



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO
UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS

ANA CRISTINA DE LARA SILVA ALVES

HIPERTENSÃO ARTERIAL: GRUPOS EDUCATIVOS PARA TRATAMENTO
MEDICAMENTOSO E NÃO MEDICAMENTOSO

SÃO PAULO
2020

ANA CRISTINA DE LARA SILVA ALVES

HIPERTENSÃO ARTERIAL: GRUPOS EDUCATIVOS PARA TRATAMENTO
MEDICAMENTOSO E NÃO MEDICAMENTOSO

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
ao Curso de Especialização em Saúde da
Família da Universidade Federal de São Paulo
para obtenção do título de Especialista em
Saúde da Família

Orientação: PRISCILA GONCALVES JOSEPETTI SANTILI

SÃO PAULO
2020

Resumo

As doenças cardiovasculares são a principal causa de morte no mundo, de acordo com Organização Mundial de Saúde (OMS), sendo a hipertensão arterial a grande responsável. A hipertensão arterial é uma doença cardiovascular em que os valores da pressão arterial ficam de maneira sustentada acima dos valores considerados normais, e na maioria das vezes é assintomática, está muito associada estruturalmente e/ou funcionalmente a órgãos alvos como coração, rins, vasos sanguíneos, encéfalo. Com o passar do tempo acarreta problemas graves, como por exemplo: insuficiência renal, insuficiência cardíaca, infarto agudo do miocárdio, aneurisma de aorta, retinopatia hipertensiva, acidente vascular cerebral, entre outras complicações. No mundo ela atinge 35% da população geral e chega até 55% da população idosa, em algumas localidades, e com isso os riscos aumentam. Devido a esse fator, é importante o controle estrito da pressão arterial. Esse trabalho tem como objetivos aumentar a adesão do tratamento medicamentoso e não medicamentoso da pressão arterial, conscientizar a população sobre os riscos e benefícios de um controle eficiente da pressão arterial, fazer busca ativa dos pacientes que não comparecem às consultas programadas, aumentar a participação nos grupos de hiperdia da população, explicar a importância da alimentação saudável e mudanças nos hábitos de vida no controle de pressão arterial. Será realizado um trabalho voltado para busca ativa de pacientes que não fazem controle pressórico eficaz, para orientação e seguimento de resultados, a fim de mostrar aos pacientes que é possível alcançar uma pressão arterial normalmente se todas as recomendações e orientações forem seguidas. Acredito que a partir da implantação do projeto de intervenção será possível desenvolver ações educativas para portadores de doenças crônicas como a hipertensão arterial, abordando cada indivíduo através de um plano terapêutico individualizado, trazendo conhecimento, conscientização e orientação sobre a importância do controle pressórico.

Palavra-chave

Adesão ao Tratamento. Doença Crônica. Hipertensão.

PROBLEMA/SITUAÇÃO

A hipertensão arterial é uma doença crônica que atualmente atinge grande parte da população, e na unidade de saúde onde atuo, tenho encontrado vários pacientes com pressões arteriais fora dos parâmetros normais. Além disso, a fragilidade nos atendimentos, falta de grupos semanais sobre hipertensão arterial, palestras, orientações sobre os riscos e benefícios dos tratamentos.

ESTUDO DA LITERATURA

As doenças cardiovasculares são a principal causa de morte no mundo, de acordo com Organização Mundial de Saúde (OMS), sendo a hipertensão arterial a grande responsável. A hipertensão arterial é uma doença cardiovascular em que os valores da pressão arterial ficam de maneira sustentada acima dos valores considerados normais, e na maioria das vezes é assintomática, está muito associada estruturalmente e/ou funcionalmente a órgãos alvos como coração, rins, vasos sanguíneos, encéfalo. Com o passar do tempo acarreta problemas graves, como por exemplo: insuficiência renal, insuficiência cardíaca, infarto agudo do miocárdio, aneurisma de aorta, retinopatia hipertensiva, acidente vascular cerebral, entre outras complicações. (BRASIL, 2006).

