



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

Arlenis Alvarez Yero

Estratégias de Saúde para o Controle da Hipertensão
Arterial Sistemica nos usuários da Unidade Básica de
Saúde Carlos Ribeiro de Macedo, Ponta Grossa, Paraná

Florianópolis, Março de 2018

Arlenis Alvarez Yero

Estratégias de Saúde para o Controle da Hipertensão Arterial
Sistêmica nos usuários da Unidade Básica de Saúde Carlos Ribeiro
de Macedo, Ponta Grossa, 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: Dalvan Antônio de Campos
Coordenadora do Curso: Profa. Dra. Fátima Büchele

Florianópolis, Março de 2018

Arlenis Alvarez Yero

**Estratégias de Saúde para o Controle da Hipertensão Arterial
Sistêmica nos usuários da Unidade Básica de Saúde Carlos Ribeiro
de Macedo, 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

Dalvan Antônio de Campos
Orientador do trabalho

Florianópolis, Março de 2018

Resumo

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é a mais freqüente das doenças cardiovasculares e também o principal fator de risco para as complicações mais comuns destes agravos de saúde como acidente vascular encefálico, infarto agudo do miocárdio, e doença renal crônica terminal. Trata-se de um estudo de intervenção educativa, com o objetivo de Implementar estratégias de saúde no controle da HAS nos usuários da Unidade Básica de Saúde (UBS) Carlos Ribeiro do Macedo, Ponta Grossa, no período Outubro-Maio de 2017. O universo de trabalho está formado por 720 usuários com HAS cadastrados nessa UBS, e a mostra selecionada de 106 indivíduos hipertensos de ambos os sexos, com idade igual ou superior a 30 anos, residentes na área de saúde da UBS Carlos Ribeiro do Macedo, do Município Ponta Grossa, que fazem acompanhamento em nossa unidade, inseridos no Programa de Hiperdia que preenchessem os critérios de inclusão previamente selecionados. Com a realização deste projeto observou-se o aumento no número de usuários que aderiu ao tratamento com conseqüente melhora do controle da HAS assim como conseguimos melhorar a organização e resolutividade do acolhimento dos usuários. Existem múltiplas intervenções não-medicamentosas para diminuir a HAS. As ações da equipe de saúde, principalmente de nós médicos profissionais, no combate da HAS, deveriam seguir algumas metas, entre elas: compreensão do processo patológico, do tratamento, incentivo do indivíduo a participação de programas de auto cuidado, bem como a certificação da ausência de complicações para controlar a hipertensão com tratamento medicamentoso e não-medicamentoso. Justificando assim, a motivação e a orientação à população quanto à importância do tratamento-não medicamentoso para HAS, através de mudanças no estilo de vida, enfocando a prevenção dos fatores de riscos.

Palavras-chave: Equidade em Saúde, Estratégia Saúde da Família, Hipertensão

Sumário

1	INTRODUÇÃO	9
2	OBJETIVOS	15
2.1	Objetivo geral:	15
2.2	Objetivo específicos :	15
3	REVISÃO DA LITERATURA	17
4	METODOLOGIA	23
5	RESULTADOS ESPERADOS	31
	REFERÊNCIAS	33

1 Introdução

O município de Ponta Grossa está localizado no centro sul do estado do Paraná, distante 103 quilômetros da capital Curitiba, com uma população de 341.130 habitantes, sendo a quarta cidade mais populosa do estado. É o núcleo de uma das regiões mais populosas do estado e o maior parque industrial do interior do estado. A cidade também conhecida como "Princesa dos Campos", fundada em 15 de setembro de 1823. O município teve seu território palmilhado a partir do século XVI, quando os Campos Gerais foram cruzados por expedições espanholas que demandavam do litoral até Assunção, no Paraguai.

Os primeiros povoadores que aqui se estabeleceram foram fazendeiros paulistas, vindos especialmente pela abundância de pastos naturais e beleza dos Campos Gerais. Fixaram-se nas imediações dos rios Rio Verde e Pitangui. Em 15 de setembro de 1823, por Ato Imperial foi criada a Freguesia de Estrela. Em 1840 o patrimônio foi aumentado, por área denominada Rincão da Ronda. Pela Lei Provincial nº 34, de 07 de abril de 1855, foi criado o município de Ponta Grossa, com território desmembrado do município de Castro. A Lei Provincial nº 82, de 24 de março de 1862, elevou a vila à categoria de cidade. Ponta Grossa foi berço de grandes nomes da política paranaense, sendo conhecida como "Capital Cívica do Paraná".

Atualmente, Ponta Grossa, destaca-se como um dos mais industrializados municípios do Estado, sem contar a importância no setor turístico, com Furnas, Lagoa Dourada e a mística Vila Velha. A economia de Ponta Grossa teve três grandes impulsos durante o século XX. O primeiro em meados de 1900 com a instalação da ferrovia, o segundo na década de 70 com a instalação de grandes indústrias da área alimentícia e moageira, e o terceiro na segunda metade da década de 1990 com a instalação de grandes empresas nacionais do setor logístico e de produção e investimentos de grandes redes do setor de serviços. A cerca de dez quilômetros do centro da Ponta Grossa está o Distrito Industrial Ciro Martins. O complexo localizado próximo à região do Bairro Cara-Cará, é o maior do interior do estado, atrás apenas de Curitiba e sua região metropolitana. O município está próximo dos principais mercados consumidores do país, São Paulo e Curitiba, e a sua posição geográfica estratégica facilita o transporte para portos, aeroportos e países vizinhos, como Argentina e Paraguai. É ponto de passagem para a exportação de produtos ao Porto de Paranaguá e aos países do Mercosul. O município tem sua economia baseada fortemente no setor industrial com base nas atividades agropecuárias e alimentícias, possuindo também indústrias metalúrgicas e de produtos automotivos e um forte comércio facilitado pelo seu grande entroncamento rodoviário. Possui ainda indústrias ligadas a mineração destacando-se a produção de talco, calcário e vários tipos de argila. O processo de industrialização aconteceu na cidade no período entre 1975 e 2005 impulsionado pela

boa infraestrutura de transporte, mão-de-obra qualificada, especialmente pela presença da Universidade Estadual de Ponta Grossa (UEPG) criada em 1969 e da Universidade Tecnológica Federal do Paraná (UTFPR) a partir de 1991.

