



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

Damian Cosme Cabrera Suarez

Educação em Saúde e Hipertensão Arterial Sistêmica:
uma intervenção na Unidade Básica de Saúde Santa
Luzia, município Campo Magro, Paraná

Florianópolis, Março de 2018

Damian Cosme Cabrera Suarez

Educação em Saúde e Hipertensão Arterial Sistêmica: uma
intervenção na Unidade Básica de Saúde Santa Luzia, município
Campo Magro, Paraná

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

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

Florianópolis, Março de 2018

Damian Cosme Cabrera Suarez

Educação em Saúde e Hipertensão Arterial Sistêmica: uma intervenção na Unidade Básica de Saúde Santa Luzia, município Campo Magro, Paraná

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

Profa. Dra. Fátima Büchele
Coordenadora do Curso

Larissa de Abreu Queiroz
Orientador do trabalho

Florianópolis, Março de 2018

Resumo

Introdução: A elevação da pressão arterial representa um fator de risco independente, linear contínuo para doença cardiovascular. A Hipertensão Arterial Sistêmica apresenta custos médicos e socioeconômicos elevados, decorrentes principalmente das suas complicações, tais como: doença cerebrovascular, doença arterial coronariana, insuficiência cardíaca, insuficiência renal crônica e doença vascular de extremidades. O trabalho da Atenção Básica em Saúde contribui para oferecer ao paciente e à comunidade uma visão mais ampla do problema, dando-lhes conhecimento e motivação para vencer o desafio. **Objetivo:** Desenvolver ações de Educação em Saúde acerca da Hipertensão Arterial Sistêmica com a população da Unidade Básica de Saúde Santa Luzia (Boa Vista 2) do município de Campo Magro, Paraná. **Metodologia:** Será elaborado um Plano de Intervenção educativa e serão incluídos na intervenção os pacientes na Unidade Básica de Saúde Santa Luzia com diagnóstico de Hipertensão Arterial com idade acima de 18 anos e que aceitem participar. O estudo será realizado em três etapas, iniciando-se com o cadastramento dos usuários e a estratificação de risco cardiovascular; seguidamente se realizará o treinamento da equipe; e na etapa final os pacientes selecionados serão convocados para uma consulta para a descrição rápida dos objetivos do projeto. Serão realizadas atividades de educação, promoção e prevenção de saúde nas quais os usuários receberão orientações para compartilhar suas experiências, adquirir novos conhecimentos da doença e a discutir a necessidade de mudanças nos estilos de vida. **Resultados Esperados:** Espera-se reduzir complicações decorrentes da Hipertensão Arterial Sistêmica e estabelecer um maior vínculo de confiança entre a equipe de saúde e a população. Todos esses aspectos levarão a uma maior reflexão por parte da população sobre cuidar de sua própria saúde e diminuir a incidência e prevalência das doenças crônicas, especialmente a Hipertensão Arterial Sistêmica.

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

Sumário

1	INTRODUÇÃO	9
2	OBJETIVOS	13
2.1	Objetivo Geral	13
2.2	Objetivos Específicos	13
3	REVISÃO DA LITERATURA	15
4	METODOLOGIA	21
5	RESULTADOS ESPERADOS	23
	REFERÊNCIAS	25

1 Introdução

A história do município de Campo Magro remonta ao período das explorações auríferas no sertão de Curitiba, estado do Paraná. A primeira povoação no território que constitui Campo Magro foi iniciada há mais de três séculos. Com o fim do período da exploração do ouro, que pouco ou quase nada representou, veio o tropeirismo, período este que marcou a história da localidade, inclusive no nome (MAGRO, 2017).

A denominação Campo Magro se deve ao fato de que na ocasião em que os tropeiros demandavam pela região, na época do inverno, o gado emagrecia e sobrava pouco pasto verde para as reses. Mais parecia um campo minguado, um campo magro. E assim foi que a localidade ficou conhecida ao longo dos séculos: Campo Magro. Segundo o pesquisador José Carlos Veiga Lopes, “na lista de ordenanças da vila de Curitiba”, referente ao ano de 1791, aparece o bairro de Campo Magro com oito casas (MAGRO, 2017).

Pela Lei n° 970, de 9 de abril de 1910, foi criado o distrito de Campo Magro, no município de Tamandaré, com a denominação de Nossa Senhora da Conceição, alterada pela Lei de 4 de abril de 1924. A história da população de Campo Magro está invariavelmente ligada à de Almirante Tamandaré, acompanhando a vida política deste município em seus altos e baixos, mesmo quando, em 14 de julho de 1932, o município de Tamandaré foi suprimido ou quando Tamandaré passou a chamar-se Timoneira (MAGRO, 2017).

O distrito judiciário de Campo Magro foi criado pelo Decreto-Lei Estadual 199, de 30 de dezembro de 1943, com território do distrito de Santa Felicidade e transferido para o município de Colombo. O município de Campo Magro foi, então, criado por meio da Lei Estadual n.º 11.221, de 11 de dezembro de 1995, na sede do antigo distrito de Campo Magro, com território desmembrado do município de Almirante Tamandaré (MAGRO, 2017).