A hipertensão arterial também se associa a um grande número de distúrbios metabólicos como: diabetes mellitus, resistência insulínica, hiper ou hipotireoidismo, obesidade, por isso essa doença é considerada uma "assassina silenciosa". No mundo ela atinge 35% da população geral e chega até 55% da população idosa, em algumas localidades, e com isso os riscos aumentam. Devido a esse fator, é importante o controle estrito da pressão arterial, (BRASIL, 2006).

Na área onde atuo essa porcentagem é ainda maior, fazendo com que a equipe de Estratégia de Saúde da Família (ESF) a qual faço parte, começasse atuar de maneira mais efetiva e ativa na busca e orientação da população.

1. CONCEITO - HIPERTENSAO ARTERIAL

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial - PA ($PA \geq 140 \times 90\text{mmHg}$). 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 (SBC, 2010).

*** FATORES DE RISCOS**

A hipertensão arterial constitui uns dos principais problemas de saúde pública do Brasil, é a principal doença crônica do nosso país, e seus fatores de risco se dividem em modificáveis e não modificáveis, a qual em 90% dos casos, é herdada pelos pais, mas existem inúmeros fatores que influenciam e contribuem para que ocorra essa doença, como: tabagismo, consumo de álcool, ingestão elevada de sal, estresse, obesidade, fatores socioeconômicos, sedentarismo, dislipidemia, raça negra, diabéticos, idade avançada, (BRASIL, 2006).

Podemos citar como principais fatores de risco:

- * Tabagismo: considerado um dos principais vilões da hipertensão arterial, o tabagismo eleva exponencialmente o risco cardiovascular, (BRASIL, 2006).
- * Consumo de álcool: o consumo de álcool tem um efeito bifásico na pressão arterial, pois pequenas quantidades diminuem seus valores, provavelmente devido ao efeito vasodilatador; no entanto, o uso contínuo e crônico faz os níveis de pressão aumentarem e diminui a eficácia dos anti-hipertensivos. Os potenciais mecanismos envolvidos no aumento

- ♦ da pressão arterial, associado ao consumo excessivo de álcool são: estimulação do sistema nervoso simpático, de endotelina, do sistema renina-angiotensina-aldosterona, da insulina e do cortisol; inibição das substâncias vasodilatadoras, da depleção de cálcio e magnésio, aumento do cálcio intracelular no músculo liso vascular e aumento do acetaldeído. Portanto recomenda-se limitar o consumo de bebidas alcoólicas a 20 a 30 g de etanol por dia para homens e 10 a 20 g para mulheres. Aos indivíduos que não conseguem se enquadrar nesses limites de consumo sugere-se o abandono definitivo. (BRASIL, 2006).
- ♦ Ingesta elevada de sal: Sabe-se que aproximadamente 50% dos hipertensos são sensíveis ao sal e o uso exagerado deste está associado ao maior risco de hipertensão. Povos que consomem dieta com menor quantidade de sal têm menor prevalência de hipertensão e a pressão arterial não se eleva com a idade. A restrição de sal a 6g/dia produz uma queda média de pressão sistólica de 2 a 8 mm hg. A ingestão aumentada de sódio tem sido observada em população com baixo nível sócio econômico, (BRASIL, 2006).
- ♦ Estresse: na atualidade o estado de ansiedade, as cobranças por resultados, o mundo competitivo no qual vivemos, tem aumentado o nível de estresse da população, que está intimamente ligado a hipertensão arterial (BRASIL,2006).
- ♦ Obesidade: Existem vários estudos que associam a obesidade com a pressão arterial, o excesso de peso aumenta substancialmente o risco para hipertensão. Para cada um kg/m², de aumento do índice de massa corpórea (IMC), o risco aumenta em 12% de se ter hipertensão arterial sistêmica, essa relação talvez se explique pela hiperinsulinemia, resistência insulínica, aumento da absorção renal de sódio, ativação do sistema nervoso simpático e aumento da resistência vascular periférica. Calcula-se que 20 a 30% dos casos de hipertensão estejam diretamente relacionados ao excesso de peso e que 75% dos homens e 65% das mulheres apresentem hipertensão diretamente atribuível ao sobrepeso ou obesidade, (BRASIL, 2006).
- ♦ Fatores socioeconômicos: Estudos demonstram que há uma maior prevalência de hipertensão arterial entre indivíduos de nível socioeconômicos mais baixos e este fato pode estar associado aos maus hábitos dietéticos desta população (maior consumo de sal e álcool); índice de massa corpórea aumentada, maior estresse psicossocial, menor acesso aos cuidados de saúde e menor nível de escolaridade, (BRASIL, 2006).
- ♦ Sedentarismo: O sedentarismo é um problema fundamental de saúde pública no mundo e contribui com a epidemia crescente de obesidade e aumento da prevalência de doenças como hipertensão. Os mecanismos envolvidos no efeito anti-hipertensivo da atividade física de carga moderada são vários e incluem mecanismos diretos (redução da atividade simpática; incrementação da atividade vagal e melhora do perfil metabólico). O sedentarismo aumenta o risco de hipertensão em 30% quando comparado com indivíduos ativos, e a atividade aeróbica tem efeito hipotensor mais acentuado em indivíduos hipertensos do que em normotensos, (BRASIL, 2006).
- ♦ Dislipidemia: pacientes cujo perfil lipídico estão fora dos valores da normalidade, tendem a

