



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

Luis Armando Garcia Hernandez

Projeto de Intervenção para capacitação dos Agentes
Comunitários de Saúde para o cuidado da Hipertensão
Arterial na Unidade Básica de Saúde Roberto de Jesus
Portela no Município Ponta Grossa, Paraná

Florianópolis, Março de 2018

Luis Armando Garcia Hernandez

Projeto de Intervenção para capacitação dos Agentes Comunitários
de Saúde para o cuidado da Hipertensão Arterial na Unidade
Básica de Saúde Roberto de Jesus Portela no Município Ponta
Grosa, 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: Marcelo Vieira
Coordenadora do Curso: Profa. Dra. Fátima Büchele

Florianópolis, Março de 2018

Luis Armando Garcia Hernandez

Projeto de Intervenção para capacitação dos Agentes Comunitários de Saúde para o cuidado da Hipertensão Arterial na Unidade Básica de Saúde Roberto de Jesus Portela no Município Ponta Grossa, 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

Marcelo Vieira
Orientador do trabalho

Florianópolis, Março de 2018

Resumo

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é um prevalente agravo à saúde, que atinge grande parte da população brasileira, correspondendo ao principal fator de risco para doenças cardiovasculares. Habitualmente não apresenta um controle adequado na população, levando a situações de urgência e emergência, o que contribui para as altas taxas de morbimortalidade cardiovascular. Configura-se como um problema de saúde pública, delicado para os pacientes acometidos e também um grave problema para o sistema de saúde, gerando grande impacto nos custos em saúde. Frente a este quadro, é de grande importância a construção de estratégias para uma melhor abordagem da HAS na Atenção Básica. O trabalho é implementar um projeto de intervenção educativo para o cuidado da HAS, com foco na capacitação de agentes comunitários de saúde (ACS) e usuários, na Unidade Básica de Saúde (UBS) Roberto de Jesus Portela no Município Ponta Grossa, Paraná. O projeto será desenvolvido em duas etapas. A primeira consistirá em promover atividades de educação permanente para os ACS e, num segundo momento, elas serão voltadas e adaptadas aos usuários. Serão abordados os seguintes temas de grande relevância para o cuidado à HAS, a partir do conhecimento prévio e das necessidades dos ACS e usuários: níveis pressóricos adequados; riscos associados a um controle inadequado da pressão arterial (PA); controle não medicamentoso da PA; controle medicamentoso da PA, situações de alarme. Espera-se que, após colocar em prática o projeto de intervenção, alcance-se a melhoria do controle da PA nos pacientes envolvidos e, a médio prazo, a redução de situações de urgência e emergência hipertensivas nos pacientes acompanhados na UBS. Este projeto pode também ser um modelo para potencializar o processo de educação permanente dos ACS no município.

Palavras-chave: Agentes Comunitários de Saúde, Capacitação Profissional, Educação em Saúde, Hipertensão

Sumário

1	INTRODUÇÃO	9
2	OBJETIVOS	13
2.1	Objetivo Geral	13
2.2	Objetivos Específicos	13
3	REVISÃO DA LITERATURA	15
4	METODOLOGIA	23
5	RESULTADOS ESPERADOS	25
	REFERÊNCIAS	27

1 Introdução

Ponta Grossa, fundada em 15 de Setembro de 1823, é um município Brasileiro localizado na região central do estado do Paraná, distante 103 quilômetros da capital, Curitiba, com uma população estimada de 34.1130 habitante É o núcleo de uma das regiões mais populosas, a dos Campos Gerais do Paraná, que tem uma população de mais de 1.100.000 habitantes e o maior parque industrial do interior do estado. A cidade também é conhecida como Princesa dos Campos e Capital Cívica do Paraná e a quarta mais populosa do estado e 76^a do Brasil. O nome Ponta Grossa e a toponímia de uma grande colina coberta por um Capão de mato que podia ser visto de longa distância pelos viajantes.

O município disponibiliza de um conjunto de instituições de saúde como Hospital Público Municipal "Amadeu Pupii "que presta serviços médicos de pronto socorro para os adultos e crianças. Um Hospital Regional Universitário que presta serviços a gestantes e neonatos. , 5 casas de idosos, várias clinicas medicas e odontológicas privadas, um Hospital Infantil Getúlio Vargas que e público, vários Hospitais filantrópicos como Hospital San Camilo, Hospital Bom Jesus, Hospital Vicentino, Santa casa de Misericórdia.