É também conhecido pelo Circuito “Verde Que Te Quero Verde”, composto por uma série de pontos turísticos espalhados pela imensa área verde que está presente no município e sua instalação deu-se em 1º de janeiro de 1997 (MAGRO, 2017).

O principal setor econômico é a agricultura, caracterizando-se como de produção familiar e com feijão, milho, batata, olericultura, frutas e hortaliças destacando-se como principais cultivados, além de muitas propriedades com produção orgânica. A atividade florestal tem um total de 318 produtores, sendo que a maioria trabalha com bracinga e *pinus*. A criação de animais é outra atividade forte em Campo Magro, destacando-se a criação de bovinocultura, suinocultura e piscicultura (MAGRO, 2017).

Situa-se a noroeste da Região Metropolitana de Curitiba, tem como municípios limítrofes Almirante Tamandaré ao leste, Itaperuçu ao norte, Campo Largo a oeste e Curitiba ao leste, inserido na Região Metropolitana de Curitiba – RMC. Possui área de 263 km² – sendo 28 km² área urbana e 230 km² área rural e estima-se população de 27.884 habi-

tantes em 2016, concentrando-se ao sul do município, próximo a Curitiba e estende-se ao longo da PR-090 – Estrada do Cerne (IBGE, 2017).

A microárea da Unidade Básica de Saúde (UBS) Santa Luzia (Boa Vista 2) dispõe de uma equipe de saúde com: Enfermeira, Técnica de enfermagem, Médico geral, Agentes Comunitários de Saúde, Odontologista, assistente de Odontologia, e Auxiliar de Serviços Gerais. A área de abrangência inclui 4 Bairros: Boa vista 2, 3, 4 e 5. De acordo com dados da UBS, a população acompanhada atualmente pela Equipe de Saúde é de 4826, relacionado com o sexo, temos mais mulheres que homens, 2723 mulheres e 2103 homens. A maior parte tem idade entre 20 e 59 anos.

As queixas e agravos mais comuns que levaram a população a procurar a UBS são as doenças crônicas como: HAS, Hipercolesterolemia, Catarro Comum, Gastrite, e doenças osteomioarticulares. É interessante mencionar alguns dados coletados na UBS com relação aos agravos: o número de pacientes com Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é de 793 (15.8 %) e 482 (9.6 %) com Diabetes Mellitus (DM). Não existem notificações de casos de Tuberculoses e Hanseníase. As atividades de agendamento de consulta são programadas de acordo com a demanda, por exemplo, a comunidade tem um alto índice de prevalência das enfermidades crônicas as quais têm prioridade no atendimento para consultas e visitas domiciliares. Além disso, existem as reuniões com hipertensos, diabéticos e outros grupos na UBS.

Como já foi mencionado anteriormente, um dos principais problemas encontrados é a alta prevalência de doenças crônicas, particularmente a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), a qual é causa de um dos principais motivos de consulta médica, sendo este o problema a ser trabalhado no presente projeto de intervenção. Na comunidade é de suma importância realizar trabalhos de promoção de saúde pelas características de morbimortalidade da população. A HAS configura-se como um dos agravos crônicos mais comuns e com repercussões clínicas mais graves. Estima-se que, em todo o mundo, 7,1 milhões de pessoas morrem anualmente por causa de pressão sanguínea elevada e que 4,5% da carga de doença no mundo seja causada pela HAS. Entre as principais complicações da HAS, estão o infarto agudo do miocárdio (IAM), o acidente vascular cerebral (AVC) e a insuficiência renal crônica (IRC). No Brasil, as doenças do aparelho circulatório são as principais causas de óbitos já há algumas décadas. Quanto à Hipertensão, estudos de base populacional apontam prevalência nas cidades brasileiras variando entre 22% e 44% (adotando-se como critério pressão 140/90 mmHg) (BOING et al., 2007).

A referida doença é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial (PA). Associa-se frequentemente a alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo (coração, cérebro, rins e vasos sanguíneos) e a alterações metabólicas, com conseqüente aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais. (PEDROSA; DRAGER, 2008). A influência da HAS sobre o desenvolvimento das doenças cardiovasculares (DCV) exige o reconhecimento de sua real distribuição nos dis-

tintos estados brasileiros estimando-se que aproximadamente 30 milhões de brasileiros são atingidos pela doença pressão arteriais (PA) é uma variável linear e contínua que se associa positivamente com o risco cardiovascular sendo que a relação entre morte por doença cerebrovascular e PA é também contínua, crescente e significativa em níveis superiores a 115/75 mmHg para todas as faixas etárias (ROSÁRIO et al., 2009).