A Secretaria Municipal de Saúde é o órgão encarregado de ampliar o acesso da população, em especial da mais carente, à assistência à saúde, através dos serviços e ações financiados com recursos públicos, bem como promover a integração dos serviços e ações de saúde, considerados também os serviços não governamentais, por meio de sistemas regionalizados e hierarquizados de saúde. É encarregado ainda de planejar, coordenar, avaliar e controlar a prestação de assistência integral à saúde das pessoas, através dos serviços e ações financiados com recursos públicos, a nível ambulatorial e de apoio diagnóstico. O município conta com 80 equipes de ESF distribuídas em 47 Unidades de Saúde da Família (USF), sendo 03 equipes que estão localizadas na zona rural do município. Para atendimento da demais população o município conta com 04 Unidades Básicas de Saúde (UBS), 04 Centros de atenção à Saúde (CAS). O município ainda conta com 02 Hospitais Municipais - um Infantil e outro Adulto, 01 Hospital Regional, e, 05 Unidades Hospitalares que prestam atendimentos ao SUS, com usuários referenciados.

A Unidade Básica de Saúde Carlos Ribeiro de Macedo está localizada na região de Nova Rússia, às margens da rodovia – BR 373, na Rua Moacir Lazarotto de Oliveira, abrange os bairros Parque do Café e Jardim Vitória. Por não existir Estratégia de Saúde da Família (ESF), a unidade não possui área de abrangência definida, executando atendimentos de outros bairros próximos e também de usuários da zona rural do município, como as localidades dos Pinheirinhos, Uvaia, Taquaruçu, e os bairros Periquitos, Cristo-Rei, Santa Luzia, Planalto, Vila Real e Borato.

O acesso ao bairro é realizado através de linha de ônibus, muitas das famílias possuem carro particular. As ruas principais são pavimentadas, contudo grande parte das ruas do bairro Jardim Vitória não possui pavimentação. O bairro conta com uma escola municipal e um CEMEI. Não existe rede de esgoto como principal risco ambiental nesta localidade e a coleta de lixo ocorre, com coleta de lixo 2 vezes na semana.

A comunidade tem um perfil social com renda familiar média e inclusão em programas sociais de renda bem baixa com poucas pessoas incluídas, com poucos analfabetos, predominando a escolaridade média, com condições de moradia boas e com pouco índice de desemprego. Existem áreas de risco social, são áreas carentes com alto índice de pessoas com uso de álcool e uma quantidade importante de usuários fumantes. O sistema de distribuição de água potável através da empresa SANEPAR que trata e distribui a água para todos os moradores.

A parte física da Unidade propriamente dita está em boas condições, com salas apropriadas para o atendimento e em número suficiente para atender aos usuários. A equipe é composta por 01 médico, 01 enfermeira, 02 técnicos de enfermagem, 01 auxiliar de enfermagem, 01 dentista (04 horas/dia), 01 auxiliar de saúde bucal (04 horas/dia), 01 assistente

administrativo, 01 zeladora (01 dia/semana). A demanda de atendimentos da Unidade é compatível com a equipe, sendo realizado acolhimento da demanda espontânea.

A UBS tem cadastrados uma população total de 3628 onde 1258 são homens e 2370 são mulheres, divididos em:

- menor de 1 ano são 12 homens e 15 mulheres para um total de 27.
- de 1 a 4 anos são 5 homens e 7 mulheres para um total de 12.
- de 5 a 9 anos são 22 homens e 31 mulheres para um total de 53.
- de 10 a 14 anos são 19 homens e 32 mulheres para um total de 51.
- de 15 a 19 anos são 13 homens e 32 mulheres para um total de 45.
- de 20 a 59 anos são 401 homens e 597 mulheres para um total de 998.
- de mais de 60 anos são 786 homens e 1456 mulheres para um total de 2242.

São acompanhados 3628 usuários, divididos entre 1258 homens e 2370 mulheres. Esta comunidade tem um grande número de usuários com doenças como Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), Saúde Mental (depressão, ansiedade), Diabetes Mellitus, Obesidade, e as Infecções do Trato Respiratório.

A puericultura é realizada 1 vez por semana pela enfermeira, sendo acompanhadas 32 crianças menores de dois anos.

Quanto ao acompanhamento pré-natal, as gestantes são captadas por toda a equipe e este é realizado pela enfermeira e médica da unidade.

Os hipertensos e diabéticos da área consultam e conseguem sua medicação na UBS, porém não há atividades, nem cadastro no programa de hiperdia.

As 5 queixas mais comuns que levaram a população a procurar a sua unidade de saúde foram; 1-Doenças do aparelho cardíaco : HAS. 2-Doenças endócrino metabólicas; Diabetes Mellitus assim como suas complicações . 3-Saúde Mental (depressão, ansiedade) 4-Doenças do aparelho respiratório. 5-Doenças do aparelho digestivo e trato respiratório Causas de Mobilidade hospitalar ia e Mortalidade em 2015, as 5 principais causas de morte são : 1- Infarto Agudo de Miocárdio 2-Doenças cerebrovasculares (AVC, AVE) 3-Diabetes Mellitus (todos os tipos) 4-Acidentes de trânsito 5- Neoplasias Malignas As doenças crônicas vêm apresentando um aumento significativo nos últimos anos, dentro elas a HAS, sendo responsável por um grande número de óbitos em todo o país e no mundo.

A HAS é definida como pressão arterial sistólica maior ou igual a 140 mmHg e uma pressão arterial diastólica maior ou igual a 90 mmHg, em indivíduos que não estão fazendo uso de medicação anti-hipertensiva. Devem-se considerar no diagnóstico da HAS, além dos níveis tensionais, o risco cardiovascular global estimado pela presença dos fatores de risco, a presença de lesões nos órgãos-alvo e as co-morbidades associadas. É também o principal fator de risco para as complicações mais comuns como acidente vascular cerebral e infarto agudo do miocárdio, além da doença renal crônica terminal.

A HAS sem tratamento acelera o desenvolvimento de insuficiência cardíaca, doença coronariana, angina, infarto do miocárdio, acidentes vasculares cerebrais hemorrágicos e trombóticos e insuficiência renal. A prevenção das complicações da hipertensão através de terapêutica e conduta anti-hipertensiva é um dos maiores problemas em saúde pública. Nos antecedentes familiares geralmente encontram-se dados sugestivos de hipertensão (AVC, morte súbita, insuficiência cardíaca). A patogênese da hipertensão arterial essencial provavelmente é multifatorial, sendo que fatores genéticos desempenham um importante papel na sua gênese. Crianças com um ou ambos os pais hipertensos tendem a apresentar níveis elevados de pressão arterial precocemente.

A hipertensão primária é evidenciada em aproximadamente 95% dos casos de enfermidade hipertensiva. A condição é comum, ocorrendo em 10-15% dos adultos de raça branca e em 20-30% de raça negra. Tem como fatores de risco: Baixo nível de informação da população acerca da HAS, Alimentação não saudável, Tabagismo, Obesidade, Sedentarismo, Alcoolismo. No Brasil são cerca de 17 milhões de portadores de hipertensão arterial, 45% da população de 50 anos e mais.