A Unidade Básica de Saúde (UBS) na qual se pretende implementar o projeto é denominada Roberto de Jesus Portela, localizada no bairro Ronda, um dos 105 do município d.. A Unidade conta com três equipes de saúde. possui 3 consultórios, 1 sala de vacinação, 1 sala de esterilização, 1 sala de inalação e coleta , 1 sala de expurgo, 1 administrativo, 1 sala de reuniões, 1 sala de pré-consulta, 1 sala de curativos, 1 enfermaria, 1 sala de puericultura, 1 farmácia. O bairro conta, além da UBS, com serviços públicos como , uma farmácia popular, 4 escolas. Existem 6 igrejas, dentre as quais, a católica presta assistência social (Projeto Bom Samaritano), também há uma praça pública que serve como espaços de lazer.

O perfil das moradias na região é bastante heterogêneo, verifica-se construções que vão desde aquelas commaterial de construção, uma parcela delas construída com madeira, até casas de palafita, o que demonstra um perfil sócio-econômico bem variado. O bairro possuiu transpor público chegando a todas as localidades, porém nem todas as ruas são pavimentadas e. Parte das pessoas da comunidade participa de programas sociais como Bolsa Família e Leite daa Crianças. Existem áreas de risco ambiental e de interesse social no território da Unidade, como Área Vam Buzol, local com moradias irregulares , na qual não existe rede de esgoto. O nível de educação das pessoas é outra questão, sendo ele baixo, inclusive com parcela apresentando analfabetismo.

Temos uma população total de 3369, deles 1574 são do sexo masculino e 1795 do sexo feminino. Destes, há uma estimativa de que haja menor de 1 ano de idade 8 do sexo masculino e 12 do sexo feminino com um total de 20, 1-4 anos 31 do sexo masculino e 44 do sexo feminino com um total de 75, 5-9 anos 30 do sexo masculino e 40 do sexo

feminino com um total de 70, 10-14 anos 35 do sexo masculino e 42 do sexo feminino com um total de 77, 15-19 anos 40 do sexo masculino e 48 do sexo feminino com um total de 88, 20-59 anos 870 do sexo masculino e 913 do sexo feminino com um total de 1783 , mas de 60 anos 574 do sexo masculino e 682 do sexo feminino com um total de 1256.

O perfil epidemiológico do território adscrito apresenta Neste bairro tem muitas doenças predominantemente Hipertensão Arterial, Diabetes Mellitus, Dislipidemia e, Obesidade com má hábitos dietéticos. Outro aspecto a ser mencionado que afeta a área é a gravidez na adolescência embaraço na adolescência e um problema de saúde que afeta a área.

Por a magnitude do problema e por a importancia que tem na prevenção de doenças crônicas não transmissíveis e seu fatores de risco decidimos escolher a Hipertensão Arterial para a discussão do nosso trabalho por haver atualmente em nossa população uma prevalência de 205 homens para um 6,08 % e 197 mulheres para um 5,80 % com um total de 402 hipertensos para um 11,93 % de prevalencia

Os problemas da unidade foram selecionados a partir da observação situacional e também de análises das fontes de dados disponíveis a partir das fichas de produção diárias e mensais da equipe 2 da UBS . Essas fichas especificam o número de atendimentos, os principais diagnósticos de cada consulta, as estratégias realizadas. A classificação das prioridades foi feita a partir da análise dos seguintes pontos: Importância do problema (Alto, médio e baixo), urgência e capacidade de enfrentamento. A partir disso foi selecionado problema de maior prioridade pelo resultado da aplicação dos critérios acima referidos. Dessa forma, a falta de controle dos pacientes hipertensos foi citado como o principal problema a ser resolvido.

A solução do problema esta quase totalmente dentro da capacidade de enfrentamento da equipe, que para melhor enfrentá-lo, deve classificar os pacientes em grupos de risco, instituir o Hiperdia, criar grupos de controle , dentre outras medidas.

Nas estatísticas de saúde pública percebe-se que a Hipertensão Arterial tem alta prevalência em baixas taxas de controle, sendo considerada um dos principais fatores de risco modificáveis em um dos mais importantes problemas de saúde pública Até 2025, o número de hipertensos nos países em desenvolvimento, como o Brasil, deverá crescer 80%, segundo estudo conjunto da Escola de Economia de Londres, do Instituto Karolinska (Suécia) e da Universidade do Estado de Nova York . No Brasil, existem atualmente 17 milhões de hipertensos, . Ministério da Saúde . "Autoridades públicas e toda a sociedade devem se conscientizar e iniciar a prevenção e o tratamento para evitar a pressão alta", afirma. (CARDIOLOGIA; HIPERTENSÃO; NEFROLOGIA, 2010).

As doenças cardiovasculares são importantes causas de morbidade e internações frequentes e mortalidade, gerando altos custos econômicos e além disso sabe-se que a mortalidade por DCV aumenta progressivamente com o aumento da pressão arterial. Além disso a DCV e condição muitas vezes silenciosa ou que pode atacar sem aviso ressaltando a

importancia da prevenção. Por esses e outros motivos, o controle adequado dos pacientes hipertensos deve ser prioridade da Atenção Básica a partir do princípio de que o diagnóstico precoce, bom controle e tratamento adequado dessa afecção são essenciais para a diminuição dos eventos cardiovasculares. (CARDIOLOGIA, 2010).

