



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

Yoani Imeno La Rosa

Prevenção das complicações da Hipertensão Arterial
Sistêmica na Unidade Básica de Saúde Santa Luzia,
Quatro Barras, Paraná

Florianópolis, Março de 2018

Yoani Imeno La Rosa

Prevenção das complicações da Hipertensão Arterial Sistêmica na
Unidade Básica de Saúde Santa Luzia, Quatro Barras, Paraná

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

Orientador: Larissa de Abreu Queiroz
Coordenadora do Curso: Profa. Dra. Fátima Büchele

Florianópolis, Março de 2018

Yoani Imeno La Rosa

Prevenção das complicações da Hipertensão Arterial Sistêmica na Unidade Básica de Saúde Santa Luzia, Quatro Barras, Paraná

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

Profa. Dra. Fátima Büchele
Coordenadora do Curso

Larissa de Abreu Queiroz
Orientador do trabalho

Florianópolis, Março de 2018

Resumo

No Brasil, a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) 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). Suas complicações (cardíacas, renais e AVE) têm impacto elevado na perda da produtividade do trabalho e da renda familiar. Essa doença tem alta prevalência na população de abrangência da Unidade Básica de Saúde Santa Luzia e muitos pacientes estão com a pressão arterial descompensada. **Objetivo:** Prevenir complicações decorrentes da Hipertensão Arterial Sistêmica em pacientes da Unidade Básica de Saúde Santa Luzia, em Quatro Barras, Paraná. **Metodologia:** Foi elaborado um Plano de Intervenção educativa e, para abordagem dos pacientes, será realizado o cadastramento e a estratificação de risco cardiovascular pelo escore de Framingham, seguida de abordagem direcionada com agendamento de consultas conforme prioridade, bem como encaminhamento para especialistas nos casos em que houver indicação. Além disso, foram organizadas palestras com diferentes temas para possibilitar troca de experiências e esclarecimento de dúvidas dos usuários, procurando transmitir a informação de forma acessível e dinâmica. **Resultados Esperados:** A partir da implementação do plano de ação proposto, espera-se reduzir complicações decorrentes da Hipertensão Arterial Sistêmica, a prevalência de consumo de tabaco e de obesidade, aumentar a prática de atividade física na população, monitorar a adesão ao tratamento farmacológico, reduzir o consumo diário de sal em adultos e idosos. Ao estimular a autonomia dos sujeitos em relação ao seu estado de saúde e propiciar melhorias na qualidade de vida, esse projeto pretende contribuir de forma significativa para melhoria das condições de saúde e de vida da população da área de abrangência da Unidade Básica de Santa Luzia.

Palavras-chave: Educação em Saúde, Hipertensão, Prevenção de Doenças

Sumário

1	INTRODUÇÃO	9
2	OBJETIVOS	11
2.1	Objetivo Geral	11
2.2	Objetivos Específicos	11
3	REVISÃO DA LITERATURA	13
4	METODOLOGIA	19
5	RESULTADOS ESPERADOS	23
	REFERÊNCIAS	25

1 Introdução

O município de Quatro Barras guarda em sua história e em seu território os primeiros caminhos do Paraná. Por mais de 100 anos, a região esteve dividida entre Curitiba, Campina Grande do Sul e Piraquara, até que em 1961 o município foi oficialmente criado. Seu nome se refere às barras dos rios Canguiri, Timbu, Bracajuvava e Capitanduva (PERON, 2017).

Com área de 169,47 km² e 37 bairros, a cidade conta com uma população de aproximadamente 22 mil habitantes, formada predominantemente por italianos, portugueses, poloneses e alemães e possui densidade demográfica de 110,21 habitantes por km², com altitude de 936,00 metros acima do nível do mar (PERON, 2017).

No que se refere aos serviços de saúde, a comunidade de Quatro Barras não tem Unidade de Pronto Atendimento, Hospital ou outro centro de assistência médica, mas conta com 9 Unidades Básicas de Saúde. A UBS Santa Luzia foi a última a inaugurar, no ano 2016, e dispõe de uma equipe de saúde que inclui uma enfermeira, duas técnicas de enfermagem, um médico geral, cinco agentes comunitários de saúde, uma recepcionista e uma auxiliar de serviços gerais. Sua área de abrangência compreende 2 bairros: Santa Luzia e Nossa Senhora de Fátima. Atualmente a UBS acompanha uma população total de 3.402 habitantes, com predomínio da população idosa. É uma comunidade com alto consumo de drogas, sendo este seu principal ponto de vulnerabilidade. Além disso, existe um número grande de famílias inclusas no Programa Bolsa Família e também no Programa Leite das Crianças, Programa Luz Fraterna isenção da tarifa de luz para famílias de baixa renda, Armazém da Família (Convênio com a Prefeitura de Curitiba) no qual as pessoas de baixa renda podem comprar alimentos com preço mais acessível. Esses programas dão apoio a mais de 50 famílias carentes.