- * correr um maior risco cardiovascular, aumento da pressão arterial, síndrome metabólica, (BRASIL, 2006).
- * Diabéticos: a diabetes está diretamente ligada à hipertensão, a grande maioria de pacientes diabéticos cursa hipertensão arterial, (BRASIL, 2006).
- * Raça/etnia: dados mostram que os homens são os mais acometidos por hipertensão arterial e que os indivíduos de raça negra tem maior prevalência em relação aos brancos (BRASIL, 2006).
- * O envelhecimento populacional é um fenômeno mundial e, aqui no Brasil, vem ocorrendo de forma bastante acelerada. Com o evoluir da idade, aumenta a incidência de doenças crônicas e, dentre elas, a mais prevalente é a hipertensão arterial que atinge até 55% dos idosos (BRASIL, 2006).

* **HIPERTENSÃO ARTERIAL NO BRASIL**

No Brasil a prevalência por idade ocorre: entre 30 e 59 anos 17,8%; entre 60 e 64 anos 44,4%; entre 65 a 74 anos 52,7%; acima de 75 anos 55%. As mulheres são as maiores acometidas por essa enfermidade, com cerca de 30% da população feminina, enquanto entre os homens 21% tem essa doença, (SBC 2016).

* **CLASSIFICAÇÃO**

A sociedade Brasileira de cardiologia, em 2016, publicou na revista "Arquivos de Cardiologia" a 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial, com seus valores:

Normal pas ≤ 120 pad ≤ 80

Pré-hipertensão 121-139 81-89;

Hipertensão estágio 1 140-159 90-99;

Hipertensão estágio 2 160-179 100-109;

Hipertensão estágio 3 ≥ 180 ≥ 110 .

* **RASTREIO E DIAGNÓSTICO**

Todo adulto com 18 anos ou mais de idade, quando vier à Unidade Básica de Saúde (UBS) para consulta, atividades educativas, procedimentos, entre outros, e não tiver registro no prontuário de ao menos uma verificação da PA nos últimos dois anos, deverá tê-la verificada e registrada [Grau de Recomendação A] (SBH; SBC; SBF, 2011).

A primeira verificação deve ser realizada em ambos os braços. Caso haja diferença entre os valores, deve ser considerada a medida de maior valor. O braço com o maior valor aferido deve ser utilizado como referência nas próximas medidas (SBH; SBC; SBF, 2011).