Na realidade na Unidade básica Roberto Portela no equipe 2 são constantes os atendimentos de pacientes hipertensos com controle inadequado com possíveis complicações graves como IAM , ACV , por exemplo. A falta de adesão dos usuários das mudanças dos estilos de vida ao tratamento adequado também são evidentes durante as consultas

2 Objetivos

2.1 Objetivo Geral

Avaliar a influencia que exerceria um programa de intervenção educativa nos pacientes Hipertensos da Unidade de Saúde Roberto de Jesus Portela do Bairro Ronda do Município Ponta Grossa Estado Paraná na prevenção de riscos de acidentes e complicações relacionadas com a doença e o melhoramento da qualidade de vida.

2.2 Objetivos Específicos

- Identificar o nível de conhecimento presente nos pacientes sobre as principais causas e consequências para a saúde da HTA.
- Determinar o efeito do programa de intervenção educativa no melhoramento dos estilos de vida e afrontamento dos pacientes
- Relacionar o nível de conhecimento, técnicas e habilidades adquiridas no programa de intervenção pelos pacientes na aplicação de medidas para a prevenção do risco de acidentes e melhoramento da qualidade de vida

3 Revisão da Literatura

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), definida pela persistência de pressão arterial sistólica acima de 135 mmHg e diastólica acima de 85 mmHg, sendo hoje considerada um dos principais fatores de risco para doenças cardiovasculares e cerebrovasculares, tais como insuficiência cardíaca, infarto agudo do miocárdio, acidente vascular cerebral, insuficiência renal crônica, aneurisma de aorta e retinopatia hipertensiva ([CARDIOLOGIA; HIPERTENSÃO; NEFROLOGIA, 2010](#)). Iso ocorre primeiro por apresentar alta prevalência, sem segundo por ter forte relação de risco com eventos cardiovasculares fatais e não fatais, sendo esta relação contínua, positiva e independente de outros fatores. Cerca de 30% da população adulta apresenta níveis de pressão arterial acima de 140/90mmHg, porém riscos cardiovasculares começam a existir em níveis ainda menores. É uma condição clínica multifatorial caracterizado por níveis elevados e sustentados de pressão arterial (PA). Associa-se frequentemente a alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo (coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos) e a alterações metabólicas. Quando associada a outros fatores de risco como diabetes mellitus, obesidade, sedentarismo e tabagismo, os níveis pressóricos podem ser ainda mais elevados e as conseqüentes lesões de órgãos-alvo ainda mais graves ([CARDIOLOGIA, 2010](#)).

A HAS é um problema grave de saúde pública no Brasil e no mundo. Na relação com as doenças para as quais é fator de risco é responsável por pelo menos 40% das mortes por acidente vascular cerebral, por 25% das mortes por doença arterial coronariana e, em combinação com o diabete, 50% dos casos de insuficiência renal terminal. Com o critério atual de diagnóstico de hipertensão arterial (PA 140/90 mmHg), a prevalência na população urbana adulta brasileira varia de 22,3% a 43,9%, dependendo da cidade onde o estudo foi conduzido. A principal relevância da identificação e controle da HAS reside na redução das suas complicações, tais como os eventos fatais e não-fatais supracitados ([CARDIOLOGIA, 2010](#)). Os profissionais de saúde da rede básica têm importância primordial nas estratégias de controle da hipertensão arterial, quer na definição do diagnóstico clínico e da conduta terapêutica, quer nos esforços requeridos para informar e educar o paciente hipertenso como de fazê-lo seguir o tratamento. É preciso ter em mente que a manutenção da motivação do paciente em não abandonar o tratamento é tal vez uma das batalhas mais importantes que profissionais de saúde enfrentam em relação ao paciente hipertenso ([BRASIL, 2013](#)). Para complicar ainda mais a situação, é importante lembrar que um grande contingente de pacientes hipertensos também apresenta outras doenças, como diabete, dislipidemia e obesidade, o que traz complicações importantes em termos de gerenciamento das ações terapêuticas necessárias para o controle de estas doenças crônicas, cujo tratamento exige perseverança, motivação.