Baseado nos dados de cadastro dos pacientes da Unidade Básica de Saúde, percebe-se que o nível de escolaridade é baixo, com índice de analfabetismo de mais de 10%. A evasão escolar ocorre ainda no Ensino Fundamental e não há nenhum programa de alfabetização de adultos. Com relação às condições de moradia, pode-se dizer que existem boas condições nos bairros do centro da comunidade, porém a periferia é permeada por vivendas de madeira com dificuldade na ventilação e higiene, falta de banheiro e deposição de residuais líquidos e sólidos.

As queixas e agravos mais comuns que levaram a população a procurar a UBS foram Hipertensão Arterial Sistêmica (21%), Ansiedade e Depressão (13 %), Diabetes Mellitus (10%) Dislipidemia (8%) e Dor Lombar Crônica (5%). Conforme apontam os dados coletados na Unidade Básica de Saúde, as doenças crônicas têm alta prevalência na população adscrita e, dentre elas, a maior fica com a Hipertensão Arterial. Em maio de 2017, a equipe multidisciplinar constatou uma prevalência de Hipertensão Arterial de 63.7% (201

pacientes), sendo 51.2% mulheres e 49.8% homens. O acompanhamento dos pacientes com HAS é realizado nas consultas agendadas e pelas visitas domiciliares. Os pacientes com estas doenças crônicas são avaliados na consulta médica na qual é realizada estratificação de risco, exame físico, solicitação de exames complementares e agendamento para avaliar seus resultados. Também nas visitas domiciliares são realizados os acompanhamentos daqueles que, devido a algum impedimento, não podem ser atendidos na UBS.

Devido sua alta prevalência e a grande importância como questão de saúde pública mundial, a Hipertensão Arterial Sistêmica foi selecionada como problema a ser trabalhado no presente projeto de intervenção. No Brasil, a HAS 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 a Diabetes Mellitus, suas complicações (cardíacas, renais e AVE) têm impacto elevado na perda da produtividade do trabalho e da renda familiar, estimada em US\$ 4,18 bilhões entre 2006 e 2015 (MALACHIAS, 2016). A Hipertensão Arterial Sistêmica, por ser uma doença muito comum na população brasileira, é considerada o principal fator de risco para o desenvolvimento de complicações cardiovasculares. Estas podem ocorrer em diversos órgãos; constituindo as chamadas "lesões em órgãos-alvo" da HAS (OLIMPIO, 2011)

A presença de níveis mais elevados de pressão arterial e a presença de outros fatores de risco cardiovascular associados, como tabagismo, dislipidemias (anormalidades do colesterol e suas frações), Diabetes Mellitus e obesidade, aumentam muito o risco do desenvolvimento destas "lesões em órgãos-alvo", exemplo: insuficiência cardíaca, doença coronariana, angina, infarto do miocárdio, acidentes vasculares cerebrais e insuficiência renal (OLIMPIO, 2011). Dessa forma, devido à alta prevalência na HAS na população da área de abrangência da Unidade Básica de Saúde Santa Luzia e ao evidente grau de descontrole desses pacientes, acredita-se que se constitui no principal problema de saúde da comunidade.

Com a intervenção, espera-se melhorar as condições de saúde e de vida dos usuários, além de reduzir a morbimortalidade relacionada com as Doenças Cardiovasculares e, indiretamente, os gastos em saúde relacionados ao controle inadequado desses pacientes. A partir da abordagem multidisciplinar e do esforço em levar a informação ao paciente de forma mais acessível e mais dinâmica, espera-se que ocorra maior adesão dos pacientes às mudanças de estilo de vida e ao uso correto da medicação. Isso está diretamente relacionado a uma maior autonomia em relação ao acompanhamento da própria saúde, além de ampliar o conhecimento sobre o papel da atividade física na prevenção da hipertensão arterial. Além da população estar mais informada sobre os riscos de adoecimento pela hipertensão arterial, espera-se que seja possível conseguir 100% de cobertura dos pacientes pela Atenção Básica.