Pelos números supracitados, pela magnitude, transcendência e vulnerabilidades apresentadas pela patologia, justifica-se ações educativas da HAS em usuários hipertensos como forma de motivação e a orientação em quanto a importância do tratamento não medicamentoso para hipertensão arterial, a través de mudanças no estilo de vida, enfocando a prevenção dos fatores de risco, levando em consideração que o tratamento não só medicamentoso, implica modificações no estilo de vida, tenho percebido que os usuários portadores HAS da unidade não realizavam o tratamento não medicamentoso conforme as orientações dadas pelos profissionais de saúde e a pouca adesão ao tratamento não medicamentoso pelos portadores de HAS da população alvo e a sua relação com o fato de muitos usuários se manterem com a pressão arterial elevada constatado durante o atendimento individualizado, se torno um grande problema, uma vez que HAS não foi tratada adequadamente, pois diminuiu a expectativa de a qualidade de vida dessas pessoas.

Acreditamos que tal fato ocorreu por falta de conhecimento dos usuários sobre sua patologia e o modo adequado para tratá-la, como também as ações desenvolvidas pela equipe de saúde, na qual estou inserida. Assim, um dos desafios da nossa equipe multidisciplinar de saúde foi obter dos portadores de HAS a melhor adesão ao tratamento não medicamentoso. Neste contexto, a educação em saúde se apresenta como uma estratégia adequada para ensinar o hipertenso sobre sua doença e os modos de viver melhor, proporcionando-lhe oportunidades para expor dúvidas, dificuldades e acima de tudo conseguir os recursos e meios para se manter em tratamento.

A população adstrita está envelhecendo e a cada ano são mais as pessoas diagnosticadas com HAS, incrementando a cada ano a taxa de prevalência de casos de HAS. O projeto proposto pretende implementar estratégias de saúde da HAS nos usuários hipertensos ao tratamento prescrito de HAS, da Unidade Básica de saúde Carlos Ribeiro de

Macedo, no bairro Parque do Café, município Ponta Grossa - Paraná.

2 Objetivos

2.1 Objetivo geral:

- Implementar estratégias de saúde no controle da Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) na população adscrita da Unidade Básica de Saúde (UBS) Carlos Ribeiro de Macedo, Parque do Café, Ponta Grossa-PR.

2.2 Objetivo específicos :

- Incrementar o controle da HAS na população adscrita.
- Aperfeiçoar a prática da educação em saúde desenvolvida pela Equipe de Saúde de Família.
- Instrumentalizar as pessoas portadoras de HAS sobre sua patologia, agravos e tratamentos.

3 Revisão da Literatura

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é uma doença cardiovascular crônica, caracterizada por níveis de pressão arterial elevados. e tem como limite escolhido clinicamente para definir HAS em indivíduos acima de 18 anos refere-se a níveis tensionais iguais ou maiores que 140 mmHg x 90 mmHg. , devem ser considerados: a presença de vários fatores de risco: fatores genéticos (idade, raça, sexo, história familiar) e de risco associados (tabagismo, obesidade, etilismo, sedentarismo, estresse e excesso de sal) ,com complicações em diversos sistemas e órgãos

E uma doença de causa direta da cardiopatia hipertensiva, é além disso e fator de risco para doenças decorrentes de aterosclerose e trombose, que se manifestam,, por doença isquêmica cardíaca, cerebrovascular, vascular periférica e renal. Em decorrência de cardiopatia hipertensiva e isquêmica, é também fator etiológico de insuficiência cardíaca. como complicações cognitivas, temos a doença de Alzheimer e demência vascular, também têm HAS em fases mais precoces da vida como fator de risco. Essa multiplicidade de consequências coloca a HAS na origem de muitas doenças crônicas não transmissíveis e, portanto, caracteriza-a como uma das causas de maior redução da expectativa e da qualidade de vida dos indivíduos (RIBEIRO, 2007)

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) são a principal causa de morbimortalidade, correspondendo a 63% das causas de morte no mundo. Dentre elas, as doenças cardiovasculares (hipertensão arterial, infarto, acidente vascular encefálico) destacam-se pela alta incidência e prevalência , respondendo por cerca de um terço das mortes globais. A HAS é a doença circulatória mais prevalente e é frequentemente associada a alterações metabólicas, que conduzem ao maior risco para desenvolvimento de doenças cardiovasculares fatais e não fatais, a mais frequente : insuficiência renal e outras (RIBEIRO, 2007)

A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que cerca de 600 milhões de pessoas tenham HAS e ocorram 7,1 milhões de mortes anuais decorrentes dessa doença. Estudos indicam crescimento mundial de 60% dos casos da doença para 2025a, com maior incidência ao passar dos anos (THOMAS, 2006). A HAS acarreta aumento dos custos dos sistemas de saúde e tem afetado a economia global (KEARNEY et al., 2005)

No Brasil, são poucas as pesquisas de base populacional referentes à prevalência da HAS. Os estudos na maioria das vezes possuem comparabilidade limitada, em função da abrangência local ou regional e de diferenças nas questões e nos métodos. Inquéritos domiciliares em municípios brasileiros estimam prevalências que variam de 15% a 40% na população urbana adulta brasileira. dependendo da metodologia e abrangência do estudo. Dados da Pesquisa Nacional de Saúde em 2013, utilizando informações autorreferidas, estimam uma prevalência de HAS de 21,4% para todo o país (APPEL et al., 2003)

Na Unidade Básica de Saúde Carlos Ribeiro de Macedo do município Ponta Grossa , no

estado Paraná, atende-se uma população de 3628 pessoas, destes 720 com HAS (19.8%), acompanhados na unidade pelo programa HiperDia .

Como principais fatores de risco para HAS temos:

- idade principalmente acima de 50 anos;
- prevalência parecida entre ambos os sexos, sendo mais comum em homens até 50 anos, invertendo esta relação nas décadas subsequentes
- indivíduos não brancos;
- excesso de peso;
- sedentarismo;
- ingestão aumentada de sal
- fatores socioeconômicos e genéticos;
- tabagismo
- dislipidemias: triglicérides > 150 mg/dL.
- estresse diário
- consumo regular e abusivo de álcool
- hábitos sociais e uso de anticoncepcionais

Sabe-se que o objetivo final da terapia anti-hipertensiva é reduzir a morbimortalidade, assim como a incidência de HAS de pacientes que apresentam elevado risco cardiovascular, como pacientes diabéticos em especial com microalbuminúria, com insuficiência cardíaca, com nefropatia e com vasculopatias periféricas secundárias a HAS crônica, além da prevenção primária e secundária de acidente vascular cerebral.

A manutenção dos níveis pressóricos inferiores a 140x90 mmHg está associado à diminuição das complicações cardiovasculares (RIBEIRO, 2007). Reduções para níveis iguais ou menores que 130x80 mmHg são indicadas para pacientes diabéticos, normoalbuminúricos ou não e portadores de nefropatia crônica. Nos ensaios clínicos, a terapia anti-hipertensiva rigorosa tem sido associada a reduções na incidência de acidente vascular cerebral em média de 35 a 40%, de infarto do miocárdio em 20 a 25% e na incidência de insuficiência cardíaca em até 50%, para isso existe o tratamento não medicamentoso e medicamentoso (NEAL; MACMAHON; CHAPMAN, 2000).

