóstico e Classificação. *Arq. Bras. Cardiol.*, São Paulo, v. 107, n. 3, supl. 3, p. 7-13, Set. 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2016004800007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 26 set. 2020.

NCD RISK FACTOR COLLABORATION. Worldwide trends in blood pressure from 1975 to 2015: a pooled analysis of 1479 population-based measurement studies with 19.1 million participants. *Lancet* 2017; ed. 389 p.37–55.

OMS - ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Dia mundial da Hipertensão 2016.

Disponível em:

https://www.paho.org/bireme/index.php?option=com_content&view=article&id=330:dia-mundial-da-hipertensao-2016&Itemid=183&lang=pt. Acesso em 20 jan. 2021.

PAIVA, C. H. A.; TEIXEIRA, L. A. Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. *Hist. cienc. saude-Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 15-36, mar. 2014. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702014000100015&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 16 out.2020.

PATO BRANCO. SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, 2015. Disponível em:

<<http://www.patobranco.pr.gov.br/noticias/conjunto-habitacional-com-infraestrutura-modelo-beneficia-180-familias>> Acesso em: 16 out. 2020.

SANTIMARIA, M. R. et al. Falha no diagnóstico e no tratamento medicamentoso da hipertensão arterial em idosos brasileiros– Estudo FIBRA. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 10, p. 3733-3742, Oct. 2019. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232019001003733&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 28 set.2020.

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PARANÁ, Disponível em:

<<http://www.saude.pr.gov.br/>>. Acesso em: 26 set. 2020.

SHARMA, A. M. et al. High prevalence and poor control of hypertension in primary care: cross-sectional study. *J. Hypertension*, USA, v. 22, n. 3, p. 479-486, mar. 2004.

TURNBULL F. et al. Effects of different regimens to lower blood pressure on major cardiovascular events in older and younger adults: meta-analysis of randomised trials. *BMJ*. 2008 May 17;336(7653):1121-3. doi: 10.1136/bmj.39548.738368.BE. Epub 2008 May 14. PMID: 18480116; PMCID: PMC2386598.