A Hipertensão Arterial é considerada uma síndrome por estar frequentemente associada a um agregado de distúrbios metabólicos, tais como obesidade, aumento da resistência à insulina, Diabete Mellitos e Dislipidemias, entre outros. A presença desses fatores de risco e lesões em órgãos-alvo, quando presentes, é importante e deve ser considerada na estratificação do risco individual, com vistas ao prognóstico e decisão terapêutica. Diversos estudos populacionais evidenciaram a importância do controle da hipertensão arterial para a redução da morbidade e mortalidade cardiovascular. O desenvolvimento de modernas tecnologias em relação aos medicamentos pouco tem contribuído para melhorar as taxas de controle da doença, pois estima-se que apenas um terço da população hipertensa tenha sua pressão controlada (ROSÁRIO et al., 2009). Vários estudos mostram que existem alguns fatores, considerados fatores de risco que, associados entre si e a outras condições, favorecem o aparecimento da hipertensão arterial, sendo: idade, sexo, antecedentes familiares, raça, obesidade, estresse, vida sedentária, álcool, tabaco, anticoncepcionais, alimentação rica em sódio e gorduras. Considerada uma doença crônica, pode ser influenciada pelo grau de participação do indivíduo portador de tal patologia, dependendo de fatores como a aceitação da doença, controle e conhecimento da mesma e aparecimento de complicações. Sabe-se que o objetivo de se acompanhar o portador de hipertensão arterial é controlar sua pressão e os fatores de risco, entretanto, não bastam medidas de orientação, mas sim devem haver estratégias que auxiliem o indivíduo na mudança para comportamentos que contribuam com o controle da doença. As medidas educacionais devem ser contínuas, já que várias são as causas da não adesão ao tratamento, sendo uma delas, a falta de motivação (PESSUTO, 1998).

A implementação de estratégias que visem aumentar a prevenção, o diagnóstico, o tratamento e o controle da hipertensão arterial é o grande desafio para os profissionais e gestores da área de saúde. As evidências mostram que as mudanças no estilo de vida reduzem de 2 a 20 mmHg na pressão arterial sistólica (PAS) e pequenas reduções tanto na PAS, como na pressão arterial diastólica (PAD) têm grande impacto para a redução da mortalidade cardiovascular, tanto por doença cerebrovascular como por doença arterial coronariana (MACHADO, 2010). Verifica-se que a Unidade Básica de Saúde de Santa Luzia (Boa vista 2), do município Campo Magro, estado do Paraná, é responsável pelo atendimento de 4826 pacientes que residem em sua área de abrangência, observa-se um número grande de pessoas com HAS, estimando-se que da população apresenta esta doença. Observou-se que muitos desses pacientes hipertensos não apresentam estilos de vida saudáveis, tais como: a realização de atividade física periódica, a cessação do tabagismo,

realização de uma dieta adequada, para proporcionar uma melhoria na qualidade de vida destes indivíduos.

Diante disso, elencou-se como questão importante a ser trabalhada no presente trabalho a Hipertensão Arterial Sistêmica na população adscrita da Unidade Básica de Saúde de Santa Luzia (Boa Vista 2).

2 Objetivos

2.1 Objetivo Geral

Realizar ações de Educação em Saúde acerca da Hipertensão Arterial Sistêmica com a população da Unidade Básica de Saúde Santa Luzia (Boa Vista 2) do município de Campo Magro, Paraná.

2.2 Objetivos Específicos

- Desenvolver ações de promoção de saúde aos pacientes com Hipertensão Arterial Sistêmica mediante atividades educativas sobre estilos de vida saudáveis.
- Conscientizar a população acerca dos principais fatores de risco relacionados à Hipertensão Arterial Sistêmica.
- Prevenir as intercorrências e complicações da Hipertensão Arterial Sistêmica na população.

3 Revisão da Literatura

Doenças Crônicas não-transmissíveis e Hipertensão Arterial

As Doenças Crônicas Não-Transmissíveis (DCNT) são um problema de saúde global e uma ameaça à saúde e ao desenvolvimento humano. Em 2007, cerca de 72% das mortes no Brasil foram atribuídas às DCNT (doenças cardiovasculares, doenças respiratórias crônicas, diabetes, câncer e outras, inclusive doenças renais). A redução das doenças cardiovasculares é maior para doenças cerebrovasculares (34%) e para a categoria de outras formas de doença cardíaca (44%) (SCHMIDT, 2011)

A mortalidade por doença cardíaca hipertensiva, por sua vez, cresceu 11%, fazendo aumentar para 13% o total de mortes atribuíveis a doenças cardiovasculares em 2007, em comparação a 30% para doença cardíaca isquêmica e 32% para doença cerebrovascular. A hipertensão, além de ser uma doença tratável, é um marco importante, passível de ser medido clinicamente, no caminho causal que leva à doença cardiovascular sintomática. (SCHMIDT, 2011).

A elevação da pressão arterial representa um fator de risco independente, linear contínuo para doença cardiovascular. A hipertensão arterial apresenta custos médicos e socioeconômicos elevados, decorrentes principalmente das suas complicações, tais como: doença cerebrovascular, doença arterial coronariana, insuficiência cardíaca, insuficiência renal crônica e doença vascular de extremidades. Entre os fatores de risco para mortalidade, hipertensão arterial explica 40% das mortes por acidente vascular cerebral e 25% daquelas por doença coronariana. A mortalidade por doença cardiovascular aumenta progressivamente com a elevação da pressão arterial, a partir de 115/75 mmHg. (HIPERTENSÃO; 2006).