2 Objetivos

2.1 Objetivo Geral

Prevenir as complicações da Hipertensão Arterial Sistêmica em pacientes da Unidade Básica de Saúde Santa Luzia, município de Quatro Barras, Paraná.

2.2 Objetivos Específicos

- Realizar e monitorar a busca ativa e o cadastramento dos pacientes portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica.
- Avaliar o conhecimento da população com Hipertensão Arterial Sistêmica sobre a doença e suas complicações.
- Desenvolver ações de promoção de saúde junto aos pacientes hipertensos por meio de atividades educativas sobre estilo de vida saudável.

3 Revisão da Literatura

Definição e Epidemiologia da Hipertensão Arterial Sistêmica

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial. Associa-se frequentemente a alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo (coração, cérebro, rins e vasos sanguíneos) e a alterações metabólicas, com consequente aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais (SÉRGIO, 2017). É considerada uma síndrome de origem multifatorial, sendo considerado os valores, a partir de 139 mmHg para a Pressão Arterial Sistólica (PAS) e 89mmHg para a Pressão Arterial Diastólica (PAD) para indivíduos adultos.

Essa condição se constitui num problema grave de saúde pública no Brasil e no mundo e se constitui num dos mais importantes fatores de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais (NETO, 2014).

A prevalência da HAS é elevada, estimando-se que cerca de 15% a 20% da população brasileira adulta tenha hipertensão arterial. Embora predomine na fase adulta, sua prevalência em crianças e adolescentes não é desprezível. Considerada um dos principais fatores de risco de morbidade e mortalidade cardiovasculares, seu alto custo social é responsável por cerca de 40% dos casos de aposentadoria precoce e de absenteísmo no trabalho (SILVA, 2017).

Existem ainda fatores de risco não modificáveis como a idade, sexo, raça/cor e história familiar e fatores de risco ambientais como sedentarismo, sobrepeso/obesidade, consumo de alimentos insalubres (excesso de sal, gordura animal, ingestão de café, uso abusivo de álcool), estresse não gerenciado e tabagismo (BRONDANI, 2017).

Por esse motivo, modificações de estilo de vida são de fundamental importância no processo terapêutico e na prevenção da hipertensão. Alimentação adequada, sobretudo quanto ao consumo de sal, controle do peso, prática de atividade física, tabagismo e uso excessivo de álcool são fatores de risco que devem ser adequadamente abordados e controlados (TEMPORÃO, 2006).

Sinais e Sintomas da Hipertensão Arterial Sistêmica

Os principais sintomas que podem aparecer num paciente com Pressão Arterial alta são :cefaléia occipital, lipotimia, escotomas cintilantes, náuseas e/ou vômitos , diminuição da libido sexual, cansaço nos médios e grandes esforços, palpitações, palidez de mucosa,taquipnéia entre outros (ANACLETO, 2017).

O sintoma que seria o mais frequente e específico observado num indivíduo hipertenso é a cefaleia suboccipital, pulsátil, que ocorre nas primeiras horas da manhã e vai desaparecendo com o passar do dia, é dita como característica, porém qualquer tipo de cefaleia pode ocorrer no indivíduo hipertenso. A hipertensão arterial de evolução acelerada (hiper-

tensão maligna) está associada com sonolência, confusão mental, distúrbio visual, náusea e vômito (vasoconstrição arteriolar e edema cerebral), caracterizando a encefalopatia hipertensiva (OIGMAN, 2017).

Também existem sintomas relacionados à hipertensão arterial secundária, como se mostra em determinadas doenças como feocromocitoma, síndrome de cushing, aldosteronismo primário, doença renal crônica, doença da aorta e arterial renal, drogas exógenas (uso abusivo ou crônico de esteroides, balas de alcaçuz) entre outras (OIGMAN, 2017)(OIGMAN, 2017)(OIGMAN, 2017).

A hipertensão arterial em pacientes com feocromocitoma caracteriza-se por tumor principalmente localizado na medula da suprarrenal ou em locais onde há células cromafins (tecidos extra-adrenais paragangliônicos). A crise aguda pode durar minutos ou horas e está associada a cefaleia, ansiedade, palpitação, sudorese fria profusa, palidez, tremor periférico, além de náusea e vômito. Em geral, a pressão arterial está muito elevada e sintomas de angina ou edema agudo de pulmão podem ocorrer. (OIGMAN, 2017)