A adoção de hábitos de vida saudáveis por todas as pessoas é essencial para a prevenção do desenvolvimento de HAS, sendo indispensável como parte do tratamento. Essas medidas reduzem a pressão arterial, aumentam a eficácia da terapia medicamentosa além de diminuir o risco cardiovascular. A combinação de dois ou mais itens no estilo de vida descritos a seguir estão associados a melhores resultados com mudança de estilos de vida (APPEL et al., 2003).

A redução do peso corporal e a manutenção do peso ideal, mantendo-se o índice de massa corporal (IMC) entre 20 e 25 kg/m² reduz significativamente a pressão arterial e previne o desenvolvimento da HAS e suas complicações a uma grande porcentagem de indivíduos com sobrepeso. A adoção de hábitos alimentares saudáveis, com uma dieta rica em vegetais, frutas e alimentos pobres em sal, colesterol e em gorduras saturadas também é benéfica para esses pacientes. Uma dieta habitual contém de 10 a 12 g de sal por dia que deve ser reduzida para cerca de 2,4 g por dia (SACKS et al., 2001).

A ingestão de bebidas alcoólicas deve diminuir . , deve ser reduzido à metade para homens de baixo peso, mulheres e indivíduos com sobrepeso e/ou triglicérides elevados. Exercícios físicos aeróbicos regulares, como 30 min de caminhada na maioria dos dias da semana, devem ser realizados por todos os pacientes que apresentam condições físicas

adequadas, com maior intensidade nos pacientes sobrepesos e obesos (VOLLMER et al., 2000).

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 \geq 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. Quando da opção pelo uso de drogas anti-hipertensivas algumas noções básicas devem ser lembradas:

Iniciar sempre com doses menores do que as preconizadas;

- Evitar os efeitos colaterais, associando nova droga antes da dose máxima estabelecida, favorecendo associações de baixas doses;
- Estimular a medida da PA no domicílio, sempre que possível;
- Lembrar que determinadas drogas antihipertensivas demoram de 4 a 6 semanas para atingir seu efeito máximo, devendo-se evitar modificações do esquema terapêutico antes do término desse período;
- O paciente deve ser orientado quanto ao uso do medicamento, horário mais conveniente, relação com alimentos, sono, diurese e mecanismos de ação;
- Antes de aumentar ou modificar a dosagem de um anti-hipertensivo, monitorar a adesão - que significa o paciente estar com a pressão controlada e aderente às recomendações de mudanças nos hábitos de vida. A principal causa de HAS resistente é a descontinuidade da prescrição estabelecida.

Classes de anti-hipertensivos

Estão disponíveis seis classes de antihipertensivos: os diuréticos, os inibidores adrenérgicos (os de ação central, os alfa-1 bloqueadores e os betabloqueadores), os vasodilatadores diretos, os inibidores da enzima conversora da angiotensina (ECA), os antagonistas dos canais de cálcio e os antagonistas do receptor da angiotensina (RIBEIRO, 2007). A cada dia surgem novas classes, porém vale ressaltar que estudos para a redução da morbimortalidade somente foram demonstrados com o uso de diuréticos e betabloqueadores. Mais recentemente, verificou-se os mesmos resultados com o uso de nitrendipina (antagonista

dos canais de cálcio) em idosos. Este caderno detalhará apenas as drogas padronizadas pelo Ministério da Saúde, por razões científicas e de custo-eficácia no âmbito populacional. A padronização recomendada inclui como de primeira escolha a hidroclorotiazida (diurético) e/ou propranolol (betabloqueador), seguido do captopril (IECA), especialmente para os diabéticos, a alfametildopa para as gestantes e o minoxidil (vasodilatador de ação direta) para os casos graves.

Diuréticos: são as drogas mais usadas no tratamento da HAS em todo o mundo, há mais de trinta anos. Têm papel vital no controle dessa condição, seja isolado ou em associação com outras drogas. São, ainda, as mais extensivamente estudadas e têm demonstrado redução de morte e complicações cardiovasculares. Mecanismo de ação - o local de ação dessas drogas é o nefron (unidade morfofuncional do rim). O mecanismo exato pelo qual os diuréticos baixam a pressão ainda não está devidamente esclarecido. Inicialmente, produzem leve depleção de sódio. Com a continuação da terapia ocorre, também, diminuição da resistência vascular periférica. Efeitos adversos - podem depletar potássio com doses moderadas ou elevadas. Cuidados especiais devem ser tomados com os idosos, em vista da hipotensão postural!

Tipo de diurético

- Hidroclorotiazida (HCT): é o diurético padronizado para uso rotineiro. Deve ser usado, na maioria das vezes, como droga inicial, permitindo uma ação anti-hipertensiva lenta, com reações compensatórias reflexas menos intensas.

A prevenção dos efeitos colaterais da HCT como dislipidemias, intolerância à glicose, hipopotassemia, impotência sexual e hiperuricemia - é alcançada com doses cada vez menores, e vigilância dessas alterações. Não se deve ultrapassar a dose de 50 mg/dia. Inibidores simpáticos. O cérebro exerce grande controle sobre a circulação. Portanto, atuar farmacologicamente nesta área é imprescindível para diminuir a pressão arterial nos hipertensos.

- clonidina e alfametildopa são as drogas preferenciais.

Mecanismo de ação - estas drogas deprimem o tônus simpático do sistema nervoso central. Tipo de inibidor simpático

- Alfametildopa - é a droga ideal para tratamento da grávida hipertensa, pois mostrou-se mais efetiva na redução da pressão arterial dessas pacientes, além de não provocar malformação fetal.

Os efeitos colaterais, como hipotensão postural e disfunção sexual, sintomas frequentes no paciente com neuropatia autonômica diabética, limitam o seu uso nessa população. Betabloqueadores. São drogas que antagonizam as respostas às catecolaminas, mediadas pelos receptores beta. São úteis em uma série de condições, tais como: arritmias cardíacas, prolapso da valva mitral, infarto do miocárdio, angina do peito e hipertensão portal

esquistossomática. Mecanismo de ação - ainda não está bem esclarecido como estas drogas produzem redução da pressão arterial. Diminuição da frequência e do débito cardíaco são os resultados encontrados após a administração das mesmas. No seu uso constante, a diminuição da pressão arterial se correlaciona melhor com alterações na resistência vascular periférica que com variações na frequência cardíaca ou alterações no débito cardíaco induzi das por essas drogas.