O indivíduo deverá ser investigado para doenças arteriais se apresentar diferenças de pressão entre os membros superiores maiores de 20/10 mmHg para as pressões sistólica/diastólica, respectivamente (SBH; SBC; SBF, 2011).

O diagnóstico de hipertensão arterial é feito quando os valores da pressão arterial ficam elevados de maneira permanente, acima dos valores estabelecidos como normais, e esses

valores são identificados através de métodos próprios. Portanto, a medida da pressão arterial é o principal elemento para estabelecer o diagnóstico da hipertensão arterial, (BRASIL, 2006).

No terceiro consenso brasileiro de hipertensão arterial em 1999, ficou estabelecido que a medida da pressão arterial, pela sua importância, deve ser estimulada e realizada, em toda avaliação de saúde, por médicos de todas as especialidades e demais profissionais da área de saúde. O esfigmomanômetro de coluna de mercúrio é o ideal para essas medidas. Os aparelhos do tipo aneróide, quando usados, devem ser periodicamente testados e devidamente calibrados, (BRASIL, 2006).

A medida da pressão arterial deve ser realizada na posição sentada, de acordo com o procedimento descrito a seguir, preferencialmente:

- ♦ Explicar o procedimento ao paciente.
- ♦ Certificar-se de que o paciente: não está com a bexiga cheia; não praticou exercícios físicos; não ingeriu bebidas alcoólicas, café, alimentos, ou fumou até 30 minutos antes da medida.
- ♦ Deixar o paciente descansar por 5 a 10 minutos em ambiente calmo, com temperatura agradável.
- ♦ Localizar a artéria braquial por palpação.
- ♦ Colocar o manguito firmemente cerca de dois cm a três cm acima da fossa antecubital, centralizando a bolsa de borracha sobre a artéria braquial. A largura da bolsa de borracha do manguito deve corresponder a 40% da circunferência do braço e seu comprimento envolverem pelo menos 80% do braço. Assim, a largura do manguito a ser utilizado estará na dependência da circunferência do braço do paciente.
- ♦ Manter o braço do paciente na altura do coração.
- ♦ Posicionar os olhos no mesmo nível da coluna de mercúrio ou do mostrador do manômetro aneróide.
- ♦ Palpar o pulso radial e inflar o manguito até seu desaparecimento, para a estimativa do nível da pressão sistólica, desinflar rapidamente e aguardar de 15 a 30 segundos antes de inflar novamente.
- ♦ Colocar o estetoscópio nos ouvidos, com a curvatura voltada para a frente.
- ♦ Posicionar a campânula do estetoscópio suavemente sobre a artéria braquial, na fossa antecubital, evitando compressão excessiva.
- ♦ Solicitar ao paciente que não fale durante o procedimento de medição.
- ♦ Inflar rapidamente, de 10 mmHg em 10 mmHg, até o nível estimado da pressão arterial. Proceder à deflação, com velocidade constante inicial de dois mmHg a quatro mmHg por segundo, evitando congestão venosa e desconforto para o paciente.
- ♦ Determinar a pressão sistólica no momento do aparecimento do primeiro som (fase I de Korotkoff), que se intensifica com o aumento da velocidade de deflação.

- ♦ Determinar a pressão diastólica no desaparecimento do som (fase V de Korotkoff), exceto em condições especiais. Auscultar cerca de 20 mmHg a 30 mmHg abaixo do último som para confirmar seu desaparecimento e depois proceder à deflação rápida e completa. Quando os batimentos persistirem até o nível zero, determinar a pressão diastólica no abafamento dos sons (fase IV de Korotkoff).
- ♦ Registrar os valores das pressões sistólica e diastólica, complementando com a posição do paciente, o tamanho do manguito e o braço em que foi feita a mensuração. Deverá ser registrado sempre o valor da pressão obtido na escala do manômetro, que varia de dois mmHg em dois mmHg, evitando-se arredondamentos e valores de pressão terminados em “5”.
- ♦ Esperar 1 a 2 minutos antes de realizar novas medidas.
- ♦ O paciente deve ser informado sobre os valores da pressão arterial e a possível necessidade de acompanhamento, (BRASIL, 2006).