Existem sinais e sintomas decorrentes do comprometimento de órgãos-alvo (coração, cérebro, retina e rim) No coração a hipertrofia ventricular esquerda (HVE) pode determinar um quadro de disfunção diastólica. Como sinal clínico há o aparecimento de um galope pré-sistólico (quarta bulha), que pode ser palpável, e também de um íctus propulsivo não desviado para a esquerda. Por vezes a HVE é tão desproporcional (reduzido fluxo coronariano por grama de tecido miocárdico) que pode se manifestar com episódios isquêmicos. A dispneia é progressiva aos esforços, podendo evoluir para dispneia paroxística noturna (edema agudo do pulmão), sendo a manifestação mais comum. A evolução da disfunção ventricular para insuficiência cardíaca congestiva leva ao aparecimento de edema de membros inferiores, derrame pleural, hepatomegalia e turgência jugular. (OIGMAN, 2017)

A circulação cerebral está frequentemente comprometida pela hipertensão arterial. devido à contração dos vasos artérias cerebrais como mecanismo para proteger o tecido suprajacente. A elevação súbita da pressão arterial pode se manifestar por tonteira, cefaleia, zumbido e escotoma cintilante. Outros sintomas podem surgir, como intensificação da cefaleia, borramento visual e perda do equilíbrio, podendo evoluir para confusão mental, crise convulsiva e estado de coma. Outras vezes ocorre o rompimento de um pequeno aneurisma, ocasionando um acidente vascular cerebral (AVC) com pequenas manifestações clínicas ou uma grande hemorragia intracerebral, que evolui rapidamente para o coma profundo, levando à hérnia de tronco cerebral e morte por insuficiência respiratória. (OIGMAN, 2017)

Os sinais e sintomas originados da disfunção renal estão relacionados à perda da massa renal. A diminuição da produção de eritropoetina leva à anemia. A lesão glomerular ocasiona perda de proteína, determinando uma urina espumosa, perda da função tubular, incapacidade de concentração urinária e conseqüente noctúria e urina de muito baixa

densidade. Na retina As lesões vão desde espasmos arteriolares até a expressiva rarefação de vasos, significando grande vasoconstricção sistêmica, comum na hipertensão maligna.

Diagnóstico da Hipertensão Arterial Sistêmica

O diagnóstico da hipertensão arterial é basicamente estabelecido pelo encontro de níveis tensionais permanentemente elevados acima dos limites de normalidade (PA 140/90 mmHg), quando a pressão arterial é determinada por meio de métodos e condições apropriados. Portanto, a medida da pressão arterial é o elemento-chave para o estabelecimento do diagnóstico da hipertensão arterial (SILVA, 2017).

Devem-se considerar no diagnóstico da HAS, além dos níveis tensionais, o risco cardiovascular global estimado pela presença dos fatores de risco, a presença de lesões nos órgãos-alvo e as comorbidades associadas. É preciso ter cautela antes de rotular alguém como hipertenso, tanto pelo risco de um diagnóstico falso-positivo, como pela repercussão na própria saúde do indivíduo e o custo social resultante (TEMPORÃO, 2006).

Na primeira avaliação, as medidas devem ser obtidas em ambos os membros superiores e, em caso de diferença, utiliza-se sempre o braço com o maior valor de pressão para as medidas subsequentes. O indivíduo deverá ser investigado para doenças arteriais se apresentar diferenças de pressão entre os membros superiores maiores de 20/10 mmHg para a pressão sistólica/diastólica (ESTEVEZ; SANTOS, 2014). Em cada consulta deverão ser realizadas pelo menos três medidas: sugere-se o intervalo de um minuto entre elas, embora esse aspecto seja controverso. A média das duas últimas deve ser considerada a PA real. Caso as pressões sistólicas e/ou diastólicas obtidas apresentem diferença maior que 4 mmHg, deverão ser realizadas novas medidas até que se obtenham medidas com diferença inferior (SÉRGIO, 2017).

A HAS se classifica, de acordo com a medição casual ou no consultório a partir de 18 anos de idade, da seguinte forma (MALACHIAS, 2016):

- Normotensão: Considera-se normotensão quando as medidas de consultório são 120/80 mmHg e as medidas fora dele (MAPA ou MRPA) menor que 135/85 mmHg.
- Pré-hipertensão: A Pressão Arterial caracteriza-se pela presença de PAS entre 121 e 139 e/ou PAD entre 81 e 89 mmHg. Os pacientes têm maior probabilidade de se tornarem hipertensos e maiores riscos de desenvolvimento de complicações CV quando comparados a indivíduos com PA normal (120/80 mmHg)
- Hipertensão estágio 1 : Paciente com PAS entre 140 -159 mmHg e PAD entre 90-99 mmHg
- Hipertensão estágio 2: Paciente com PAS entre 160-179 mmHg e PAD entre 100-109 mmHg
- Hipertensão estágio 3: Paciente com PAS 180mmHg e PAD 110 mmHg

- Hipertensão sistólica isolada Paciente com PAS 140 mmHg e PAD
- A Hipertensão do avental branco é considerada como a situação clínica caracterizada por valores anormais da PA no consultório, porém com valores considerados normais pela MAPA (Medida Ambulatorial da Pressão Arterial) ou MRPA (Medida Residencial da Pressão Arterial).