Tipo de betabloqueador

- Propranolol (PP) - foi o primeiro betabloqueador sintetizado e ainda é o mais usado.

Efeitos adversos - contra-indicado em atópicos ou asmáticos pelo desencadeamento ou agravamento do broncoespasmo, podendo levar à insuficiência respiratória aguda. Também contra-indicado em bloqueios cardíacos e insuficiência vascular periférica.

Vasodilatadores diretos

São drogas que têm efeito relaxador direto no músculo liso vascular, sem intermediação de receptores celulares. Mecanismo de ação - leva à vasodilatação da arteríola pré-capilar e conseqüente queda da resistência vascular periférica. Isto pode, por mecanismo de compensação, levar ao aumento da retenção de sódio e água. Esta é uma das razões porque essas drogas só devem ser usadas em associação prévia com betabloqueadores e diuréticos em hipertensão grave e resistente.

Tipo de vasodilatador direto:

- Minoxidil - deve ser usada como quarta droga em HAS grave.

Inibidores da enzima conversora da angiotensina (IECA) Essas drogas representam grande avanço no tratamento da HAS. Mecanismo de ação - esses compostos inibem a formação de angiotensina I, bloqueando o sistema renina angiotensina-aldosterona. A angiotensina II é um dos maiores vasoconstrictores conhecidos e se origina a partir do angiotensinogênio vindo da renina. As angiotensinas são produtos de uma série de reações proteolíticas iniciadas com a clivagem do angiotensinogênio. Para a formação da angiotensina II, vindo da angiotensina I, faz-se necessária a presença da enzima conversora (ECA). Essas drogas bloqueiam essa enzima, que transforma a AI em AII (convertase). Possuem perfil hemodinâmico e metabólico favorável e podem ser usadas em associação a outras drogas. Do ponto de vista terapêutico, os inibidores da enzima de conversão da angiotensina (ECA), além da redução da pressão arterial sistêmica, reduzem a pressão intraglomerular, que tem como conseqüência proteção renal específica. Valeressaltar que são drogas contra-indicadas na gestação ou em mulheres com risco de engravidar, pela possibilidade de malformação fetal

Tipo de IECA

- Captopril- foi o primeiro inibidor da conversão da angiotensina. Tem indicação formal para os hipertensos portadores de diabetes, haja vista provocar queda da

hipertensão glomerular, tão danosa para a função renal, e evitar perda de albumina pela urina (albuminúria).

Apresenta a vantagem de não prejudicar a sensibilidade à insulina e o perfil lipídico do plasma, e associa-se à redução da IjVE. Na neuropatia autonômica do diabetes, a possibilidade de hipoaldosteronismo hiporreninêmico com elevação de potássio pode limitar o uso de IECA.

Cuidados devem ser tomados em relação aos pacientes com estenose de artéria renal, pela possibilidade de hipoperfusão e, conseqüentemente, queda da função de filtração renal. Dosagem de potássio e de creatinina auxiliam na avaliação da função renal.

Com a publicação da Portaria n° 2488 de 2011, a Política Nacional de Atenção Básica e constitui as leis para sua organização compreendendo o Programa de Saúde da Família (PSF) , garante que a equipe multiprofissional seja responsável por , no máximo 4000 moradores , sendo a média indicada de 3000 moradores , com jornada de trabalho de 40 horas semanais para todos os seus integrantes, cadastramento de cada profissional de saúde em apenas 01 (uma) ESF, exceção feita somente ao profissional médico que poderá atuar em no máximo 02 (duas) ESF e com carga horária total de 40 (quarenta) horas semanais e composta por , no mínimo , médico , enfermeiro , auxiliar de enfermagem ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS) que deve ser suficiente para cobrir 100% da população cadastrada, com um máximo de 750 pessoas por ACS e de 12 ACS por equipe de Saúde da Família, não ultrapassando o limite máximo recomendado de pessoas por equipe.

4 Metodologia

Este Projeto de Intervenção (PI) é uma atividade constituída a parti de uma problemática, identificada após levantamento epidemiológico embasado em consultas aos sistemas de informação: SIAB, também com Análise Situacional realizado pela Equipe Saúde da Unidade Básica de Saúde Carlos Ribeiro de Macedo, situado no município Ponta Grossa, que foi detectado o problema de HAS. Os grandes números de hipertensos cadastrados e o número de casos de doenças cardiovasculares na área de abrangência chamam a atenção da equipe no sentido de alertá-la sobre a necessidade de realizar ações para atingir o objetivo proposto que é diminuir os níveis pressóricos dos hipertensos com medidas preventivas para evitar as complicações. Na Unidade Básica de Saúde Carlos Ribeiro de Macedo do Município Ponta Grossa atende-se uma população de 3628 pessoas, destes, 720 com HAS, acompanhados na unidade a través do programa Hiperdia. Em amostragem de 106 usuários com HAS de nossa população ao começo do ano, 31 deles, não tinham controle da doença.

Diante dessa situação, foi proposta uma intervenção educativa que alterasse o seguimento de hipertensos, baseada em estratégias de ações educativas e terapêuticas, com o objetivo principal de Implementar estratégias de saúde no controle da HAS nos usuários da Unidade Básica de Saúde Carlos Ribeiro de Macedo. Com tudo isso, esperamos prevenir complicações da HAS, esclarecer sobre os fatores de risco cardiovascular, alcançar maior adesão dos usuários ao tratamento, valorizar a mudança de comportamento do hipertenso, estimulando o autocontrole. Esperamos também envolver familiares e comunidade no diagnóstico precoce e no apoio ao hipertenso, organizar o atendimento desses usuários, proporcionando um seguimento regular e racionalizar a demanda por consulta médica assistencial.

O universo de trabalho está formado por 720 usuários hipertensos cadastrados nossa UBSF, e a mostra de 106 indivíduos hipertensos de ambos os sexos, com idade igual ou superior a 20 anos, residentes na área de saúde da UBSF Carlos Ribeiro de Macedo, do Município Ponta grossa, Parana, que fazem acompanhamento em nossa unidade, inseridos no Programa de Hiperdia. Para seleção, adotamos como critérios de inclusão: serem usuários de ambos os sexos; com idade igual ou superior a 20 anos, apresentarem diagnóstico médico de HAS primária há mais de um ano; estarem cadastrados e acompanhados no programa de Hiperdia da unidade e estarem conscientes e orientados.

O trabalho conta com uma etapa de diagnóstico, outra de intervenção e outra de avaliação. A etapa Diagnostica começa com a consulta aos prontuários de cada usuário, fazendo diagnostico do problema, revisão da literatura tendo em conta os objetivos e justificção da investigação e elaboração do projeto para resolver os problemas. A etapa de Intervenção começa com o desenvolvimento do projeto e a etapa de Avaliação com

Cronograma de intervenção									
ATIVIDADES/PERÍODO	2016			2017					
	OUT	NOV	DEZ	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	
Diagnóstico do Problema	X	X	X						
Revisão da Literatura				X	X				
Elaboração do PI					X	X			
Desenvolvimento do PI						X			
Análise e Discussão dos Resultados						X	X		
Conclusão sobre a intervenção							X		
Avaliação do PI								X	

análise e discussão dos resultados e conclusão sobre a intervenção. Terminando assim no mês de maio 2017 a etapa da avaliação.

