



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

Surami Curiel Hernández

Intervenção educativa sobre hipertensão arterial
sistêmica no município Braganey-PR.

Florianópolis, Abril de 2017

Surami Curiel Hernández

Intervenção educativa sobre hipertensão arterial sistêmica no
município Braganey-PR.

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: Carolina Carvalho Bolsoni
Coordenadora do Curso: Profa. Dra. Fátima Büchele

Florianópolis, Abril de 2017

Surami Curiel Hernández

Intervenção educativa sobre hipertensão arterial sistêmica no município Braganey-PR.

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

Carolina Carvalho Bolsoni
Orientador do trabalho

Florianópolis, Abril de 2017

Resumo

Introdução: Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é definida como a manutenção de níveis de pressão arterial acima de 140 mmHg na sistólica e 90 mmHg na diastólica. Está relacionada a fatores de risco intrínsecos, como hereditariedade, sexo, idade e raça; e a fatores extrínsecos, como tabagismo, sedentarismo, obesidade, estresse, dislipidemia e dieta. No município Braganey foram identificados vários problemas de saúde e o principal problema priorizado foi a alta prevalência de pacientes com HAS descompensada. Considerando que a HAS mal controlada é um dos principais fatores de risco cardiovascular e constitui umas das principais causas de internação hospitalar é que decidimos trabalhar esse tema na intervenção educativa. **Objetivo:** o objetivo da intervenção educativa é reduzir a incidência de HAS. **Metodologia:** iniciaremos o trabalho através da realização de uma pesquisa ativa com a população maior de 20 anos do município Braganey do estado de Paraná, para estimar e reduzir a incidência de HAS, identificar os principais fatores de risco para desenvolver HAS na população e posteriormente elaborar uma intervenção educativa de promoção da saúde para diminuir a incidência de HAS na população atendida e comparar os resultados obtidos antes e depois da intervenção educativa. **Resultados esperados:** esperamos que quando esta intervenção for aplicada a população tenha maior consciência para evitar os fatores de risco e melhorar o controle da HAS.

Palavras-chave: Hipertensão Arterial Sistêmica, Incidência, Promoção da Saúde, Intervenção Educativa

Sumário

1	INTRODUÇÃO	9
2	OBJETIVOS	11
2.1	Objetivo Geral	11
2.2	Objetivos Específicos	11
3	REVISÃO DA LITERATURA	13
3.1	<i>Definição</i>	13
3.2	<i>Epidemiologia</i>	13
3.3	<i>Promoção à saúde e risco cardiovascular</i>	13
3.4	<i>Rastreamento</i>	14
3.5	<i>Procedimento para a medida da pressão arterial.</i>	15
3.6	<i>Diagnóstico</i>	16
3.7	<i>Classificação da pressão arterial de acordo com a medida casual no consultório (>18 anos)</i>	17
3.8	<i>Estratificação do risco cardiovascular na HAS.</i>	17
3.9	<i>Plano de Cuidados</i>	20
3.10	<i>Tratamento medicamentoso</i>	21
4	METODOLOGIA	23
5	RESULTADOS ESPERADOS	25
	REFERÊNCIAS	27

1 Introdução

Braganey é um município brasileiro localizado no oeste do Paraná, com uma população de 5375 habitantes cadastrados em uma área total de 343 km², é essencialmente agrícola e tem sua economia baseada na produção de milho, soja, trigo, mandioca, feijão e tomate. Na pecuária existe exploração de bovinocultores de corte e leite, suinocultores e avicultores.

O perfil social da comunidade conta com o Conselho Tutelar e a Secretaria de assistência social, com o CRAS centro de referência da assistência social e proteção social básica.

O município de Braganey conta hoje com duas unidades básicas de saúde da família, sendo uma na área rural e outra na área urbana. O atendimento na UBS de Longuinópolis (localizada na região rural) é realizado de segunda a sexta com consultas médicas, consultas de procedimentos de enfermagem, coleta de exame citopatológico, vacinação e visitas domiciliares, além de agendamentos de consultas especializadas via CRE/CISOP, UOPECCAN conforme acontece na UBS de Braganey. As equipes realizam vigilância epidemiológica, ambiental, destaca-se o atendimento às famílias que participam do programa bolsa família.