Definição da Hipertensão Arterial Sistêmica

Hipertensão arterial é uma síndrome clínica caracterizada pela elevação da pressão arterial a níveis iguais ou superiores a 140 mm Hg de pressão sistólica e/ ou 90 mm Hg de diastólica — em pelo menos duas aferições subsequentes — obtidas em dias diferentes, ou em condições de repouso e ambiente tranquilo. Quase sempre, acompanham esses achados de forma progressiva, lesões nos vasos sanguíneos com consequentes alterações de órgãos alvos como cérebro, coração, rins e retina. Geralmente, é uma doença silenciosa: não dói, não provoca sintomas, entretanto, pode matar. Quando ocorrem sintomas, já decorrem de complicações (SILVA, 2004).

A hipertensão arterial essencial ou primária (HA) é uma das causas mais comuns de doenças cardiovasculares, afetando aproximadamente 20% da população adulta em sociedades industrializadas. A doença é um fator de risco para o desenvolvimento da doença coronária, acelera o processo de aterosclerose e pode ser um fator determinante para o surgimento prematuro de morbidade e mortalidade cardiovascular associado a doença coronária, insuficiência cardíaca congestiva, acidente vascular encefálico e doença

renal terminal (SANJULIANI, 2002).

Fatores de Risco da Hipertensão Arterial Sistêmica

Conhecer a distribuição dos fatores de risco (FR) para HA em grupos populacionais é essencial para a redução desse importante problema de saúde pública (GOMES, 2009).

Vários estudos mostram que existem alguns fatores, considerados fatores de risco que, associados entre si e a outras condições, favorecem o aparecimento da hipertensão arterial, sendo: idade, sexo, antecedentes familiares, raça, obesidade, estresse, vida sedentária, álcool, tabaco, anticoncepcionais, alimentação rica em sódio e gorduras (PESSUTO, 1998).

O controle da hipertensão arterial inicia-se com a detecção e observação contínua, não devendo ser diagnosticada com base em uma única medida da pressão arterial. Após sua confirmação, deve ser classificada como hipertensão primária ou secundária, verificação do prejuízo dos órgãos alvos como coração, cérebro e rins e levantamento de outros fatores de risco cardiovasculares (PESSUTO, 1998).

Um dos principais fatores de risco para complicações cardiovasculares é a hipertensão arterial, pois atua diretamente na parede das artérias, podendo produzir lesões. Daí a importância do tratamento antihipertensivo na redução da morbidade e mortalidade cardiovasculares, principalmente na prevenção de acidentes vasculares, insuficiência cardíaca e renal. Cerca de 10% da população adulta tem sua expectativa de vida diminuída devido à hipertensão arterial. O tratamento é baseado em três recursos, sendo: não-farmacológico, farmacológico e adesão do cliente ao tratamento (PESSUTO, 1998).

Epidemiologia da Hipertensão Arterial Sistêmica

O impacto das doenças crônicas não-transmissíveis (DCNT) na saúde das populações é crescente em todo o mundo. A hipertensão arterial sistêmica (HAS) configura-se como um dos agravos crônicos mais comuns e com repercussões clínicas mais graves. Estima-se que, em todo o mundo, 7,1 milhões de pessoas morram anualmente por causa de pressão sanguínea elevada e que 4,5% da carga de doença no mundo seja causada pela HAS (BOING et al., 2007).

A hipertensão arterial é uma doença crônica altamente prevalente, de elevado custo econômico-social, principalmente em decorrência das suas complicações, e com grande impacto na morbimortalidade brasileira e do mundo. A prevalência mundial estimada é da ordem de 1 bilhão de indivíduos hipertensos. A probabilidade de um indivíduo apresentar hipertensão arterial ao longo de sua vida é de aproximadamente 90%. A hipertensão arterial pode ser classificada segundo sua causa de base (primária ou secundária) e de acordo com os níveis tensionais. A hipertensão arterial primária ou essencial representa aproximadamente 95% dos casos de hipertensão e se caracteriza por não possuir etiologia definida, mesmo quando exaustivamente investigada, possuindo importante componente genético e ambiental. A hipertensão arterial secundária, que corresponde a cerca de 5% dos indivíduos hipertensos, apresenta etiologia definida e possibilidade de cura com tratamento da doença primária (CORRÊA, 2005).

É a doença mais frequente na população brasileira e sua influência sobre o desenvolvimento das doenças cardiovasculares (DCV) exige o reconhecimento de sua real distribuição nos distintos estados brasileiros, estimando-se que aproximadamente 30 milhões de brasileiros são atingidos pela doença (ROSÁRIO *et al.*, 2009).

Diversos estudos populacionais evidenciaram a importância do controle da hipertensão arterial para a redução da morbidade e mortalidade cardiovascular e o desenvolvimento de modernas tecnologias em relação aos medicamentos pouco tem contribuído para melhorar as taxas de controle da doença. Estima-se que apenas um terço da população hipertensa tenha sua pressão controlada (ROSÁRIO *et al.*, 2009).