Os prontuários dos portadores de HAS foram um instrumento para observação do número de usuários com PA controlada, que serve de parâmetro para avaliar a eficácia da intervenção. O relato dos usuários, dos agentes da saúde da área e as visitas domiciliares que foram realizadas pela equipe foram considerados para calcular a contribuição do trabalho para a melhoria da adesão ao tratamento não-medicamentoso pelos usuários em estudo.

As técnicas iniciais que utilizamos neste projeto de intervenção foram às entrevistas individuais com os usuários, realizadas de modo aprofundado, levantando as questões relacionadas à terapêutica não-farmacológica, de modo que as dúvidas e as dificuldades detectadas foram resolvidas. Avaliamos o grau de satisfação desses usuários ao atendimento realizado pela equipe de saúde em questão. As entrevistas individuais acontecerem semanalmente no dia do atendimento aos portadores de HAS, com duração de 15 a 20 minutos, com o cronograma semanal estabelecido no posto para conhecimentos dos usuários com anterioridade.

Um dia após as entrevistas com os usuários realizamos as reuniões com a Equipe Saúde da Família (ESF), que também foram semanais. Durante essas reuniões foram consideradas as questões de maiores necessidades apontadas pelos próprios usuários, assim como as necessidades da equipe saúde da família, reavaliando nossas ações, na tentativa de aperfeiçoarmos nossas práticas, no intuito de melhor atendermos os usuários portadores de HAS. No dia das reuniões realizamos treinamentos com ESF para aperfeiçoamento da acolhida desses usuários.

Posteriormente agendamos encontros em grupo, que servirem como sessões educativas, com os portadores de HAS. Acontecendo de 15 em 15 dias, com duração de 30

minutos, com uma média de 25 usuários por encontro. Os assuntos enfocados foram questões relatadas nos encontros individuais. Utilizamos linguagem adequada para que todos os participantes pudessem entender o conteúdo exposto. Houve participação de equipe multiprofissional.

O processo educativo é considerado importante para complementação do tratamento de usuários hipertensos para aumentar sua adesão, contribuindo no controle da pressão arterial, no esclarecimento de dúvidas e direcionamento do autocuidado. A educação é um componente essencial para a promoção, manutenção e restauração da saúde, devendo agir de maneira conscientizadora.

As visitas domiciliares e consultas a os usuários portadores de HAS referem aumento da motivação dos usuários com conseqüente melhora da sua qualidade de vida. Portanto, ações educativas são fundamentais na adesão ao tratamento da HAS, com necessidade de participação dos usuários e profissionais de saúde, para que haja conscientização e mudanças nos hábitos de vida. O Programa de Saúde da Família apareceu sob a análise inicial de ser um programa com qualidades limitativas de atenção. Contudo, sua expansão acelerou nos últimos anos e sua importância o transformou numa estratégia de conversão do modelo de atenção básica.

A Estratégia Saúde da Família prioriza as ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde das pessoas, de forma integral, contínua, e essas ações são desenvolvidas por meio de uma equipe mínima composta pelo médico, enfermeiro, auxiliar ou técnico em enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS). Assim, faz-se necessário o desenvolvimento de estratégias de cuidado que contemplem os diversos elementos envolvidos no processo de adoecimento da HAS: as expressivas transformações na vida dos indivíduos nas esferas emocional, familiar, socioeconômica considerando que a maior parte constitui-se de usuários do (SUS) os quais estão embutidas dificuldades socioeconômicas e culturais que podem tornar-se empecilhos à adesão terapêutica adequada. Esse cuidado deve ser contextualizado com as necessidades do indivíduo permeado pela noção de autonomia, com vistas à produção de postura ativa na adesão.

Cada equipe de Saúde da Família é capacitada para: conhecer a realidade das famílias pelas quais é responsável; identificar os principais problemas de saúde e situações de risco; elaborar, com a participação da comunidade, um plano local para enfrentar os determinantes do processo saúde/doença; prestar assistência integral na UBSF, na comunidade, no domicílio e no acompanhamento ao atendimento nos serviços de referência ambulatorial ou hospitalar e desenvolver ações educativas intersetoriais para enfrentar os problemas de saúde identificados. Desta forma este referido projeto de intervenção vem buscar não somente os seus objetivos explícitos, como também, chamar a atenção dos gestores do município sobre a necessidade de se criar e implantar estratégias de prevenção para melhoria dos indicadores e da qualidade de vida da população.

Ao elaborar o plano de ação para impactar na melhoria do controle da HAS em nossos

Tema do Encontro	Descrição	Responsável	Duração
HAS: conceito, Ocorrências e consequências	-Orientar aos usuários hipertensos o conceito da HAS, sua ocorrência e suas consequências.	Equipe da saúde da família	30 minutos
Dieta hipossódica e obesidade.	-Orientar sobre a importância de manter a dieta e assim prevenir a obesidade.	Equipe da saúde da família	30 minutos
Tabagismo e consumo de Álcool	-Orientar sobre os danos que ocasiona o tabagismo e o consumo de álcool para a HAS.	Equipe da saúde da família	30 minutos
Atividade Física	-Orientar a importância da atividade física no controle da HAS e de outros fatores de risco.	Equipe da saúde da família	30 minutos
Fatores de Risco cardiovasculares e sua prevenção.	-Orientar a os principais fatores de risco cardiovascular e sua prevenção.	Equipe da saúde da família	30 minutos

usuários, a equipe percebeu a importância de fazer um Análise Situacional para conhecer os problemas da área de abrangência e identificar quais são possíveis de resolução e, qual a prioridade de cada problema no cotidiano. A utilização do Planejamento Estratégico Situacional para elaboração da proposta de intervenção permitiu a equipe formular propostas baseadas em evidências e com grande probabilidade de serem resolutiva. Foram realizadas 5 palestras para o grupo de usuários selecionados para participarem do projeto, conforme os critérios de inclusão, nelas foram exposto tópicos como: Alimentação saudável, Aderência ao tratamento, Tabagismo, Consumo de Álcool, Atividade Física e Importância da assistência a consulta agendada. As palestras foram realizadas no PSF com uma frequência bimestral, nelas tivemos a participação da equipe de saúde do PSF e do grupo de usuários selecionados com alguns familiares.