Estudos de prevalência da hipertensão no Brasil, entre 1970 e início dos anos 90,

revelam valores de prevalência entre 7,2 e 40,3% na Região Nordeste, 5,04 a 37,9% na Região Sudeste, 1,28 a 27,1% na Região Sul e 6,3 a 16,75% na Região Centro-Oeste. Esses números são importantes fontes de conhecimento da frequência de agravos na população: servem, também, para a verificação de mudanças ocorridas após as intervenções (PASSOS; ASSIS; BARRETO, 2006). Nos últimos anos, observa-se o aumento do número de estudos transversais para estimar a prevalência da hipertensão arterial. Observa-se, entretanto, grande variabilidade na informação obtida, em função de vários fatores, entre os quais: a) desenhos de amostra diversos; b) distintos grupos populacionais (sexo, idade, renda, escolaridade, etc); c) abrangência geográfica do estudo (nacional, regional, urbano, rural); d) critérios de diagnóstico e rigor na mensuração da pressão arterial (PA); e) fonte e tipo de dados coletados; e f) análise dos dados. Essa variabilidade da informação, geralmente, inviabiliza a comparação dos estudos e sua utilização como ferramenta de decisão para a Saúde Pública (PASSOS; ASSIS; BARRETO, 2006).

A prevalência de HA varia bastante de país para país, em função dos diferentes critérios, assim como da inclusão, entre os hipertensos, de pessoas tratadas e controladas. Assim, nos Estados Unidos, para os anos de 1971-1975, em adultos de 25-74 anos, de ambos os sexos, com o critério da OMS, a prevalência foi de 18,0%, e para os anos de 1976-1980, de 17,7%. Nestes estudos incluíram-se os controlados. A prevalência de hipertensão "borderline" nos mesmos estudos foi, respectivamente, de 17,1% e 12,0%. No estudo de 1976-1980, utilizando-se o critério do Joint National Committee IV, a prevalência de HA definida sobe para 29,7% (LOLIO, 1990). Estudos epidemiológicos de base populacional são fundamentais para se conhecer a distribuição da exposição por hipertensão no País e os fatores e condições que influenciam a dinâmica desses fatores de risco na comunidade. A identificação dos maiores fatores de risco para doenças cardiovasculares, de estratégias de controle efetivas e combinadas com educação comunitária e monitoramento dos pacientes de alto risco contribuíram para uma diminuição substancial na mortalidade, em quase todos os países desenvolvidos. Este trabalho teve por objetivo revisar, de forma crítica, os estudos recentes de base populacional que estimaram a prevalência de hipertensão em adultos brasileiros.

A adoção de hábitos de vida saudáveis é parte fundamental da prevenção e do tratamento de pacientes com HAS, por isso o tratamento não-farmacológico é muito importante. A abordagem terapêutica inclui controle de peso, adoção de hábitos alimentares saudáveis, redução do consumo de sal, redução do consumo de bebidas alcoólicas, abandono do tabagismo, prática de atividade física regular, dentre outras. Os fármacos anti-hipertensivos exercem sua ação terapêutica por muitos mecanismos que interferem na fisiopatologia da HAS. As classes de anti-hipertensivos disponíveis para uso clínico são: diuréticos; agentes simpaticolíticos; vasodilatadores; bloqueadores dos canais de cálcio; inibidores da enzima conversora da angiotensina (ECA); bloqueadores do receptor AT 1 da angiotensina II; inibidor da renina (CARDIOLOGIA, 2010).

Qualquer fármaco dos grupos de anti-hipertensivos pode ser utilizado para o tratamento da hipertensão arterial, desde que resguardadas as indicações e contraindicações específicas. A monoterapia, geralmente, é o tratamento inicial para pacientes com HAS estágio 1 e com risco cardiovascular baixo a moderado. Dependendo da resposta do paciente à terapêutica, quase sempre é necessária a adoção de terapias combinadas, valendo-se de dois ou mais agente anti-hipertensivos com diferentes mecanismos de ação. Estudos recentes mostraram que em cerca de dois terços dos casos, a monoterapia não foi suficiente para reduzir a pressão arterial para valores normais, por isso, a terapia combinada de anti-hipertensivos como primeira medida medicamentosa está sendo adotada, principalmente, para pacientes com hipertensão estágios 2 e 3 e para aqueles com hipertensão arterial estágio que apresentam risco cardiovascular alto. A terapia combinada de anti-hipertensivos pode ser feita por meio de medicamentos separados ou por associações em dose fixa combinada (NEFROLOGIA, 2010).

O mecanismo de ação anti-hipertensiva dos diuréticos se relaciona inicialmente aos seus efeitos diuréticos e natriuréticos, que ocasiona uma diminuição do volume extracelular. Posteriormente, após cerca de quatro a seis semanas, o volume extracelular retorna ao normal e há redução da resistência vascular periférica. Os diuréticos de alça, os tiazídicos e os poupadores de potássio são os mais comumente utilizados na prática clínica e exercem seu efeito farmacológico atuando em diferentes partes do néfron. Os diuréticos de alça inibem seletivamente a reabsorção de NaCl no ramo ascendente espesso na alça de Henle, são considerados diuréticos de alta potência e a furosemida é o principal fármaco dessa classe, sendo indicada na Relação Nacional dos Medicamentos Essenciais. Os tiazídicos inibem o transporte de NaCl predominantemente no túbulo contorcido distal, são considerados diuréticos de baixa potência e a hidroclorotiazida é o principal fármaco dessa classe. Os poupadores de potássio bloqueiam os efeitos da aldosterona no túbulo distal terminal e no túbulo coletor cortical, a espirolactona atua antagonizando os receptores de mineralocorticoides e a amilorida atua inibindo o fluxo de Na⁺ através dos canais iônicos. As principais reações adversas relacionadas aos diuréticos são hipopotassemia, hipomagnesemia, hiperuricemia, intolerância à glicose e aumento de triglicérides (NEFROLOGIA, 2010).