Foram identificados vários problemas de saúde e o principal problema priorizado foi o alto índice pacientes com hipertensão arterial sistêmica descompensada, e as principais causas que ocasionaram o surgimento da doença em questão foram: maus hábitos alimentares, sedentarismo e obesidade, soma-se também o alto consumo de medicamentos sem prescrição médica, e má adesão ou tratamento prescrito.

Considerando que a hipertensão arterial mal controlada é um dos principais fatores de risco cardiovascular e constitui umas das principais causas de internação hospitalar é que escolho este problema para desenvolver meu trabalho. Por isso nossa equipe considerou importante este problema em virtude de seu impacto e a transcendência significativa em nossa área de abrangência.

A HAS é definida como a manutenção de níveis de pressão arterial acima de 140 mmHg na sistólica e 90 mmHg na diastólica. Está relacionada a fatores intrínsecos, como hereditariedade, sexo, idade e raça; e a fatores extrínsecos, como tabagismo, sedentarismo, obesidade, estresse, dislipidemia e dieta. Além disso, há aumento do risco de comorbidades, como infarto agudo do miocárdio, acidente vascular encefálico e insuficiência renal crônica. A HAS é um importante problema de saúde pública, visto que a morbimortalidade e os custos com o seu tratamento são elevados. Por ser muitas vezes assintomática, há dificuldades para que os indivíduos procurem os serviços de saúde para o diagnóstico e adesão ao tratamento. Somam-se ainda a falta de estrutura dos sistemas de saúde para atender a essa população e as escassas ações preventivas para reduzir os fatores de risco (MENDES; MORAES; GOMES, 2014).

Nos últimos meses nossa equipe trabalhou em conjunto para o acompanhamento destes pacientes programando consultas a cada quatro meses, realizando visitas domiciliares onde falamos sobre a importância de cumprir com o tratamento e de assistir às consultas programadas, nos casos que precisaram foram feitos encaminhamentos para o Hospital de referência.

2 Objetivos

2.1 Objetivo Geral

- Reduzir a incidência de Hipertensão Arterial Sistêmica

2.2 Objetivos Específicos

- Estimar a incidência de Hipertensão Arterial Sistêmica na população de Braganey no período entre os meses de fevereiro de 2016 - agosto de 2016.
- Identificar os principais fatores de risco para desenvolver Hipertensão Arterial na população em estudo.
- Elaborar uma intervenção educativa para diminuir a incidência de Hipertensão Arterial
- Comparar os resultados obtidos antes e depois da intervenção educativa.

3 Revisão da Literatura

3.1 *Definição*

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é um problema grave de saúde pública no Brasil e no mundo. Ela é um dos mais importante fatores de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais, sendo responsável por pelo menos 40% das mortes por acidente vascular cerebral (AVC), 25% das mortes por doença arterial coronária e, em combinação com o diabetes, 50% dos casos de insuficiência renal terminal. É, na maior parte de seu curso, assintomática, implicando na dificuldade de diagnóstico precoce e na baixa adesão por parte do paciente ao tratamento prescrito (LANGOWISKI; TROMPCZYNSKI, 2014).

A HAS é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial (PA) (PA $\geq 140 \times 90$ mmHg). Associa-se, frequentemente, às alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo (coração, cérebro, rins, e vasos sanguíneos) e às alterações metabólicas, com aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais. (SAÚDE, 2013)

3.2 *Epidemiologia*

Sua prevalência no Brasil varia entre 22% e 44% para adultos (32% em média), chegando a mais de 50% para indivíduos com 60 a 69 anos e 75% em indivíduos com mais de 70 anos (SAÚDE, 2013)(NOBRE et al., 2017).

No Paraná, no ano 2011, a taxa de mortalidade por doença cardio e cerebrovascular na faixa etária de zero a 69 anos de idade foi de 78,04 para cada 100 mil habitantes, e ocorreram 6185 internações por HAS, representando 0,8% de todos os internamentos no estado (LANGOWISKI; TROMPCZYNSKI, 2014).