Quadro 1 - Cronograma dos encontros desenvolvidos

As atividades do Projeto de Intervenção foram feitas conjuntamente com a participação da Equipe de Saúde da Família, nos encontros semanais realizados com os hipertensos da unidade, foi apresentada uma abordagem geral sobre HAS juntamente com as propostas do trabalho. A etapa seguinte foi baseada na apresentação de palestras para levar

ao público-alvo informações essenciais sobre a HAS, objetivando explicar sua doença e conscientizar a adoção de estilos de vida mais saudáveis.

As palestras abordarão os seguintes temas: -HAS: conceito, ocorrência e conseqüências; -Dieta hipossódica; - Influência da obesidade; - Álcool e Tabagismo; - Atividade física; - Fatores de risco cardiovasculares; - Prevenção.

Os grupos são trabalhados em reuniões divididas em quatro fases: • 1ª fase – expositiva: os temas foram apresentados através de recursos audiovisuais e de forma interativa. Foram utilizadas transparências, cartazes informativos, painéis com fotos ilustrativas, vídeos, educativos, etc. • 2ª fase – grupos de discussão: através de dinâmicas e debates visando avaliar o grau de conhecimento adquirido; • 3ª fase – aferição da pressão arterial e registro dos dados individuais num cartão desenvolvido pela equipe e fornecido a cada hipertenso; • 4ª fase – tema livre: se tratarem atividades adicionais promovidas de acordo com as necessidades do público-alvo. A etapa final do projeto se fundamenta na avaliação dos resultados e na elaboração do relatório. Todos os procedimentos realizados na Unidade Básica de Saúde da Família foram avaliados, analisando a resposta do público-alvo, observando os resultados do controle da pressão arterial e a adesão às medidas preventivas. Material: - Retroprojeter, transparências e outros recursos cabíveis; - Cartazes informativos a respeito da HAS, suas causas e complicações; - Painéis com fotos ilustrativas; - Dinâmicas de grupo; - Apresentação dos principais grupos alimentícios relacionados com o problema da HAS. - Esfigmomanômetro e estetoscópios próprios.

Destaca-se que todos os encontros foram conduzidos de forma dinâmica, a fim de possibilitar a participação dos integrantes do grupo. Ao longo dos encontros, os usuários faziam perguntas sobre o tema em questão e as dúvidas eram sanadas de forma que ficassem bem compreendidas.

A proposta de ações para a motivação dos atores começou com a organização da agenda de acordo com as orientações do plano diretor da atenção primária à saúde; o que permitiu diminuir o número de pessoas no horário reservado ao atendimento da demanda espontânea, gerando mais tempo para planejamento e organização de ações para o atendimento a grupos priorizados. Foram utilizados os protocolos de atendimento para a atenção ao usuário com HAS no Brasil, e isso contribuiu ao melhoramento da qualidade de atendimento aos usuários. Em cada consulta foi feita educação em saúde a cada usuário, e avaliado de forma integral, o que permitiu dar seguimento aos diferentes indicadores propostos: Peso, Pressão Arterial, Mudanças do estilo de vida.

Nossa equipe de saúde objetiva a análise permanente da situação de saúde da população para prestar uma assistência integral, contínua, resolutiva e de qualidade às necessidades de saúde da população na unidade de saúde e no domicílio. Além disso atuamos sobre os fatores de risco aos quais a população adstrita está exposta; humanizando as práticas de saúde através do estabelecimento de vínculo; e compartilhando o conhecimento do processo saúde-doença. A Tabela 1 representa o grupo de estudo conforme a segunda

Faixa etária	Masculinos		Femininas		Total	
	No. 45	%	No. 61	%	No. 106	%
30-39	2	4.4	6	9.8	8	7.54
40-49	9	20.0	14	22.9	23	2.17
50-59	13	28.8	16	26.2	29	27.3
Maior que 59 anos	21	46.6	25	40.9	46	43.4

Medidas de controle	Usuários que adotaram medidas de controle no. %	Usuários que não adotaram medidas de controle no. %
Controle de alimentação	75 70	31 30
Atividade física	81 76.4	25 23.6
Abstenção de fumo e álcool	89 84	17 16
Medicação	96 90.5	10 9.4

faixa etária e sexo.

Tabela 1 - Grupo estudo faixa etária e sexo. Unidade Básica de Saúde Carlos Ribeiro de Macedo, 2016.

Fonte: Prontuários médicos Na Unidade Básica de Saúde Carlos Ribeiro de Macedo, 2016. identificamos que dos 106 indivíduos entrevistados com idade de 30 anos e mais, 61 eram do sexo feminino e 45 do sexo masculino. A HAS revelou-se mais predominante nos homens na faixa etária maior de 59 anos a 46.6 % . Coincidindo assim com igual faixa etária de ambos os sexos. Nós profissionais de saúde da rede básica temos importância primordial nas estratégias de controle da HAS, quer na conduta terapêutica, quer nos esforços requeridos para informar e educar o usuário hipertenso como seguir o tratamento.

Tabela 2 - Adoção das medidas de controle da HAS por usuários hipertensos selecionados, Unidade de Saúde da Família Carlos Ribeiro de Macedo, 2016.

Fonte: Prontuário Com razão à adoção das medidas de controles da HAS (Tabela 2) podemos dizer que um 70% dos usuários tiveram controle de sua alimentação. A adoção de hábitos alimentares saudáveis é um componente muito importante da prevenção primária da HAS, sendo necessário manter o peso adequado, reduzir o consumo de sal, moderar o de