Na avaliação do paciente hipertenso, a avaliação do risco cardiovascular é de fundamental importância para orientar a conduta terapêutica e o prognóstico de cada paciente. Para a estratificação do risco cardiovascular, é necessário pesquisar a presença dos fatores de risco, das doenças cardiovasculares e das lesões em órgão-alvo (TEMPORÃO, 2006).

Entre os principais fatores de riscos cardiovasculares nos pacientes com HAS temos: idade (homens > 55 e mulheres > 65 anos); tabagismo; dislipidemias: (triglicerídeos > 150mg/dL; LDL colesterol > 100mg/dL; HDL (NETO, 2014).

As lesões de órgãos alvos mais importantes encontradas nos pacientes hipertensos são as seguintes: eletrocardiograma com sobrecarga ventricular esquerda; ecocardiograma com hipertrofia ventricular esquerda (HVE); espessura medio-intimal de carótida (> 0,9mm) ou presença de placa de ateroma; índice tornozelo braquial 30mg por g e velocidade de onda de pulso (se disponível) > 12m/s (NETO, 2014).

A classificação do risco cardiovascular global individual dos pacientes em função do escore de risco de Framingham e da presença de lesão em órgãos-alvo, estão descritas abaixo:

Risco Baixo : Ausência de fatores de risco e ausência de lesão em órgãos-alvo.

Risco Moderado: Presença de fatores de risco, mas com ausência de lesão em órgãos-alvo.

Risco Alto: Presença de lesão em órgãos-alvo ou fatores de risco (TEMPORÃO, 2006).

A investigação laboratorial básica indicada a todos os pacientes hipertensos compreende: análise de urina; potássio plasmático; creatinina plasmática e estimativa do ritmo de filtração glomerular; glicemia de jejum; colesterol total, HDL, triglicerídeos plasmáticos; ácido úrico plasmático; eletrocardiograma convencional.

Tratamento da Hipertensão Arterial Sistêmica

A abordagem multiprofissional é de fundamental importância no tratamento da hipertensão e na prevenção das complicações crônicas. Assim como todas as doenças crônicas, a hipertensão arterial exige um processo contínuo de motivação para que o paciente não abandone o tratamento.

Após a confirmação diagnóstica da hipertensão arterial, deve-se proceder a decisão terapêutica baseada no risco cardiovascular global, considerando-se, além do nível de pressão arterial, a presença de fatores de risco e lesões em órgão-alvo e/ou doenças cardiovasculares estabelecidas. Basicamente, existem duas abordagens terapêuticas para a hipertensão arterial: o tratamento baseado em modificações do estilo de vida (perda de peso, incentivo

as atividades físicas, alimentação saudável, entre outros) e o tratamento medicamentoso. A adoção de hábitos saudáveis é parte fundamental da prevenção de hipertensão e do manejo de todos aqueles com hipertensão arterial sistêmica (NETO, 2014).

O tratamento não medicamentoso (TNM) da HAS envolve controle do peso, padrão alimentar; prática de atividades físicas, cessação do tabagismo, controle de estresse, redução do consumo de sal, moderação do consumo de álcool, entre outros (TORRES, 2017).

- Controle do peso: manter o peso corporal na faixa normal (IMC entre 18.5 a 24.9 kg/m²).
- Padrão alimentar: Consumir dieta rica em frutas e vegetais e alimentos com baixa densidade calórica e baixo teor de gorduras saturadas e totais.
- Redução do consumo de sal: reduzir a ingestão de sódio para não mais de 100 mmol/dia (6 g de sal ao dia).
- Moderação do consumo de álcool: limitar o consumo a 30g/dia de etanol para homens e 15 g/dia para mulher.
- Exercício físico: Habituarse á pratica regular de atividade física aeróbica como caminhadas por 30 minutos por dia, 3 -5 vezes/semana.
- Cessação do tabagismo: O tabagismo aumenta o risco para mais de 25 doenças, incluindo a DCV (Doença Cerebrovascular). O hábito de fumar é apontado como fator negativo no controle de hipertensos, no desconhecimento da HAS e na interrupção do uso de medicamentos anti-hipertensivos.
- Controle do estresse: estudos sobre as práticas de gerenciamento de estresse apontam a importância das psicoterapias comportamentais e das práticas de técnicas de meditação e relaxamento no tratamento da HA.