3.3 *Promoção à saúde e risco cardiovascular*

De acordo com a carta de Ottawa, a promoção da saúde não é responsabilidade exclusiva do setor de saúde e vai além de um estilo de vida saudável, na direção de um bem-estar global, trabalhando com o conceito de responsabilização múltipla, envolvendo ações do Estado (políticas públicas saudáveis), dos indivíduos (desenvolvimento de habilidades pessoais), do sistema de saúde (reorientação do sistema de saúde) e de parcerias intersectoriais. A promoção da saúde refere-se a uma combinação de valores como vida, saúde,

solidaridade, equidade, democracia, cidadania, desenvolvimento, participação e parceria (UNIDAS, 1986).

Prevenção e orientação adequada sobre hábitos saudáveis são medidas que têm impacto direto na qualidade do cidadão, no perfil de doenças, na mortalidade da população e na pressão das demandas sobre o sistema de atendimento à saúde.

Atitudes como fumar, consumir baixa quantidade de frutas, legumes e verduras, além do consumo de álcool e da falta da atividade física influenciam diretamente no adoecimento das pessoas, trazendo implicações negativas para a qualidade de vida e a longevidade da população.

Para a promoção da saúde, as estratégias envolvidas no controle e na redução dos fatores de risco devem abordar os diferentes níveis de atenção à saúde por meio das prevenções primária, secundária e terciária. A prevenção primária deve estar voltada ao controle e à redução dos fatores de risco. Dessa forma, deve-se enfatizar o controle do tabagismo, da obesidade, do sedentarismo, do consumo de sal e de bebidas alcoólicas e o estímulo a uma alimentação saudável.

A prevenção secundária envolve a detecção e o tratamento precoce da doença já instalada e tem como objetivos alcançar seu controle, evitar o aparecimento de complicações e retardar a progressão do quadro clínico. Deve-se identificar a presença de fatores de risco associados, de lesões em órgãos-alvo e de comorbidades. Quanto à prevenção terciária, busca-se minimizar as complicações, tendo como finalidade melhorar a qualidade de vida e evitar mortes precoces.

A promoção da saúde tem como o objetivo de assegurar a igualdade de oportunidades e proporcionar meios para que indivíduos e comunidades possam conhecer e controlar os fatores determinantes de sua saúde. Ambientes favoráveis a escolhas mais saudáveis, acesso à informação, educação em saúde e desenvolvimento de habilidades para uma vida saudável, bem como a reorganização dos serviços de saúde, estão entre os principais campos da promoção da saúde.

Propõe-se, então, que as intervenções em saúde sejam ampliadas, tomando como objeto, além dos problemas e das necessidades de saúde, seus determinantes e condicionantes, estreitando a relação com a vigilância em saúde, de modo que a organização da atenção e do cuidado envolva, ao mesmo tempo, as ações e os serviços que operem sobre os efeitos do adoecer e aqueles que visem ao espaço para além dos muros das unidades de saúde e do sistema de saúde, incidindo sobre as condições de vida e favorecendo a ampliação de escolhas saudáveis por parte dos sujeitos e da coletividade no território onde vivem e trabalham, estimulando e fortalecendo o protagonismo dos cidadãos e também a participação social, o que, espera-se, seja indutor de melhoras nas políticas públicas (LANGOWISKI; TROMPCZYNSKI, 2014).

3.4 *Rastreamento*

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. 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. 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. Com intervalo de um minuto, no mínimo, uma segunda medida deve ser realizada.

De acordo com a média dos dois valores pressóricos obtidos, a PA deverá ser novamente verificada: – a cada dois anos, se PA menor que 120/80 mmHg;

– a cada ano, se PA entre 120 – 139/80 – 89 mmHg nas pessoas sem outros fatores de risco para doença cardiovascular

– em mais dois momentos em um intervalo de 1 – 2 semanas, se PA maior ou igual a 140/90 mmHg ou PA entre 120 – 139/80 – 89 mmHg na presença de outros fatores de risco para doença cardiovascular (DCV).