Os principais agentes simpaticolíticos de ação central disponíveis para uso clínico são a clonidina e a -metildopa. A clonidina atua estimulando os receptores α_2 -adrenérgicos pré-sinápticos localizados no tronco encefálico, o que resulta na diminuição da descarga simpática, seu efeito hipotensor é baixo, entretanto a associação com outros fármacos anti-hipertensivos pode ser eficaz, principalmente quando é observada uma hiperatividade simpática. A -metildopa é um fármaco análogo da DOPA que se converte nos metabólitos responsáveis pela ação farmacológica dentro das vesículas sinápticas. Esses metabólitos são a -metilnoradrenalina e -metildopamina que também atuam ativando os receptores α_2 -adrenérgicos pré-sinápticos. Devido a sua segurança, a -metildopa é o agente de escolha

para o tratamento da HAS em gestantes. As principais reações adversas relacionadas aos agentes de ação central são sonolência, sedação, boca seca, fadiga, hipotensão postural e disfunção sexual (CARDIOLOGIA, 2010).

Os betabloqueadores disponíveis para uso clínico podem ser seletivos para β_1 ou podem ser não seletivos. O mecanismo de ação anti-hipertensiva dessa classe envolve diminuição inicial do débito cardíaco, redução da secreção de renina, readaptação dos barorreceptores e diminuição das catecolaminas nas sinapses nervosas. São eficazes para o tratamento da HAS, sendo frequentemente associados a um fármaco bloqueador de canais de cálcio. Os betabloqueadores mais usados são: propranolol, atenolol, metoprolol e carvedilol. Vale destacar que o carvedilol também é capaz de bloquear os receptores β_1 -adrenérgicos, o que lhe confere uma ação vasodilatadora. A suspensão brusca dos betabloqueadores pode provocar hiperatividade simpática, com hipertensão rebote e/ou manifestações de isquemia miocárdica, sobretudo em hipertensos com pressão arterial previa muito elevada. As principais reações adversas relacionadas a essa classe são broncoespasmo, bradicardia, distúrbios da condução atrioventricular, vasoconstrição periférica, insônia, pesadelos, depressão psíquica, astenia e disfunção sexual. Os alfabloqueadores apresentam efeito hipotensor discreto, não sendo indicado como classe de primeira escolha para o tratamento da HAS. Além disso, a associação com fármacos de outras classes farmacológicas não é recomendada. Por esses motivos, o uso clínico dos alfabloqueadores é pequeno.

Os vasodilatadores relaxam a musculatura lisa das arteríolas, ocasionando a diminuição da resistência vascular periférica. Há disponíveis para uso clínico vasodilatadores orais (hidralazina e minoxidil) e parenterais (nitroprussiato, diazóxido e fenoldopam) que são utilizados para o tratamento de emergências hipertensivas. As principais reações adversas relacionadas a essa classe são retenção hídrica e taquicardia reflexa, o que contraindica seu uso como monoterapia. A associação com fármacos de outras classes é recomendada somente em caso de hipertensão arterial refretária, que ocorre quando a pressão arterial permanece acima da meta mesmo com o uso de três classes de fármacos. Por esses motivos, o uso clínico dos vasodilatadores é pequeno e não há descrito nenhum fármaco.

Os bloqueadores dos canais de cálcio atuam inibindo fluxo de cálcio extracelular para o meio intracelular dos músculos cardíacos e liso, o que diminui a concentração intracelular de cálcio e provoca a redução da resistência vascular periférica. Apesar do mecanismo final comum, esse grupo é dividido em três subgrupos, com características químicas e farmacológicas diferentes: fenilalquilaminas, benzotiazepinas e dihidropiridinas. O principal fármaco do subgrupo das fenilalquilaminas é o verapamil, que foi o primeiro bloqueador de canal de cálcio utilizado na clínica. O principal fármaco do subgrupo das benzotiazepinas é o diltiazem. O nifedipino é protótipo do subgrupo das di-hidropiridinas, o qual é o subgrupo com o maior número de medicamentos disponíveis para uso clínico. As di-hidropiridinas indicadas são o anlodipino e o nifedipino. São anti-hipertensivos eficazes que reduzem a morbidade e a mortalidade cardiovasculares. As principais reações adver-

sas relacionadas a essa classe são em tonteira, hipotensão, cefaleia, edema periférico e taquicardia. O verapamil e o diltiazem podem também provocar depressão miocárdica e bloqueio atrioventricular.