Estudos de prevalência da hipertensão no Brasil, entre 1970 e início dos anos 90, revelam valores de prevalência entre 7,2 e 40,3% na Região Nordeste, 5,04 a 37,9% na Região Sudeste, 1,28 a 27,1% na Região Sul e 6,3 a 16,75% na Região Centro-Oeste. Estudos epidemiológicos de base populacional são fundamentais para se conhecer a distribuição da exposição e do adoecimento por hipertensão no País e os fatores e condições que influenciam a dinâmica desses padrões de risco na comunidade (PASSOS, 2006).

A hipertensão arterial é responsável por 25 e 40% da etiologia multifatorial da cardiopatia isquêmica e dos acidentes vasculares cerebrais, respectivamente. Essa multiplicidade de consequências coloca a hipertensão arterial na origem das doenças cardiovasculares e, portanto, caracteriza-a como uma das causas de maior redução da qualidade e expectativa de vida dos indivíduos (PASSOS, 2006).

Políticas Públicas e Hipertensão Arterial Sistêmica

Desde a década de 1970, nos países desenvolvidos, existia a preocupação governamental com as DCNT e seus agravos. Dessa forma, buscou-se desenvolver iniciativas e estratégias que levassem à mudança do comportamento da população, com vistas à redução dos fatores de risco que desencadeavam as doenças. No Brasil, a primeira tentativa de implementação de uma política pública, com o objetivo de diminuir o número de hospitalizações e óbitos decorrentes dos agravos da HAS, ocorreu no final da década de 1980, por meio do Programa de Ações Básicas de Saúde (BARRETO, 2013).

No fim da década de 1980, a sociedade vivenciava um processo de democratização política, superando o regime ditatorial instaurado em 1964. Uma das consequências dessa redemocratização foi a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro, que levaria à busca pela modificação do paradigma assistencial. A criação do SUS representou, portanto, um grande avanço para a sociedade, com o princípio de universalização do atendimento, tornando-o público e gratuito a qualquer cidadão brasileiro, trazendo uma nova visão de assistência à saúde (BARRETO, 2013).

No ano 1992 foi elaborado o Programa Saúde da Família (PSF) como tentativa de consolidação da Atenção Primária. Posteriormente, o programa evoluiu, pelo reconhecimento de seu êxito, para o que hoje é conceituado como Estratégia Saúde da Família (ESF) que visa à conversão do modelo assistencial do sistema de saúde, por meio da expansão

do PSF e da indução da oferta de média e alta complexidade adequada aos preceitos da integralidade e da qualidade da atenção. Nessa perspectiva, iniciaram-se os trabalhos de educação para a saúde, com vistas à promoção de hábitos saudáveis e prevenção de agravos, principalmente por meio da mudança no estilo de vida dos indivíduos (BARRETO, 2013).

No ano de 2000, o Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus no Brasil foi implantado pelo Ministério da Saúde, juntamente com outras organizações de saúde, com o objetivo de estabelecer diretrizes e metas para a reorganização no SUS para a atenção aos portadores dessas enfermidades, a partir da atualização dos profissionais da rede básica, do diagnóstico precoce do diabetes e da hipertensão e do encaminhamento dos pacientes diagnosticados às unidades de saúde para tratamento e acompanhamento (RIBEIRO., 2012).

Uma das ações desse plano é a disponibilização para estados e municípios de um sistema informatizado HiperDia – que permite o cadastramento e o acompanhamento dos portadores de HA e de Diabetes Mellitus (DM). O Plano de Atenção à Hipertensão e ao Diabetes e a implantação do HiperDia são importantes iniciativas para: o conhecimento da magnitude dessas doenças, o planejamento da aquisição de medicamentos e a capacitação profissional na rede de saúde brasileira. No entanto, “não suprem as demandas iminentes, por serem fragmentadas e centradas na assistência médica (RIBEIRO., 2012).

Promoção de Saúde e Prevenção Primária da Hipertensão Arterial Sistêmica

Os principais fatores ambientais modificáveis das DCV são os hábitos alimentares inadequados, o sedentarismo e a obesidade, associados às mudanças no estilo de vida como a cessação do tabagismo e o controle estresse psicoemocional (RIBEIRO., 2012).

Dentro da prevenção, o monitoramento da prevalência dos fatores de risco para DCV, especialmente os de natureza comportamental, permitem, por meio das evidências observadas, a implementação de ações preventivas com maior custo-efetividade. No entanto, o padrão comportamental e os hábitos de vida estão estreitamente relacionados com condições objetivas de oferta, demanda, consumo, modismo e ainda as representações sociais da cultura e das relações sociais estabelecidas na sociedade (RIBEIRO., 2012).

Nesse contexto é que, além da prevenção primária, a promoção da saúde tem se configurado como alternativa teórica e prática para o enfrentamento global da ampla gama de fatores que configuram o quadro epidemiológico atual das DCV. Os fatores de risco comportamentais, ou condutas de risco, constituem metas primordiais da prevenção de enfermidades e a educação em saúde tem sido utilizada tradicionalmente para atingir essa meta. No entanto, dentro do marco mais amplo da promoção da saúde, as condutas de risco podem ser consideradas como respostas às condições de vida adversas e as ações devem incluir a criação de ambientes favoráveis à saúde (RIBEIRO., 2012).