Sempre que possível, a medida da PA deverá ser realizada fora do consultório médico para esclarecer o diagnóstico e afastar a possibilidade do efeito do avental branco no processo de verificação. Estudos demonstraram que, entre os profissionais médico, enfermeiro e técnico de Enfermagem que verificam a PA em serviços de Saúde, as medidas realizadas pelos técnicos de Enfermagem apresentaram efeito do avental branco com uma frequência menor. Portanto, destaca-se a importância do trabalho desses profissionais na verificação da PA em serviços de Saúde. (SAÚDE, 2013)

3.5 *Procedimento para a medida da pressão arterial.*

1. Explicar o procedimento ao paciente, orientando que não fale e descanse por 5-10 minutos em ambiente calmo, com temperatura agradável. Promover relaxamento, para atenuar o efeito do avental branco (elevação da pressão arterial pela tensão provocada pela simples presença do profissional de saúde, particularmente do médico).

2. Certificar-se de que o paciente não está com a bexiga cheia; não praticou exercícios físicos há 60- 90 minutos; não ingeriu bebidas alcoólicas, café, alimentos, ou fumou até 30 minutos antes; e não está com as pernas cruzadas.

3. Utilizar manguito de tamanho adequado ao braço do paciente, cerca de 2 a 3 cm acima da fossa antecubital, centralizando a bolsa de borracha sobre a artéria braquial. A largura da bolsa de borracha deve corresponder a 40% da circunferência do braço e o seu

comprimento, envolver pelo menos 80%.

4. Manter o braço do paciente na altura do coração, livre de roupas, com a palma da mão voltada para cima e cotovelo ligeiramente fletido.

5. Posicionar os olhos no mesmo nível da coluna de mercúrio ou do mostrador do manômetro aneróide.

6. Palpar o pulso radial e inflar o manguito até seu desaparecimento, para a estimativa do nível a pressão sistólica; desinflar rapidamente e aguardar um minuto antes de inflar novamente.

7. Posicionar a campânula do estetoscópio suavemente sobre a artéria braquial, na fossa antecubital, evitando compressão excessiva.

8. Inflar rapidamente, de 10 em 10 mmHg, até ultrapassar, de 20 a 30 mmHg, o nível estimado da pressão sistólica. Proceder a deflação, com velocidade constante inicial de 2 a 4 mmHg por segundo. Após identificação do som que determinou a pressão sistólica, aumentar a velocidade para 5 a 6 mmHg para evitar congestão venosa e desconforto para o paciente.

9. Determinar a pressão sistólica no momento do aparecimento do primeiro som (fase I de Korotkoff), seguido de batidas regulares que se intensificam com o aumento da velocidade de deflação. Determinar a pressão diastólica no desaparecimento do som (fase V de Korotkoff). Auscultar cerca de 20 a 30mmHg 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).

10. Registrar os valores das pressões sistólicas e diastólica, complementando com a posição do paciente, o tamanho do manguito e o braço em que foi feita a medida. Não arredondar os valores de pressão arterial para dígitos terminados em zero ou cinco.

11. Esperar 1 a 2 minutos antes de realizar novas medidas.

12. O paciente deve ser informado sobre os valores obtidos da pressão arterial e a possível necessidade de acompanhamento. (SAÚDE, 2006)

3.6 *Diagnóstico*

A HAS é diagnosticada pela detecção de níveis elevados e sustentados de PA pela medida casual. A medida da PA deve ser realizada em toda avaliação por médicos de qualquer especialidade e demais profissionais da saúde. (NOBRE et al., 2017)

O diagnóstico da HAS consiste na média aritmética da PA maior ou igual a 140/90mmHg, verificada em pelo menos três dias diferentes com intervalo mínimo de uma semana entre as medidas, ou seja, soma-se a média das medidas do primeiro dia mais as duas medidas subsequentes e divide-se por três.