♦ **PRESSÃO ARTERIAL AFERIDA NA CONSULTA**

Em cada consulta, deverão ser realizadas no mínimo duas medidas, com intervalo de 1 a 2 minutos entre elas; caso as pressões diastólicas obtidas apresentem diferenças superior a cinco mmHg, sugere-se que sejam realizadas novas aferições, até que seja obtida medida com diferença inferior a esse valor. De acordo com a situação clínica presente, recomenda-se que as medidas sejam repetidas em pelo menos duas ou mais visitas. As medições na primeira avaliação devem ser obtidas em ambos os membros superiores. As posições recomendadas na rotina para a medida da pressão arterial são sentada e/ou deitada, (BRASIL, 2006).

♦ **MEDIDA DOMICILIAR E AUTOMEDIDA DA PRESSÃO ARTERIAL**

Esses procedimentos são úteis para: identificar a hipertensão do avental branco (hipertensão de consultório isolada); avaliar a eficácia da terapêutica anti-hipertensiva; estimular a adesão ao tratamento; e reduzir custos.

Os aparelhos eletrônicos devidamente validados e calibrados são os mais indicados para a medida da pressão arterial domiciliar. Os aparelhos de coluna de mercúrio e os aneroides podem ser usados, desde que calibrados e após treinamento apropriado. Os aparelhos de medida da pressão arterial no dedo não são recomendados. Apesar de ainda não existir consenso quanto aos valores de normalidade para a medida da pressão arterial domiciliar, consideram-se valores normais até 135/85 mmHg, (BRASIL, 2006).

♦ **MEDIDA AMBULATORIAL DA PRESSÃO ARTERIAL (MAPA)**

A MAPA é um método automático de medida indireta e intermitente da pressão arterial durante 24 horas, enquanto o paciente realiza suas atividades rotineiras, inclusive durante o sono. Estudos têm demonstrado que esse método apresenta melhor correlação com risco cardiovascular do que a medida da pressão arterial de consultório.

É importante ressaltar que ainda não existe evidência de que esse método deva ser empregado na avaliação rotineira do paciente hipertenso, não substituindo, portanto, a avaliação clínica do paciente e a medida da pressão arterial de consultório, (BRASIL, 2006).

♦ SITUAÇÕES ESPECIAIS DE MEDIDA DA PRESSÃO ARTERIAL

9.1 CRIANÇAS

A determinação da pressão arterial em crianças é recomendada como parte integrante de sua avaliação clínica. À semelhança dos critérios já descritos para adultos:

- 1) A largura da bolsa de borracha do manguito deve corresponder a 40% da circunferência do braço.
- 2) O comprimento da bolsa do manguito deve envolver 80% a 100% da circunferência do braço.

9.2 IDOSOS

Na medida da pressão arterial do idoso, existem dois aspectos importantes:

- 1) Maior frequência de hiato auscultatório, que subestima a verdadeira pressão sistólica.
- 2) Pseudo-hipertensão, caracterizada por nível de pressão arterial falsamente elevado em decorrência do enrijecimento da parede da artéria. Pode ser detectada por meio da manobra de Osler, que consiste na inflação do manguito até o desaparecimento do pulso radial. Se a artéria continuar palpável após esse procedimento, o paciente é considerado Osler positivo, (BRASIL, 2006).

9.3 GESTANTES

Devido às alterações na medida da pressão arterial em diferentes posições, atualmente recomenda-se que a medida da pressão arterial em gestantes seja feita na posição sentada. A determinação da pressão diastólica deverá ser considerada na fase V de Korotkoff. Eventualmente, quando os batimentos arteriais permanecerem audíveis até o nível zero, deve-se utilizar a fase IV para registro da pressão arterial diastólica, (BRASIL, 2006).