A promoção da saúde visa assegurar a igualdade de oportunidades e proporcionar os

meios para que indivíduos e comunidades tenham oportunidade de conhecer e controlar os fatores determinantes da sua saúde. Entre seus principais campos estão ambientes favoráveis a escolhas mais saudáveis, acesso à informação e educação em saúde, desenvolvimento de habilidades para uma vida saudável, bem como a reorganização dos serviços de saúde (RIBEIRO., 2012).

A prevenção primária da elevação da pressão arterial pode ser obtida através de mudanças no estilo de vida, que incluam o controle do peso, da ingestão excessiva de álcool e sal, do hábito de fumar e da prática de atividade física. A hipertensão arterial primária não tem cura, mas o tratamento previne as complicações (LOPES, 2003).

Antes de prescrever a administração de medicamentos, é recomendável adotar medidas que estimulem hábitos de vida saudáveis. A prevenção e o tratamento da hipertensão através de intervenções não medicamentosas vêm conquistando vários adeptos, médicos e pacientes, estão utilizando esta estratégia terapêutica com mais frequência, desfrutando dos seus benefícios a médio e longo prazo (LOPES, 2003).

A promoção de saúde adequada para os pacientes hipertensos como uma intervenção para a prevenção e o tratamento da hipertensão arterial apresenta implicações clínicas importantes, uma vez que pode reduzir ou mesmo abolir a necessidade do uso de medicamentos anti-hipertensivos, evitando, assim, os efeitos adversos do tratamento farmacológico e reduzindo o custo do tratamento para o paciente e para as instituições de saúde. É importante que, na abordagem terapêutica do paciente hipertenso, tenhamos sempre em mente a necessidade de estimular a mudança de estilo de vida, através de modificações dietético-comportamentais, que contribuirão, em muito, para o melhor controle da pressão arterial (LOPES, 2003).

O III Consenso Brasileiro de Hipertensão Arterial, distribuído e divulgado para toda comunidade médica brasileira, recomenda que o tratamento do paciente hipertenso deve ser instituído quando os níveis de pressão arterial são iguais ou superiores a 140/90 mm Hg. Recomenda-se para hipertensos leves, caracterizados por diastólica entre 90-99 e sistólica entre 140-159 mm Hg, tratamento não-farmacológico isolado durante 12 meses para pacientes do grupo de risco A, que não apresentam fatores de risco e nem lesões de órgãos alvo e durante 6 meses para pacientes do grupo de risco B, que apresentam fatores de risco, exceto diabetes melito, mas não apresentam lesões de órgãos-alvo. Caso não haja controle ao final deste período, deve ser associado tratamento farmacológico (JUNIOR; GUIMARÃES, 2001).

Para pacientes do grupo de risco C, que apresentam lesões de órgãos alvo ou doença cardiovascular clinicamente identificável e/ou diabete melito, é recomendado tratamento farmacológico imediato, além do não-farmacológico. Ainda de acordo com o III Consenso Brasileiro de Hipertensão Arterial, as medidas não-farmacológicas que apresentam eficácia comprovada em reduzir a pressão arterial são redução do peso corporal, da ingestão de sal e do consumo de bebidas alcoólicas e prática regular de exercícios físicos (JUNIOR;

GUIMARÃES, 2001).

A hipertensão arterial é um excelente modelo para o trabalho de uma equipe multiprofissional. Por ser uma doença multifatorial, que envolve orientações voltadas para vários objetivos e a formação de uma equipe multiprofissional proporcionará essa ação diferenciada, ampliando o sucesso do controle da hipertensão e dos demais fatores de risco cardiovascular (CARDIOLOGIA., 2007).

Prevenir e tratar a hipertensão arterial envolve ensinamentos para o conhecimento da doença, de suas inter-relações, de suas complicações e implica, na maioria das vezes, a necessidade da introdução de mudanças de hábitos de vida. O trabalho da equipe multiprofissional contribuirá para oferecer ao paciente e à comunidade uma visão mais ampla do problema, dando-lhes conhecimento e motivação para vencer o desafio (CARDIOLOGIA., 2007).

Com o presente trabalho, enseja-se orientar os portadores de hipertensão arterial do município Campo Magro, Paraná, além disso, identificar as ações de vigilância sobre os fatores de risco para a Hipertensão arterial e com esta estratégia fazer mudança do eixo da atenção para a promoção e prevenção da saúde.

4 Metodologia

A presente intervenção será realizada com a população adscrita da Unidade Básica de Saúde de Santa Luzia (Boa vista 2), do município Campo Magro, estado do Paraná, responsável pelo atendimento de 4826 pacientes que residem em sua área.

Observa-se um número grande de pessoas com Hipertensão Arterial Sistêmica, correspondendo a 15,8% da população (793). Sabe-se que muitos desses não apresentam estilo de vida saudável, sem praticar atividade física regularmente e realizar manutenção de dieta adequada, além do hábito comum do tabagismo, o que reforça a importância dessa proposta.

Foram incluídos nesse projeto os pacientes hipertensos com idade acima de 18 anos, que apresentaram valores de pressão arterial de 140/90 mmhg e que desejaram participar. Os critérios de exclusão foram em relação aos pacientes deficientes ou com agravos de saúde que acarretam em impedimento no deslocamento até a Unidade de Saúde ou aqueles que trabalham durante o período das reuniões e grupos.