Classificação	Pressão Sistólica (mmHg)	Pressão Diastólica (mmHg)
Ótima		
Normal		
Limítrofe*	130-139	85-89
Hipertensão estágio 1	140-159	90-99
Hipertensão estágio 2	160-179	100-109
Hipertensão estágio 3	180	110
Hipertensão sistólica isolada	140	

Quando as pressões sistólicas e diastólicas situam-se em categorias diferentes, a maior deve ser utilizada para classificação da pressão arterial.

A constatação de um valor elevado em apenas um dia, mesmo que em mais do que uma medida, não é suficiente para estabelecer o diagnóstico de hipertensão.

Cabe salientar o cuidado de se fazer o diagnóstico correto da HAS, uma vez que se trata de uma condição crônica que acompanhará o indivíduo por toda a vida. Deve-se evitar verificar a PA em situações de estresse físico (dor) e emocional (luto, ansiedade), pois um valor elevado, muitas vezes, é consequência dessas condições. (SAÚDE, 2013)

3.7 ***Classificação da pressão arterial de acordo com a medida casual no consultório (>18 anos)***

Os limites de pressão arterial considerados normais são arbitrários. Os valores que classificam os indivíduos acima de 18 anos estão na seguinte tabela

*Pressão normal-alta ou pré-hipertensão são termos que se equivalem na literatura. (NOBRE et al., 2017) (SHIMAZAKI et al., 2013)

3.8 ***Estratificação do risco cardiovascular na HAS.***

Na avaliação do paciente hipertenso é de fundamental importância a estratificação do risco cardiovascular global para orientar a conduta terapêutica e o prognóstico de cada paciente, pois determina a probabilidade de ocorrência de um evento cardiovascular, grave os próximos dez anos. Levará em conta, além dos valores de PA, a presença de fatores de risco adicionais, de lesões em órgãos-alvo e de doenças cardiovasculares.

Classificação de risco pelo cálculo do escore de Framingham

Risco A - baixo: Ausência de fatores de risco, de lesões de órgãos-alvo ou risco baixo pelo escore de Framingham(

	NORMOTENSÃO			HIPERTENSÃO		
Outros fatores de risco ou doenças	Ótimo PAS	Normal PAS120-129 ou PAD80-84	Limítrofe PAS10-139 ou PAD85-89	Estágio 1 PAS140-159 PAD 90-99	Estágio 2 PAS160-179 PAD100-109	Estágio 3 PAS 180 PAD 110
Nenhum fator de risco	Risco Basal	Risco Basal	Risco Basal	Baixo risco adicional	Moderado risco adicional	Alto risco adicional
1-2 fatores de risco	Baixo risco adicional	Baixo risco adicional	Baixo risco adicional	Moderado risco adicional	Moderado risco adicional	Risco adicional muito alto
3 fatores de risco, LOA ou SM-DM	Moderado risco adicional	Moderado risco adicional	Alto risco adicional	Alto risco adicional	Alto risco adicional	Risco adicional muito alto
Condições clínicas associadas	Risco adicional muito alto	Risco adicional muito alto	Risco adicional muito alto	Risco adicional muito alto	Risco adicional muito alto	Risco adicional muito alto

Risco B - moderado: Presença de fatores de risco (excluindo diabetes mellitus), sem lesão em órgãos-alvos, com risco moderado pelo escore de Framingham(10-20%/10anos)

Risco C - alto: Presença de lesões em órgãos-alvo, fatores de risco, doença cardiovascular clinicamente identificável e/ou diabetes mellitus, com escore de Framingham alto (>20%/ano)(SHIMAZAKI et al., 2013)

Estratificação do risco cardiovascular global:risco atribuído à classificação de HAS de acordo com fatores de risco, lesões de órgãos-alvo e condições clínicas associadas

DM: diabete mellitus; LOA: lesão de órgãos-alvo; PAD: pressão arterial diastólica; PAS:pressão arterial sistólica; SM: síndrome metabólica.(SHIMAZAKI et al., 2013)

Fatores de risco cardiovascular nos pacientes com HAS

- Idade (homen > 55 e mulheres > 65 anos);
- Tabagista
- Dislipidemias: Triglicerides 150 mg/dL; LDL colesterol > 100 mg/dL; HDL
- Diabetes Mellitus