álcool, controlar o de gorduras e incluir alimentos ricos em potássio na alimentação diária. A realização de atividades físicas é fundamental na preservação e na promoção da saúde. A modificação de alguns hábitos de vida tais como a realização de exercícios físicos, pode promover resultados mais eficientes no que diz respeito à diminuição nos níveis pressóricos. A atividade física auxilia também no controle de outros fatores de risco, como o peso corporal, a dislipidemia, reduzindo o risco cardiovascular geral. Com relação à Abstenção de fumo e bebida só 2.7% dos usuários não adotarem medidas de controle. O fumo é o único fator de risco totalmente evitável de doença e morte cardiovasculares. Evitar esse hábito, que em 90% dos casos ocorre na adolescência, é um dos maiores desafios em razão da dependência química causada pela nicotina. No entanto, programas agressivos de controle ao tabagismo resultam em redução do consumo individual e se associam à diminuição de mortes cardiovasculares em curto prazo. O tabagismo representa um dos mais graves problemas de saúde pública, configurando uma epidemia que compromete não só a saúde como também a economia do país e ao meio ambiente. A inatividade física associada à má alimentação, ao tabagismo, ao consumo excessivo de álcool e a altos índices de estresse tem tornado as doenças cardiovasculares e crônicas degenerativas as principais causas de óbitos no mundo. Modificações de estilo de vida são de fundamental importância no processo terapêutico e na prevenção da HAS. Alimentação adequada, sobretudo quanto ao consumo de sal, controle do peso, prática de atividade física, tabagismo e uso excessivo de álcool são fatores de risco que devem ser adequadamente abordados e controlados, sem o que, mesmo doses progressivas de medicamentos não resultarão alcançar os níveis recomendados de pressão arterial. Embora estudos mostrem que a adesão ao tratamento da HAS é dificultada, em larga escala pela necessidade de alterações nos hábitos de vida. Ademais, trata-se de uma doença crônico-degenerativa, onde o controle deve ocorrer durante toda a vida. Além disso existe muita dificuldade com a adesão dos medicamentos nos PSF, por na existência na farmácia popular. Todos os usuários recebem orientação, individual ou em grupo, quanto à abordagem não-farmacológica da HAS. Podemos observar que, modificações em relação aos hábitos de vida podem normalizar grande parte das formas leves da doença e propiciar um bom controle das formas moderadas e severas de HAS, reduzindo assim as dosagens de medicação comumente utilizadas. Portanto, a redução da ingestão de sal, gorduras saturadas e bebidas alcoólicas, além do aumento da atividade física (todos contribuindo para a redução ponderal), abolição do tabagismo e consumo adequado de alimentos ricos em potássio devem ser metas permanentes da atuação da equipe de saúde, mantendo o usuário informado, motivado e envolvido em seu autocuidado. Devemos enfatizar que as mudanças desejáveis apontadas acima, não dependem apenas do usuário, como se fosse o único responsável pelo controle ou não dos fatores de risco que apresenta. As mudanças de estilo de vida só ocorrem se existirem condições para que elas possam ocorrer. Na Tabela 3 podemos observar a distribuição dos usuários segundo faixa etária e controle da HAS ao início e ao final do projeto, constatamos que

Faixas etareas	Ao início do projeto No.(N 106) Sem controle %	Ao final do projeto No.(N 106) Sem controle %
30 - 39	8 6 75	8 --
40 - 49	23 5 21.3	23 2 8.7
50 - 59	29 8 27.6	29 1 3.44
Maior que 59 anos	46 9 19.56	46 2 8.7
Total	106 28 26.4	106 5 4.7

no início do projeto, 47,2% dos hipertensos tinham níveis pressóricos sem controle de sua pressão arterial.

Tabela 3 - Distribuição dos usuários segundo faixa etária e controle da HAS ao início e ao final do projeto. Unidade Básica de Saúde, Carlos Ribeiro de Macedo, 2016

Fonte: Prontuários da UBS No início do projeto podemos observar que 75% dos usuários com idade entre 30-39 anos tinham os níveis pressóricos descontrolados e ao final do projeto observamos que a faixa etária que maior predomino sem controle foi de 40-49 anos e maior de 59 anos com 8.7%. Muitas são as causas de não adesão dos usuários aos tratamentos médicos. O objetivo da prevenção e controle da HAS consiste em reduzir a morbidez e a mortalidade pelo meio menos invasivo possível. A prevenção visa reduzir os fatores de risco coadjuvantes e promotores da HAS. É necessário um esforço considerável por parte das pessoas portadoras de HAS para aderir às modificações recomendadas de estilo de vida e para tomar regularmente os medicamentos prescritos. Para que os usuários sintam-se motivados a participarem ativamente do tratamento da HAS, deve haver um maior envolvimento de nós como profissionais de saúde que participamos dos programas de atendimento, oferecendo suporte social adequado, através de uma relação social mais próxima, na qual tenha afetividade, comunicação e visão do cliente como único, levando-se em consideração seus problemas e sua história de vida.

5 Resultados Esperados

A implementação das Estratégias de Saúde trouxe uma melhoria no controle da HAS, mas os fatores de risco associados permaneceram acima dos níveis atualmente recomendados, necessitando controle adequado. Com a realização deste projeto aumentou a aderência ao tratamento, melhorou o controle da hipertensão arterial e foi organizado o acolhimento dos usuários.

Os resultados obtidos confirmam o impacto positivo da implementação das Estratégias de Saúde, estratégias estas que priorizam as ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde das pessoas, de forma integral, contínua, e essas ações são desenvolvidas por meio de uma equipe mínima composta pelo médico, enfermeiro, auxiliar ou técnico em enfermagem e agentes comunitários de saúde. Acredito que um dos maiores desafios para nós profissionais de saúde é entender as necessidades de educação à saúde como componente especial, estando relacionada à promoção, manutenção e restauração da saúde. Alcançamos melhorar os níveis de adesão do hipertenso no planejamento de seu tratamento, dando-lhes mais responsabilidade por ele, o que possivelmente aumente seu cumprimento correto, a participação ativa no tratamento e a realização de mudanças no estilo de vida.

O médico como profissional habilitado e voltado para o atendimento das necessidades dos usuários transformando a maneira da população perceber o serviço de PSF no sistema de saúde. Atender mais rapidamente a demanda com programas de orientações que possibilitam aos familiares à compreensão de prevenção. Identificar grupos de risco, fazer diagnósticos precoces e abordar terapêuticas adequadas, cuidando, educando e preparando portadores e famílias a terem autonomia no auto-cuidado, monitorando o controle, prevenindo complicações e gerenciando o cuidado nos diferentes níveis de complexidade, é uma estratégia na busca da melhoria de qualidade de vida da população.

Referências

- APPEL, L. J. et al. *Effects of comprehensive lifestyle modification on blood pressure control: main results of the PREMIER clinical trial*. United States: JAMA, 2003. Citado 2 vezes nas páginas 17 e 18.
- KEARNEY, P. M. et al. Global burden of hypertension:: analysis of worldwide data. *Lancet*, v. 365, n. 9455, p. 217–223, 2005. Citado na página 17.
- NEAL, B.; MACMAHON, S.; CHAPMAN, N. Blood pressure lowering treatment trialist's collaboration. effects of ace inhibitors, calcium antagonists, and other blood-pressure-lowering drugs: results of prospectively designed overviews of randomised trials. blood pressure lowering treatment triali. *Lancet*, v. 356, n. 9246, p. 1955–1964, 2000. Citado na página 18.
- RIBEIRO, A. B. *Atualização em hipertensão arterial: clínica, diagnóstico e terapêutica*. São Paulo: Atheneu, 2007. Citado 3 vezes nas páginas 17, 18 e 19.
- SACKS, F. et al. *Effects on blood pressure of reduced dietary sodium and the Dietary Approaches to Stop Hypertension (DASH) diet*. United States: N Engl J Med, 2001. Citado na página 18.
- THOMAS, B. S. Incremental expenditure of treating hypertension in the united states. *Am J Hypertens*, v. 19, n. 8, p. 810–816, 2006. Citado na página 17.
- VOLLMER, M. W. et al. Effects of alcohol reduction on blood pressure:: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Hypertension*, v. 38, p. 1112–1117, 2000. Citado na página 18.