O tratamento farmacológico se impõe quando as medidas não farmacológicas não são suficientes para o controle da pressão arterial nos pacientes com hipertensão e imediatamente após o diagnóstico nos pacientes com alto risco cardiovascular. Em qualquer caso, o tratamento não farmacológico sempre deve ser mantido.

Desde que exista indicação de tratamento com medicamentos, o paciente deverá ser orientado sobre a importância do uso contínuo, da eventual necessidade de ajuste de doses, da troca ou associação de medicamentos e ainda do eventual aparecimento de efeitos adversos (MALACHIAS, 2016).

Todos os medicamentos anti-hipertensivos disponíveis podem ser utilizados desde que sejam observadas as indicações e contraindicações específicas. A preferência inicial será sempre por aqueles em que haja comprovação de diminuição de eventos cardiovasculares,

ficando os demais reservados a casos especiais em que haja a necessidade da associação de múltiplos medicamentos para que sejam atingidas as metas da PA (MALACHIAS, 2016).

As classes de anti-hipertensivos para uso clínico são as seguintes:

- Inibidores adrenérgicos
- Ação central – agonistas alfa-2 centrais
- Betabloqueadores – bloqueadores beta-adrenérgicos
- Alfabloqueadores – bloqueadores alfa-1-adrenérgicos
- Alfabloqueadores e Betabloqueadores
- Bloqueadores dos canais de cálcio
- Inibidores da ECA
- Bloqueadores do receptor AT1 da angiotensina II
- Vasodilatadores diretos

Entende-se, então, que estratégias medicamentosas e não-medicamentosas devem atuar em conjunto no tratamento da HAS, privilegiando também os programas de prevenção e promoção de saúde nos serviços de Atenção Básica.

4 Metodologia

A presente proposta será desenvolvida na área de abrangência da Unidade de Saúde da Família Santa Luzia localizada no município Quatro Barras, Paraná. Atualmente a UBS acompanha uma população total de 3402 habitantes com predomínio do sexo feminino.

Para o desenvolvimento do projeto de intervenção, utilizou-se o Método do Planejamento Estratégico Situacional (PES) por meio do qual, após processados os problemas identificados no diagnóstico situacional da área de abrangência da equipe de saúde, será elaborado um plano de ação para intervenção sobre o problema identificado como prioritário.

A elaboração do diagnóstico situacional, a identificação e priorização dos problemas e a construção do plano de ação são etapas fundamentais no processo de planejamento e demandam empenho por parte da equipe de saúde. Por outro lado, é uma forma de enfrentar os problemas de maneira mais sistematizada, menos improvisada e, por isso mesmo, com mais chances de sucesso.

A Hipertensão Arterial Sistêmica foi o principal motivo de consulta médica no período de setembro do 2016 a maio 2017, sendo constatado um total de 201 pacientes hipertensos (5,90% da população total) que serão selecionados para participar do presente estudo.

Na primeira etapa será realizado o cadastramento e estratificação de risco cardiovascular de todos os pacientes maiores de 18 anos de idade que procuram atendimento médico na Unidade de Saúde. Também ocorrerá por meio de busca ativa de outros pacientes sabidamente hipertensos ou portadores de fatores de risco. As informações obtidas serão registradas numa ficha previamente confeccionada.

A segunda etapa corresponde ao treinamento da ESF o qual será realizado pelo médico da UBS. Os profissionais capacitados (uma enfermeira, uma técnica de enfermagem e 5 agentes comunitárias de saúde) formarão 3 grupos para aplicar o questionário, aferir os parâmetros antropométricos e a pressão arterial da população-alvo. A obtenção dos dados será feita mediante visita domiciliar, escolhendo um dia da semana para realizar as mesmas de modo a não afetar o atendimento na Unidade de Saúde. Com relação à entrevista, a mesma consta de variáveis quantitativas e qualitativas, exemplo: idade, sexo, etnia, estado civil, nível de escolaridade, profissão, carga horária diária de trabalho, renda familiar, condições de moradia, uso de medicamentos.