Os Inibidores da enzima conversora de angiotensina atuam fundamentalmente pela inibição da enzima conversora da angiotensina (ECA), bloqueando a transformação da angiotensina I em II no sangue e nos tecidos, provocam a redução da resistência vascular periférica. Esses fármacos são eficazes no tratamento da HAS, reduzindo a morbidade e a mortalidade cardiovasculares nos hipertensos. Além disso, também são utilizados para prevenir a nefropatia em pacientes com Diabetes Mellitus. Os fármacos disponíveis são o captopril e o enalapril.¹¹ As principais reações adversas relacionadas a essa classe são tosse seca, alteração do paladar e, mais raramente, reações de hipersensibilidade como erupção cutânea e edema angioneurótico. Seu uso é contraindicado na gravidez pelo risco de complicações fetais. Dessa forma, seu emprego deve ser cauteloso e frequentemente monitorado em adolescentes e mulheres em idade fértil. Os Bloqueadores do receptor AT 1 da angiotensina II atuam bloqueando seletivamente os receptores AT 1 de angiotensina II. Por isso, assim como os inibidores da ECA, também reduzem a resistência vascular periférica. São eficazes no tratamento da HAS e propiciam uma redução da morbidade e da mortalidade cardiovasculares especialmente em populações de alto risco cardiovascular. Losartan é fármaco dessa classe indicado. Os bloqueadores dos receptores de AT 1 da angiotensina II são bem tolerados. Ao contrário dos IECA, eles não causam tosse, e a incidência de edema angioneurótico é bem menor. Também apresentam potencial teratogênico, logo seu emprego deve ser cauteloso e frequentemente monitorado em adolescentes e mulheres em idade fértil (KATZUNG, 2005). A monoterapia no tratamento da HAS é eficiente para apenas um terço dos hipertensos. Por isso, a associação de diferentes fármacos é muito importante para o tratamento correto dessa doença. Para a efetividade do tratamento, são associados fármacos de diferentes classes terapêuticas para que ocorra um sinergismo de suas ações farmacológicas, o que ocasiona uma redução maior dos níveis da pressão arterial.

A ciência já identificou diversos fatores que podem aumentar o risco de se desenvolver hipertensão arterial e, portanto, o risco de doença coronária, doenças cardíacas e AVCs. Os principais fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão arterial sistêmica (HAS) são: a) história familiar, logo, como não se pode controlar a hereditariedade, a escolha do estilo de vida saudável tem permitido que muitas pessoas com forte história familiar de HAS possam evitar ou retardar o seu aparecimento; b) Idade avançada: à medida que envelhecemos, os vasos sanguíneos tendem a perder a flexibilidade, o que pode contribuir para o aumento de pressão; c) gênero: maior porcentagem de homens do que mulheres têm HAS até 45 anos de idade. Entre 45 e 54, e 55 a 64, os percentuais de homens e mulheres com HAS são semelhantes. Depois disso, uma porcentagem muito maior de mulheres tem HAS do que os homens; d) o sedentarismo: aumenta a chance

de ter pressão alta, doença cardíaca, e AVC. A inatividade também torna mais fácil para se tornar sobrepeso ou obesidade que também predispõe a HAS; e) má alimentação, especialmente a que inclui excesso de sal: uma dieta rica em calorias, gorduras e açúcares, e pobre em nutrientes essenciais contribui diretamente para a vida não saudável, bem como a obesidade, além disso, algumas pessoas são "sal sensíveis", ou seja, quanto mais rica a dieta em sal, maior a PA, outras não são sal sensíveis, a PA não aumenta ou aumenta pouco com a ingestão de sal; f) o sobrepeso e a obesidade aumentam as chances de desenvolver pressão alta; excesso de peso aumenta a PA, os níveis sanguíneos de colesterol e triglicérides, e reduz os níveis de HDL, além de aumentar a predisposição a diabetes; g) uso excessivo e regular de álcool pode aumentar a pressão arterial de forma dramática, além de poder causar insuficiência cardíaca, acidente vascular cerebral e causar arritmias; h) Apneia do sono, distúrbio potencialmente ameaçador da vida, em que os tecidos colapsam sobre a garganta e bloquear as vias respiratórias; o cérebro obriga-o despertar o suficiente para abrir a traquéia e o ciclo começa novamente, ela é um fator de risco para HAS, insuficiência cardíaca, diabetes e AVC; há indícios de alguma conexão entre pressão arterial e esses fatores; i) estresse pode aumentar temporariamente a sua pressão arterial, mas a ciência não provou que o estresse provoca HAS. observa-se uma relação entre o risco de doença cardíaca coronária e estresse, comportamentos da saúde e situação socioeconômica. O estresse pode afetar outros fatores de risco estabelecidos para a HAS e doença cardíaca. Por exemplo, as pessoas sob estresse pode comer mais ou comer uma dieta menos saudável, não fazer atividade física, beber, fumar, etc; j) tabagismo aumenta temporariamente a pressão arterial e causa danos as artérias o uso do tabaco pode ser devastador para a sua saúde, especialmente se você já tem risco de HAS; é importante mencionar que o fumante passivo tem risco aumentado para doença cardíaca em relação ao não-fumantes (RADOVANOVIC et al., 2014).