Primeiramente serão realizadas visitas domiciliares pelo profissionais de enfermagem para reavaliação dos pacientes e estratificação de risco cardiovascular. Os pacientes serão avaliados também durante as consultas na UBS e convidados a participar dos grupos de educação em saúde.

A segunda etapa consistirá no treinamento e orientação da equipe, a qual é constituída por médico, enfermeira, técnica de enfermagem e agentes comunitários de saúde. Esses profissionais serão divididos em duplas de entrevistadores os quais aplicarão os questionários e aferirão os parâmetros antropométricos. Um dos entrevistadores realizará a coleta de dados pessoais e, a seguir, o outro fará a coleta dos dados antropométricos e aferição da pressão arterial.

As entrevistas serão realizadas utilizando-se perguntas fechadas e pré-codificadas e terão variáveis qualitativas e quantitativas: idade, sexo, raça, profissão, carga horária diária de trabalho, estado civil, nível de escolaridade, renda familiar, e uso de medicamentos que poderiam influenciar no quadro hipertensivo.

As medidas de pressão arterial serão todas aferidas com o indivíduo sentado, após 5 minutos de descanso e após pelo menos 30 minutos sem ingestão de cafeína e/ou consumo de cigarros.

De acordo com faixa de risco cardiovascular, será a proposta de abordagem direcionada a cada um: os usuários classificados como baixo risco deverão realizar na Atenção Básica pelo menos uma consulta médica e uma consulta de enfermagem ao ano; os de risco moderado, duas consultas médicas e duas consultas de enfermagem ao ano; e os de alto risco, três consultas médicas e duas consultas de enfermagem ao ano, sendo que esses últimos deverão ser acompanhados conjuntamente em ambulatórios especializados

na atenção secundária.

A terceira etapa da intervenção será a explicação aos usuários dos objetivos do estudo, as características de pesquisa, a questão ética e a livre escolha de participar, podendo abandonar caso sentirem vontade. Também será esclarecido que haverá, além da entrevista individual, a realização de encontros em grupo educativo com outros usuários hipertensos.

Serão realizadas atividades de educação, promoção e prevenção de saúde onde os usuários receberão orientações e educação para aumentar suas experiências vividas, novos conhecimentos da doença, necessidade de mudanças nos estilos de vida, opiniões acerca de aspectos positivos e negativos da intervenção, para avaliação constante da efetividade do projeto pela equipe. A proposta é realizar abordagem multidisciplinar, possibilitar a troca de experiências e esclarecimento de dúvidas dos usuários, procurando transmitir a informação de forma acessível e dinâmica durante os encontros dos grupos e durante as palestras.

As reuniões na UBS serão com periodicidade mensal, e, se possível, quinzenal para abranger todos os usuários, nas quais se abordarão e discutirão temas relacionados ao estudo, os mesmos serão desenvolvidos por profissionais selecionados.

Dentre os diferentes temas que serão abordados nas palestras com os diferentes grupos de hipertensos estão:

1. Acolhimento e explanação do projeto. Palestrante: equipe multidisciplinar.
2. Consequências do estilo de vida e dos cuidados com a própria saúde. Palestrante: Enfermeira.
3. Importância de uma alimentação saudável, da prática de atividades físicas e necessidade da adesão ao tratamento medicamentoso e não-medicamentoso. Palestrante: Enfermeira.
4. Consequência da elevação dos níveis da pressão arterial. Palestrante: Médico.
5. Complicações do sedentarismo e obesidade. Palestrante: Médico e Enfermeira.
6. Tabagismo e suas consequências. Palestrante: Médico e Enfermeira.
7. Influência do meio ambiente e da família com o fim de melhorar a qualidade de vida. Palestrante: Equipe Multidisciplinar.

5 Resultados Esperados

A hipertensão arterial é uma doença crônica altamente prevalente, de elevado custo econômico-social, principalmente em decorrência das suas complicações, e com grande impacto na morbimortalidade no Brasil e no mundo. Geralmente, é uma doença silenciosa: não dói, não provoca sintomas, entretanto, pode matar. Quando ocorrem sintomas, já decorrem de complicações.

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

Devido à alta prevalência na Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) na população da área de abrangência da Unidade Básica de Saúde (UBS) Santa Luzia (Boa Vista 2), no município de Campo Magro, Paraná, pretende-se com este projeto contribuir de forma significativa para a melhoria das condições de saúde e de vida dos usuários, além de reduzir a morbimortalidade relacionada com as doenças cardiovasculares e, indiretamente, os gastos em saúde relacionados ao controle inadequado desses pacientes.

A partir do plano de ação proposto espera-se:

- Estabelecer um maior vínculo de confiança entre a equipe de saúde e a população;
- Promover maior adesão dos pacientes ao tratamento, logrando-se um melhor controle da doença e evitando suas complicações futuras;
- Aumentar o conhecimento dos pacientes sobre a necessidade e importância de evitar, diminuir ou eliminar os fatores de riscos associados, assim como maior adesão dos pacientes às mudanças de estilo de vida a partir da motivação da equipe de saúde na elaboração de atividades levar a informação ao paciente de forma mais acessível e mais dinâmica.