Também serão avaliados fatores de riscos, como: hábitos alimentares (consumo de gorduras animais, alimentos gordurosos, carne vermelha, leite, entre outros), a ingestão diária de sal (quantificação baseada em levar ou não o saleiro à mesa, não quantificando em gramas); tabagismo (quantidade de cigarros/ charuto por dia); abuso do consumo de álcool (se maior que 30 ml ao dia); atividade física semanal (considerando a realização de exercícios físicos pelo menos 3 vezes por semana); sobrepeso (definido pelo Índice de

Massa Corporal IMC ≥ 25 kg/m²) e antecedentes de hipertensão arterial em familiares de primeiro grau.

Os fatores de risco avaliados serão os necessários para possibilitar a estratificação de risco pela Escala de Framingham. Os pacientes com a estimativa de risco de evento cardiovascular menor que 10% em 10 anos serão classificados como HAS de baixo risco. Estimativa de risco entre 10% e 20% como risco moderado e, se maior que 20% em 10 anos, alto risco cardiovascular.

A partir da classificação dos usuários em um desses três grupos, será proposta abordagem direcionada de acordo com faixa de risco cardiovascular de cada um. Os usuários classificados como baixo risco deverão realizar na Atenção Básica pelo menos uma consulta médica e uma consulta de enfermagem ao ano; os de risco moderado, duas consultas médicas e duas consultas de enfermagem ao ano; e os de alto risco, três consultas médicas e duas consultas de enfermagem ao ano, sendo que esses últimos deverão ser acompanhados conjuntamente em ambulatórios especializados na atenção secundária.

Na última etapa serão realizados encontros em grupos de educação em saúde com os pacientes com HAS a fim de estimulá-los a ter um estilo de vida saudável e adequado controle da hipertensão arterial. Desta forma, contarão com a participação de toda a equipe do PSF.

As palestras educativas terão periodicidade semanal por um período de 4 meses com o objetivo de abranger todos os usuários. A proposta é realizar abordagem multidisciplinar, possibilitar a troca de experiências e esclarecimento de dúvidas dos usuários, procurando transmitir a informação de forma acessível e dinâmica durante os encontros. Por meio das atividades educativas também será avaliado o conhecimento dos pacientes sobre a hipertensão arterial e suas principais complicações; pela abordagem de temas como :

- Principais causas de hipertensão secundária.
- Consequências de estilos de vida e dos cuidados com a saúde.
- Tabagismo e suas consequências.
- Complicações do sedentarismo e obesidade.
- Importância do uso de medicamentos prescritos e de uma dieta equilibrada.
- Importância da prática de atividade física no controle dos níveis de pressão arterial .
- Consequências da elevação dos níveis de pressão arterial .
- Importancia da adesão do tratamento medicamentoso e não medicamentoso
- Orientações sobre uma dieta saudável.

A partir da discussão dos temas e do levantamento dos conhecimentos da população, é possível ainda verificar os pontos mais importantes a serem discutidos e outras intervenções que podem ser realizadas posteriormente.

5 Resultados Esperados

A Hipertensão Arterial Sistêmica é uma doença crônica ainda com alta prevalência na população e baixas taxas de controle, sendo considerado um dos principais fatores de risco modificáveis e um dos mais importantes problemas de saúde pública, conforme já foi citado anteriormente.

A adesão ao tratamento significa aceitação, por parte do paciente, de tratamentos procedimentos, ou exames propostos para diagnosticar ou tratar uma doença. Em pacientes com diagnóstico de Hipertensão Arterial Sistêmica, o mais importante fator relacionado ao inadequado controle dos níveis pressóricos artérias é a falta de adesão. De fato, tem sido alvo de atenção especial, já que existe em todo o mundo, número expressivo de pessoas com diagnóstico de HAS sem uma atitude adequada ao seu controle.

Devido à baixa adesão ao tratamento, os percentuais de controle de pressão arterial são muito baixos, apesar das evidências crescentes de que o tratamento anti-hipertensivo é eficaz em diminuir a morbidade e a mortalidade cardiovasculares.

Por esses e outros motivos, o controle adequado dos pacientes com HAS deve ser prioridade da Atenção Básica em Saúde considerando que o diagnóstico precoce e o tratamento contínuo são essenciais para diminuição dos eventos cardiovasculares.