9.4 OBESOS

Em pacientes obesos, deve-se utilizar manguito de tamanho adequado à circunferência do braço. Na ausência deste, pode-se corrigir a leitura obtida com manguito padrão (13 cm x 24 cm), de acordo com tabelas próprias; usar fita de correção aplicada no manguito; e colocar o manguito no antebraço e auscultar a artéria radial, sendo esta a forma menos recomendada, (BRASIL, 2006).

♦ CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS E CLASSIFICAÇÃO

Qualquer número é arbitrário e qualquer classificação, insuficiente. A necessidade de sistematização obriga uma definição operacional para separar indivíduos sãos dos doentes. Na realidade, podemos ter maior ou menor risco cardiovascular tanto acima como abaixo do número limítrofe, quando o paciente é considerado individualmente, (BRASIL, 2006).

Pelo exposto, enfatiza-se a necessidade de extrema cautela antes de rotular alguém como hipertenso, tanto pelo risco de falso-positivo como pela repercussão na própria saúde do indivíduo e o custo social resultante. Se aceita como normal para indivíduos adultos (com mais de 18 anos de idade) cifras inferiores a 85 mmHg de pressão diastólica e inferiores a 130 mmHg de sistólica (BRASIL, 2006).

♦ SINTOMAS CLÍNICOS DA PRESSÃO ARTERIAL

Na sua maioria os pacientes hipertensos são assintomáticos, podendo ocorrer: dores no peito, dor de cabeça (na maioria das vezes na nuca), tonturas, zumbido no ouvido, visão turva (BRASIL, 2013).

♦ TRATAMENTO

O cuidado da pessoa com hipertensão arterial sistêmica (HAS) deve ser multiprofissional. O objetivo do tratamento é a manutenção de níveis pressóricos controlados conforme as características do paciente e tem por finalidade reduzir o risco de doenças cardiovasculares, diminuir a morbimortalidade e melhorar a qualidade de vida dos indivíduos (BRASIL, 2013).

Um dos desafios para as equipes da Atenção Básica é iniciar o tratamento dos casos diagnosticados e manter o acompanhamento regular dessas pessoas motivando-as à adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso (BRASIL, 2013).

12.1 TRATAMENTO NÃO MEDICAMENTOSO

O tratamento não medicamentoso é parte fundamental no controle da HAS e de outros fatores de risco para doenças cardiovasculares (DCV), como obesidade e dislipidemia. Esse tratamento envolve mudanças no estilo de vida (MEV) que acompanham o tratamento do paciente por toda a sua vida (BRASIL, 2013).

Entre as MEV está a redução no uso de bebidas alcoólicas; O álcool é fator de risco reconhecido para hipertensão arterial e pode dificultar o controle da doença instalada (BRASIL, 2013).

Outro ponto a ser observado é o uso de anticoncepcionais hormonais orais; A substituição de anticoncepcionais hormonais orais por outros métodos contraceptivos promove a redução da pressão arterial em pacientes hipertensas (BRASIL, 2010).

O tabagismo também aumenta o risco de complicações cardiovasculares secundárias em hipertensos e aumenta a progressão da insuficiência renal. Além disso, a cessação do tabagismo pode diminuir rapidamente o risco de doença coronariana entre 35% e 40% (BRASIL, 2010).

12.2 TRATAMENTO MEDICAMENTOSO

A decisão de quando iniciar medicação anti-hipertensiva deve ser considerado avaliando a preferência da pessoa, o seu grau de motivação para mudança de estilo de vida, os níveis pressóricos e o risco cardiovascular. Pessoas com alto risco cardiovascular ou níveis pressóricos no estágio 2 (PA \geq 160/100mmHg) beneficiam-se de tratamento medicamentoso desde o diagnóstico para atingir a meta pressórica, além da mudança de estilo de vida (BRASIL, 2013).