Este trabalho de intervenção é muito importante para a implementação de medidas de prevenção e promoção de saúde. Com a criação do grupo se estabelecerá um maior vínculo de confiança entre a equipe de saúde e a população local, os pacientes estarão mais envolvidos nas decisões de saúde individual e poderão dividir suas dúvidas, seus medos e adquirir mais conhecimento sobre suas doenças.

Todos esses aspectos levarão a uma maior reflexão por parte da população sobre o que cada um pode fazer para evitar as complicações advindas da hipertensão e cuidar de sua própria saúde e para diminuir a incidência e prevalência das doenças crônicas, especialmente a Hipertensão Arterial Sistêmica, na população alvo desta intervenção.

Referências

- BARRETO, M. da S. A trajetória das políticas públicas de saúde para hipertensão arterial sistêmica no Brasil. *Rev. APS.* 2013, p. 460–468, 2013. Citado 2 vezes nas páginas 17 e 18.
- BOING, A. C. et al. Hipertensão arterial sistêmica: o que nos dizem os sistemas brasileiros de cadastramento e informações em saúde. *Rev Bras Hipertens*, v. 14, n. 2, p. 84–88, 2007. Citado 2 vezes nas páginas 10 e 16.
- CARDIOLOGIA., S. B. de. V diretrizes brasileiras de hipertensão arterial. *V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial.*, p. 30–69, 2007. Citado na página 20.
- CORRÊA, T. D. Hipertensão arterial sistêmica: atualidades sobre sua epidemiologia, diagnóstico e tratamento. *Arq Med ABC.*, p. 91–101, 2005. Citado na página 16.
- GOMES, B. da M. R. Prevalência de hipertensão arterial e fatores associados em estudantes de ensino médio de escolas públicas da região metropolitana do Recife, Pernambuco, Brasil. *Jornal Cad. Saúde Pública*, p. 375–381, 2009. Citado na página 16.
- HIPERTENSÃO;, S. B. de Cardiologia; Sociedade Brasileira de. V diretrizes brasileiras de hipertensão arterial. *V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial.*, p. 5–22, 2006. Citado na página 15.
- IBGE, I. B. de Geografia e E. *Estimativas populacionais para os municípios e para as Unidades da Federação brasileiros em 01.07.2016.* 2017. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/estimativa2016/estimativa_dou.shtm>. Acesso em: 22 Set. 2017. Citado na página 10.
- JUNIOR, M.; GUIMARÃES, A. Tratamento da hipertensão arterial: respostas de médicos brasileiros a um inquérito. *Rev Ass Med Brasil* 47, p. 249–254, 2001. Citado na página 19.
- LOPES, L. O. Tratamento não-medicamentoso para hipertensão arterial. *Rev Soc Cardiol Estado de São Paulo* 13.1, p. 148–155, 2003. Citado na página 19.
- MACHADO, C. A. Estratégias para implementar medidas de prevenção primária de hipertensão. *Revista brasileira de hipertensão*, p. 111–116, 2010. Citado na página 11.
- MAGRO, P. M. de C. *NOSSO MUNICÍPIO.* 2017. Disponível em: <<http://www.campomagro.pr.gov.br>>. Acesso em: 22 Set. 2017. Citado na página 9.
- PASSOS, V. M. de A. Hipertensão arterial no Brasil: estimativa de prevalência a partir de estudos de base populacional. *Epidemiol. Serv. Saúde* v.15 n.1, p. 35–45, 2006. Citado na página 17.
- PEDROSA, R. P.; DRAGER, L. F. Como diagnosticar e tratar: Hipertensão arterial sistêmica. *Revista brasileira de Medicina*, v. 65, n. 12, p. 74–84, 2008. Citado na página 10.
- PESSUTO, J. Fatores de risco em indivíduos com hipertensão arterial. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, p. 33–39, 1998. Citado 2 vezes nas páginas 11 e 16.

RIBEIRO., A. G. A promoção da saúde e a prevenção integrada dos fatores de risco para doenças cardiovasculares. *Revista Ciência Saúde Coletiva* 17.1.2012., p. 7–17, 2012. Citado 2 vezes nas páginas 18 e 19.

ROSÁRIO, T. M. et al. Prevalência, controle e tratamento da hipertensão arterial sistêmica em nobres-mt. *Revista brasileira de Medicina*, p. 672–673, 2009. Citado 2 vezes nas páginas 11 e 17.

SANJULIANI., A. F. Fisiopatologia da hipertensão arterial: conceitos teóricos úteis para a prática clínica. *Revista da SOCERJ*, p. 210–211, 2002. Citado na página 16.

SCHMIDT, M. I. Doenças crônicas não transmissíveis no brasil: carga e desafios atuais. *Revista Saúde no Brasil* 4., p. 61–63, 2011. Citado na página 15.

SILVA, J. L. L. da. Fatores de risco para hipertensão arterial sistêmica versus estilo de vida docente. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, v. 06, n. 03, p. 1–4, 2004. Citado na página 15.