O enfrentamento da morbimortalidade associada a HAS no município de Ponta Grossa demanda a abordagem da falta de detecção precoce dos pacientes, deficiente implantação de medidas preventivas e de controle, da triagem precária dos pacientes hipertensos e da baixa adesão ao tratamento medicamentoso. Devem ser identificadas opções informadas pelas melhores evidências científicas disponíveis a serem consideradas pela gestão local de saúde para obter maior efetividade na abordagem do problema, considerando aspectos de equidade e o contexto de implementação.

O objetivo desta síntese de evidências é identificar e caracterizar opções para a abordagem preventiva e controle da hipertensão arterial no âmbito da APS. Eelencamos as seguintes possibilidades adotadas para enfrentar o problema: Opção 1 – Programa de mudança do comportamento alimentar para prevenção e controle da hipertensão Promover programa de alimentação saudável que preconize e encoraje mudanças no comportamento alimentar, incluindo redução da ingestão diária de sódio e a adoção de uma alimentação saudável baseada no consumo de alimentos naturais ou minimamente pro-

cessados, incluindo alimentos com potencial cientificamente evidenciado de redução da pressão arterial. Campanhas educativas dirigidas aos profissionais de saúde, estudantes, empresas e comunidades; Opção 2 – Programa de mudança do comportamento quanto à prática de atividade física para prevenção e controle da hipertensão Promover programa que preconize, encoraje e oportunize a prática de atividades físicas à população, visando à prevenção e ao controle da hipertensão; Opção 3 – Uso de fármacos anti-hipertensivos combinados em um comprimido de dose fixa, visando aumentar a adesão ao tratamento Promover programa de fortalecimento da adesão ao tratamento farmacológico, direcionado aos médicos e aos pacientes, através da prescrição de anti-hipertensivos combinados em um comprimido de dose fixa para simplificar o tratamento e melhorar a adesão.

4 Metodologia

O presente projeto será desenvolvido tendo como público-alvo os profissionais da equipe de saúde, principalmente os agentes comunitários de saúde, e os usuários portadores de HAS, seus familiares e cuidadores, na área sob responsabilidade do UBS Roberto de Jesus Portela no município de Ponta Grossa, Paraná. O delineamento das atividades de intervenção será desenvolvido em duas etapas. Na primeira, os profissionais médico e enfermeiro da equipe farão atividades de formação destinadas aos ACS em encontros conjuntos para transmitir o conhecimento teórico-prático suficiente que permita aos ACS transmitir trabalharem a informação e transmiti-la aos pacientes, familiares e cuidadores. Os temas trabalhados serão: níveis pressóricos adequados; riscos associados a um controle inadequado da HAS; controle não medicamentoso da PA; controle medicamentoso da PA; situações de alarme; planejamento para a continuidade do cuidado ao portador de HAS na Unidade de Saúde e no domicílio.

A carga horária considerada para esta primeira etapa de formação é 20 horas, organizadas em encontros de 4 horas, durante 2 semanas. Os encontros ocorrerão na Unidade de Saúde da Família Roberto de Jesus Portela, Município Ponta Grossa, Estado Paraná. Para a segunda etapa da intervenção, os ACS vão realizar as atividades de com os pacientes, cuidadores e familiares sobre os mesmos temas com que foram formados. A formação será contínua, sendo realizada no posto de saúde, em outros locais da comunidade, com grupos de aproximadamente 20 pessoas, quantidade que permite interagir e aproveitar a parte prática da formação, e nas visitas domiciliares. Estas atividades darão ênfase também à necessidade de acompanhamento dos pacientes no posto, na aferição da PA com frequência programada, nas visitas programadas e nas atividades coletivas com a presença de médicos, enfermeiros ou técnicos de enfermagem.