Dessa forma, devido à alta prevalência na HAS na população da área de abrangência da Unidade Básica de Saúde Santa Luzia e ao evidente grau de descontrole desses pacientes, acredita-se que o projeto de intervenção proposto seja muito relevante. Espera-se que irá possibilitar a melhora das condições de saúde e de vida dos usuários, além de reduzir a morbimortalidade relacionada com as Doenças Cardiovasculares e, indiretamente, os gastos em saúde relacionados ao controle inadequado desses pacientes.

Assim, a partir da abordagem multidisciplinar e da procura em levar a informação ao paciente de forma mais acessível e mais dinâmica, espera-se que ocorra maior adesão dos pacientes às mudanças de estilo de vida e ao uso correto da medicação. Isso está diretamente relacionado a uma maior autonomia em relação ao acompanhamento da própria saúde, além de ampliar o conhecimento sobre o papel da atividade física na prevenção da hipertensão arterial.

Além da população estar mais informada sobre os riscos de adoecimento pela hipertensão arterial a partir desse trabalho, espera-se que seja possível conseguir 100% de cobertura dos pacientes pela Atenção Básica, tendo sucesso nos seguintes aspectos:

- Redução das complicações decorrentes da HAS;
- Redução da prevalência da obesidade, do consumo de álcool e de tabaco; aumentar a prática de atividade física e o consumo de frutas e hortaliças;
- Diminuição do consumo diário de sal em adultos e idosos;

- Monitoramento da pressão arterial com regularidade, bem como do Índice de Massa Corporal (IMC),
- Verificar regularmente a adesão ao tratamento farmacológico.

Espera-se que as complicações decorrentes da Hipertensão Arterial Sistêmica sejam prevenidas a partir da conscientização da população e da equipe de saúde, bem como da ampliação da atenção em relação a esse público, promovendo saúde.

Referências

- ANACLETO, R. P. *Hipertensão Arterial*. 2017. Disponível em: <<http://professor.pucgoias.edu.br/SiteDocente/admin/arquivosUpload/15347/material/Aula%203%20Hipertens%C3%A3o%20arterial.pdf>>. Acesso em: 08 Set. 2017. Citado na página 13.
- BRONDANI. *HIPERTENSÃO ARTERIAL: Abordagem interdisciplinar na atenção básica*. 2017. Disponível em: <<http://www.unifra.br/eventos/forumfisio/trabalhos/5038.pdf>>. Acesso em: 08 Set. 2017. Citado na página 13.
- ESTEVES, J. P.; SANTOS, R. A. S. dos. *V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial*. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Citado na página 15.
- MALACHIAS, M. V. B. 7ª diretriz brasileira de hipertensão arterial. *SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA*, v. 107, n. 3, p. 1-2, 2016. Citado 3 vezes nas páginas 10, 15 e 17.
- NETO, M. C. *LINHA GUIA DE HIPERTENSÃO ARTERIAL*. Paraná: SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO PARANÁ, 2014. Citado 2 vezes nas páginas 13 e 16.
- OIGMAN, W. *Sinais e sintomas em hipertensão arterial*. 2017. Disponível em: <<http://files.bvs.br/upload/S/0047-2077/2014/v102n5/a4503.pdf>>. Acesso em: 08 Set. 2017. Citado na página 14.
- OLIMPIO, A. Quais as possíveis complicações da hipertensão arterial (pressão alta)? *A Semana*, p. 1-1, 2011. Citado na página 10.
- PERON, E. *QUATRO BARRAS NOS ÚLTIMOS 30 ANOS: Principais indicadores*. 2017. Disponível em: <<http://quatrobarras.pr.gov.br/>>. Acesso em: 29 Ago. 2017. Citado na página 9.
- SÉRGIO. *Hipertensão arterial sistêmica – HAS: Caso complexo 11 - sérgio*. 2017. Disponível em: <<https://unarus2.moodle.ufsc.br/mod/lti/view.php?id=8261>>. Acesso em: 08 Set. 2017. Citado 2 vezes nas páginas 13 e 15.
- SILVA, G. V. da. *Hipertensão*. São Paulo: Maria Cláudia Irigoyen, 2017. Citado 2 vezes nas páginas 13 e 15.
- TEMPORÃO, J. G. *Cadernos de Atenção Básica: Hipertensão arterial sistêmica*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Citado 3 vezes nas páginas 13, 15 e 16.
- TORRES, R. M. *COMO CONTROLAR HIPERTENSÃO ARTERIAL?* 2017. Disponível em: <http://ftp.medicina.ufmg.br/quartadasaude/2013/hipertensao/Como_tratar_a_hipertensao_arterial_18_04_13.pdf>. Acesso em: 08 Set. 2017. Citado na página 17.