- Doença Renal Crônica;
- História familiar prematura de doença cardiovascular (parentes de 1º grau); Homens
- Obesidade abdominal (circunferencia da cintura > 102 cm para homens e > 88 cm para mulheres);
- Obesidade (IMC >30Kg por m² de superfície corporal);
- Sedentarismo;
- Relação cintura/quadril aumentada;
- Microalbuminúria;
- Tolerância à glicose diminuída/ glicemia de jejum alterada;
- Hiperuricemia;
- PCR ultra-sensível aumentada;
- Glicemia de jejum (100 a 125 mg/dL);
- Hemoglobina glicada anormal;
- Pressão de pulso > 65 mmHg (em idosos);
- História de pré-eclâmpsia na gestação.

Condições clínicas associadas à hipertensão:

- Doença cerebrovascular;
- Doença cardíaca;
- Doença renal;
- Retinopatia avançada;
- Doença arterial periférica.

Lesões em órgãos-alvo

Coração

- Hipertrofia do ventriculo esquerdo (ECG ou Ecocardiograma)
- Insuficiência cardíaca;
- Angina;
- Infarto agudo do miocárdio prévio.

Sistema Nervoso central

- Acidente vascular cerebral;
- Ataque isquêmico transitório.

Rim

- Microalbuminúria/ proteinúria;
- Insuficiência renal terminal.

3.9 ***Plano de Cuidados***

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. 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. (SAÚDE, 2013)

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 exige um processo contínuo de motivação para que o paciente não abandone o tratamento.

Conforme orientação do Ministério da Saúde, devem fazer parte da equipe multiprofissional os seguintes profissionais de saúde: enfermeiro, nutricionista, psicólogo, assistente social, educador físico, farmacêutico, agentes comunitários de saúde e médico. Entre as ações comuns à equipe multiprofissional, destacam-se:

- Promoção à saúde (ações educativas com ênfase em mudanças do estilo de vida, correção dos fatores de risco e divulgação de material educativo);
- Treinamento de profissionais;
- Encaminhamento a outros profissionais, quando indicado;
- Ações assistenciais individuais e em grupo;
- Gerenciamento do programa.

Tratamento não medicamentoso.

Manutenção de peso adequado, orientações nutricionais para uma alimentação saudável e atividade física com acompanhamento médico são o eixo central do tratamento na HAS.

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.

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. A redução do consumo de álcool reduz discretamente a pressão arterial, promovendo redução de 3,3mmHg (IC95%: 2,5 – 4,1mmHg) em pressão sistólica e 2,0mmHg (IC95%: 1,5 – 2,6mmHg) em diastólica.

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.

Embora fumar seja um fator de risco para o desenvolvimento de DCV, o papel do tabagismo como fator de risco para HAS não está, ainda, bem definido. Fumar um cigarro eleva momentaneamente a pressão arterial, podendo, o seu efeito se manter por até duas horas. Estudos estimam um aumento de até 20mmHg na pressão sistólica após o primeiro cigarro do dia. Além disso, o cigarro aumenta a resistência às drogas anti-hipertensivas, fazendo com que elas funcionem menos que o esperado.

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%. (SAÚDE, 2013)

3.10 *Tratamento medicamentoso*

A decisão de quando iniciar medicação anti-hipertensiva deve ser considerada 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 160/100mmHg) beneficiam-se de tratamento medicamentoso desde o diagnóstico para atingir a meta pressórica, além da mudança de estilo de vida. 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.

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 associação de dois ou mais anti-hipertensivos ([LANGOWISKI; TROMPCZYNSKI, 2014](#)).

4 Metodologia

Iniciaremos o trabalho através da realização de uma pesquisa ativa com a população maior de 20 anos composta por 3901 habitantes do município de Braganey do estado de Paraná. O período da pesquisa ocorreu entre 15 de fevereiro de 2016 a 15 de agosto de 2016. Essa atividade teve como objetivo de estimar e reduzir a incidência de hipertensão arterial, nesse período e identificar os principais fatores de risco para desenvolver hipertensão arterial na população. Posteriormente elaborar uma intervenção educativa para diminuir a incidência de hipertensão na população atendida e comparar os resultados obtidos antes e depois da intervenção educativa.