A fim de facilitar e aumentar a força do projeto a ser implementado, buscar-se-á parcerias para a execução. A primeira parceria será com a Secretaria de Saúde do município de Ponta Grossa para obter o material necessário para realizar o curso: aparelhos de medição da PA e material escrito para as duas etapas da formação. A Secretaria pode ser também usada para o contato com os diferentes lugares da comunidade onde a segunda etapa da formação pode ser feita. Mais especificamente, gerentes ou responsáveis destes locais da comunidade podem ser usados em parceria. Quanto aos recursos necessários para a execução do projeto, eles serão de três tipos: humanos: membros da equipe de saúde (médicos, enfermeiros, técnico de enfermagem, ACS, administrativos); Materiais: Aparelhos de medição da PA, material de escritório, folders e cartazes educativos e de convocatória das reuniões, lanches; e de estrutura (local) para as atividades, no caso os prédios onde a formação vai ter lugar: posto de saúde, escolas, igrejas, teatros.

O orçamento aproximado para este plano de intervenção é o seguinte: 6 aparelhos de

Tabela 1 – Cronograma de execução

Etapa/atividade	Início	Término	Respon- savel
Preparação e seleção de material educativo: ex: pôster, cartazes	01 de Dezembro 2016	01 de Março de 2017	Medico e enfer- mera
Primeira etapa de formação (aos ACS)	4 de Abril de 2017	15 de Abril de 2017	Medico e enfer- mera
Segunda etapa de formação (pacientes, familiares e cuidadores): 2 meses e posteriormente de forma contínua.	Maior de 2017	Junho de 2017	Medico e enfer- mera

medição da PA: R\$ 300,00; material de escritório, cartazes, pôsteres: R\$ 500,00; lanches: (R\$ 5,00 por lanche, 500 pessoas podem ser formadas) R\$2.000,00.

5 Resultados Esperados

Sendo a HAS uma doença insuficientemente controlada, e portanto, passível de melhorar com intervenções, acredita-se que este projeto possa contribuir para um melhor autocuidado da população portadora de HAS e fortalecer o conhecimento dos principais fatores de riscos, prevenção de complicações relacionadas com a doença em familiares, cuidadores e pacientes com um melhora da qualidade de vida dos pacientes. Dado que a maioria das urgências e emergências nos pacientes hipertensos são devidas à não adesão às orientações dos profissionais de saúde, farmacológicas e não-farmacológicas, ao desconhecimento de princípios fundamentais da doença, a aferições erradas da PA feitas por pessoas sem a formação adequada, e ao não conhecimento ou negligência sobre os sinais de alarme, parece claro que uma ação formativa nestes níveis irá minimizar as consequências negativas desta doença, otimização do controle da PA dos pacientes envolvidos e, a médio prazo, a redução de situações de urgência e emergência hipertensivas nos pacientes acompanhados no posto de saúde. É um projeto interessante e motivador pela contribuição que pode trazer aos pacientes sobre responsabilidade da equipe de saúde, e pelo fortalecimento da Educação Permanente dos ACS e da capacitação de pacientes, familiares e cuidadores para o cuidado em HAS. Os desdobramentos do projeto na minha unidade e sobre os pacientes podem ser evidentes e mais rápidos. A nível municipal, em outras Unidades de saúde, pode também contribuir ao médio prazo para a Educação Permanente dos ACS e para o autocuidado em HAS. Este projeto pode também ser um modelo para potencializar o processo de educação permanente dos ACS no município

Referências

- BRASIL, M. da S. *Hipertensão Arterial Sistemica: Caderno de atenção básica*. Brasília: Ministério de Saúde, Secretaria de Atenção a Saúde, Departamento de Atenção Básica, 2013. Citado na página 15.
- CARDIOLOGIA, S. B. D. Vi diretrizes brasileiras de hipertensão arterial. *Revista Brasileira de Hipertensão.*, v. 17, n. 1, p. 11–17, 2010. Citado 4 vezes nas páginas 11, 15, 16 e 17.
- CARDIOLOGIA, S. B. D.; HIPERTENSÃO, S. B. D.; NEFROLOGIA, S. B. D. Vi diretrizes brasileiras de hipertensão. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, v. 95, n. 1, p. 1–51, 2010. Citado 2 vezes nas páginas 10 e 15.
- KATZUNG, B. G. *Farmacologia Básica e Clínica*. Brasília: Guanabara Koogan, 2005. Citado na página 19.
- LOLIO, C. Epidemiologia da hipertensão arterial. *Revista de Saúde Pública*, v. 24, n. 5, p. 425–432, 1990. Citado na página 16.
- NEFROLOGIA, S. B. D. Tratamento medicamentoso. *Jornal Brasileiro de Nefrologia*, v. 32, n. 1, p. 1–15, 2010. Citado na página 17.
- PASSOS, V.; ASSIS, T.; BARRETO, S. Hipertensão arterial no brasil: estimativa de prevalência a partir de estudos de base populacional. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, v. 15, n. 1, p. 35–45, 2006. Citado na página 16.
- RADOVANOVIC, C. et al. Hipertensão arterial e outros fatores de risco associados às doenças cardiovasculares em adultos. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, v. 22, n. 4, p. 547–553, 2014. Citado na página 20.