Pessoas que não se enquadram nos critérios acima e que decidem, em conjunto com o médico, não iniciar medicação neste momento, podem adotar hábitos saudáveis para atingir a meta por um período de três a seis meses. Durante esse intervalo de tempo devem ter a pressão arterial avaliada pela equipe, pelo menos, mensalmente. Quando a pessoa não consegue atingir a meta pressórica pactuada ou não se mostra motivada no processo de mudança de hábitos, o uso de anti-hipertensivos deve ser oferecido, de acordo com o

método clínico centrado na pessoa. (BRASIL, 2013).

O tratamento medicamentoso utiliza diversas classes de fármacos selecionados de acordo com a necessidade de cada pessoa, com a avaliação da presença de comorbidades, lesão em órgãos-alvo, história familiar, idade e gravidez. Frequentemente, pela característica multifatorial da doença, o tratamento da HAS requer, normalmente, associação de dois ou mais anti-hipertensivos (BRASIL, 2010).

*** PREVENÇÃO E CONTROLE DA HIPERTENSÃO ARTERIAL**

A pressão arterial alta não tem cura, mas tem tratamento e pode ser controlada. Somente o médico poderá determinar o melhor método para cada paciente, mas além dos medicamentos disponíveis atualmente, deve-se fazer o controle pressórico regularmente, para ver se as condutas e o tratamento (medicamentoso e não medicamentoso) estão sendo eficazes, também é imprescindível adotar um estilo de vida saudável (BRASIL, 2016).

Em busca de um tratamento não medicamentoso alguns fatores deverão ser seguidos como: manter o peso adequado, se necessário, mudando hábitos alimentares; não abusar do sal, utilizando outros temperos que ressaltam o sabor dos alimentos; praticar atividades físicas regularmente; evitar estresse; aproveitar momentos de lazer; abandonar o fumo; moderar o consumo de álcool; evitar alimentos gordurosos; controlar a diabetes dentre outras (BRASIL, 2016).

*** CONSEQUÊNCIAS DA HIPERTENSÃO ARTERIAL**

Se não tratada, a hipertensão arterial pode trazer importantes e irreversíveis danos ao portador dessa condição, como derrames cerebrais, infartos, doenças renais (nefropatia hipertensiva), cardíacas (icc, angina), e transtornos visuais (retinopatia hipertensiva), por este motivo é muito importante fazer o controle regularmente (BRASIL, 2010).

*** CARACTERIZAÇÃO DA UBS**

O bairro Campo Bello é um dos bairros mais antigos da Região sul em Campinas, este bairro é popularmente dividido em duas partes separadas pela rodovia miguel melhado campos. Este bairro possui três escolas, sendo duas estaduais e uma municipal, uma creche municipal, duas escolas infantis municipais, um posto de saúde, além de veterinárias, pizzarias, escola de música, lanchouses e outros estabelecimentos comerciais que atendem a região, e também uma feira que ocorre aos finais de semana (a famosa feria do rolo).

O bairro campo belo vive mais ou menos 20 mil pessoas, e como pontos positivos do centro de saúde campo belo podemos citar o acolhimento que é dado a todos que procuram a unidade, as quatro equipes das ESFs que são ativas (equipe prata, ouro, amarela e azul), fazendo buscas ativas, mapeamento, diagnostico epidemiológico, adstrição da clientela, idosos, diabéticos, tabagistas, visitas domiciliares, coleta domiciliar laboratorial para pacientes que estão impossibilitados de se dirigir ao centro de saúde, parcerias com o CEU (centro sportivo unificado) para oferta de atividades esportivas e incentivo a formação de grupos para pratica de esporte. O centro de saúde oferece todos os dias acolhimento e demanda espontânea, e consultas agendadas, para clinica medica, pediatria, ginecologia,

obstetrícia, odontologia, também oferece todas as vacinas do calendário nacional de imunizações, e promove campanhas na comunidade para que ocorra a maior procura à imunizações.