Foi elaborado um questionário contendo perguntas acerca da hipertensão para avaliar o conhecimento da população sobre a doença, diagnosticar possíveis casos e tratá-los. o questionário foi aplicado em 245 pessoas na faixa etária maior de 20 anos. Previamente à aplicação do questionário, a equipe da saúde foi capacitada pela autora do estudo.

O questionário foi aplicado na UBS e nos domicílios durante as visitas programadas, explicando o objetivo do mesmo e levando em consideração o princípio da voluntariedade, o consentimento informado e a confidencialidade da informação.

Uma vez avaliado o nível de conhecimento em relação a hipertensão arterial, palestras educativas foram preparadas para incrementar o conhecimento da população sobre hipertensão arterial seus fatores de risco e complicações. Posteriormente às intervenções educativas, um novo questionário será aplicado com o objeto de avaliar a eficácia da intervenção.

5 Resultados Esperados

Para este trabalho foram realizadas 6 palestras educativas com 110 participantes, 5 audiências sanitária e 224 abordagens individuais em consulta de medicina geral e visitas domiciliares. As atividades foram realizadas fundamentalmente nos dias de atendimento e durante as visitas domiciliares de pacientes hipertensos por intermédio dos agentes comunitários responsáveis com a aplicação completa do questionário, realização de exame físico (composto por aferição da pressão arterial e verificação das medidas antropométricas da cintura abdominal, peso e altura).

Foi realizada orientação quanto às mudanças de hábitos de vida em relação à dieta e atividade física, uso correto das medicações, entrega de ficha de aferição da PA e convocatória dos pacientes para retorno e acompanhamento na unidade (realização de exames laboratoriais e avaliação por especialistas).

Das 224 pessoas que participaram da entrevista, 120 (53,6%) tinham conhecimento sobre hipertensão arterial e seus fatores de risco. Depois das intervenções educativas, audiências sanitárias e abordagem individual, foi aplicado novamente o questionário e, nesta nova aplicação 200 pessoas (83%) referiram conhecimento sobre hipertensão arterial e seus fatores de risco.

Dos objetivos propostos em nosso trabalho, quanto a fomentar hábitos de vida saudáveis na população, incorporação da prática de exercícios físicos, foi constituída uma turma de pessoas para fazer atividade física, contando com apoio da secretária de saúde e de esportes da prefeitura, realizando-se atividade física nas terças e nas quintas.

Referências

- LANGOWISKI, A. R.; TROMPCZYNSKI, J. *Linha Guia de Hipertensão Arterial Secretaria da Saúde do Paraná*. Curitiba-PR: SESA-PR, 2014. Citado 3 vezes nas páginas 13, 14 e 21.
- MENDES, G. S.; MORAES, C. F.; GOMES, L. Prevalência de hipertensão arterial sistêmica em idosos no Brasil entre 2006 e 2010. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, p. 273–278, 2014. Citado na página 9.
- NOBRE, F. et al. *VI DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO ARTERIAL*.: Arq. bras. cardiol. vol.95 no.1 supl.1 São Paulo 2010. 2017. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0066-782X2010001700001>>. Acesso em: 13 Jan. 2017. Citado 3 vezes nas páginas 13, 16 e 17.
- SAÚDE, M. da. *Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde: Cadernos de atenção básica*, n. 15. Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2006. Citado na página 16.
- SAÚDE, M. da. *Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica: Cadernos de atenção básica*, 37. Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2013. Citado 5 vezes nas páginas 13, 15, 17, 20 e 21.
- SHIMAZAKI, M. E. et al. *Oficinas do APSUS Formação e Qualificação Profissional em Atenção Primária à Saúde: Oficina 6 programação da atenção primária à saúde*. Cascavel-PR: Secretaria de Estado da Saúde do Paraná, 2013. Citado 2 vezes nas páginas 17 e 18.
- UNIDAS, O. das N. *Carta de Ottawa*. Ottawa: Organização das Nações Unidas, 1986. Citado na página 13.