Muitos problemas sociais são encontrados nessa região, e o maior de todos é o tráfico e consumo de entorpecentes, junto com isso ocorreu nos últimos anos um aumento da criminalidade e violência, as doenças crônicas não transmissíveis também predominam em um diagnóstico epidemiológico da região, como hipertensão arterial, diabetes mellitus, doenças psiquiátricas como depressão, transtorno de ansiedade são constantes, por ser uma região de classe média baixa, o desemprego assola várias famílias.

O centro de saúde possui apenas quatro ESFs para um total de 20000 mil pessoas, sobrecarregando o sistema de saúde local, pois essa quantidade de equipes é insuficiente para atender a demanda, e também a quantidade de pessoas é muito superior o que é preconizado na lei 2408/2011 que diz que as equipes devem atender no máximo 4000 mil pessoas. A respeito das doenças crônicas não transmissíveis, mais especificamente hipertensão arterial, a equipe ouro, da qual faço parte, atende hoje um total de 980 pessoas, mais ou menos 18% da população atendida pela equipe que hoje fica em torno de 5000 pessoas, possuímos grupos de hiperdia para essa população, que nos reunimos uma vez por mês, onde são ofertadas palestras, cursos, orientações com equipe multidisciplinar e também renovação de receitas.

AÇÕES

A atividade será realizada no Centro de Saúde Campo Belo, com a equipe de estratégia de saúde da família (ESF/OURO), os participantes serão os hipertensos da área de abrangência, que atualmente somam 980 hipertensos cadastrados. Os profissionais envolvidos serão: médico, enfermeiros e agentes de saúde, e equipe multidisciplinar.

Ação: Será realizado um trabalho voltado para busca ativa de pacientes que não fazem controle pressórico eficaz, e intensificando as atividades do grupo de Hiperdia na unidade para orientação e seguimento de resultados, a fim de mostrar aos pacientes que é possível alcançar uma pressão arterial normal se todas as recomendações e orientações forem seguidas.

A avaliação e monitoramento serão realizados 2 vezes por mês, nos encontros do grupo de hiperdia, que devido ao excesso de pacientes que são atendidos pela equipe/ouro. Será dividido em dois grupos que serão avaliados mensalmente, sendo feita uma reunião a cada duas semanas com cada grupo. Estabelecerá uma tabela de evolução de cada paciente, a fim de estimular e parabenizar os que conseguirem alcançar metas orientar, estimular e dar suporte aos que não conseguirem, mostrando a essas pessoas onde estão errando no controle, conscientizando elas a ter uma vida mais saudável.

RESULTADOS ESPERADOS

Acredito que a partir da implantação do projeto de intervenção será possível desenvolver ações educativas para portadores de doenças crônicas como a hipertensão arterial, abordando cada indivíduo através de um plano terapêutico individualizado, intensificando a atividade do grupo de hiperdia, trazendo conhecimento, conscientização e orientação sobre a importância do controle pressórico, bem como atuar junto a ESF e todos os membros de modo que possamos de maneira conjunta montar estratégias que aumentam a adesão do indivíduo ao tratamento contra a pressão arterial. Assim, o presente estudo procura melhorar a qualidade de vida e saúde da população na área de abrangência da UBS de forma completa e efetiva.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica; 16 - Brasília : Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Caderno de atenção Básica n. 37 - Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

SBC. SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. Sétima diretriz brasileira de hipertensão arterial, publicado na revista Sociedade Brasileira de Cardiologia • ISSN-0066-782X • Volume 107, Nº 3, setembro de 2016, Hipertensão arterial e doença cardiovascular no Brasil.

SBH; SBC; SBF. SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. V Diretrizes de Monitorização Ambulatorial da Pressão Arterial (MAPA) e III Diretrizes de Monitorização Residencial de Pressão Arterial (MRPA). Arquivos Brasileiros de Cardiologia, São Paulo, v. 97, n. 3, p. 1-24, set. 2011.

SBC. SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA; VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. Arquivos brasileiros de cardiologia, São Paulo, v 95(1 supl.1), p 1-51, jul. 2010;