



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE SAÚDE PÚBLICA
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA 2018

Pedro Paulo dos Santos Cougo

Adesão ao tratamento da Hipertensão Arterial
Sistêmica: uma intervenção na Unidade Básica de
Saúde Nosso Sonho, município de São Gabriel, estado
do Rio Grande do Sul

Florianópolis, Março de 2023

Pedro Paulo dos Santos Cougo

Adesão ao tratamento da Hipertensão Arterial Sistêmica: uma intervenção na Unidade Básica de Saúde Nosso Sonho, município de São Gabriel, estado do Rio Grande do Sul

Monografia apresentada ao Curso de Especialização 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 Buchele Assis

Florianópolis, Março de 2023

Pedro Paulo dos Santos Cougo

Adesão ao tratamento da Hipertensão Arterial Sistêmica: uma intervenção na Unidade Básica de Saúde Nosso Sonho, município de São Gabriel, estado do Rio Grande do Sul

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 Buchele Assis
Coordenadora do Curso

Larissa de Abreu Queiroz
Orientador do trabalho

Florianópolis, Março de 2023

Resumo

Introdução: A Hipertensão Arterial Sistêmica é uma patologia crônica de abrangência mundial, trazendo sérias consequências para a saúde quando não controlada adequadamente e isso está relacionado diretamente à adesão ao tratamento por parte do paciente. Na Unidade Básica de Saúde Nosso Sonho, em São Gabriel, Rio Grande do Sul, identificou-se que ocorre frequentemente o uso irregular dos medicamentos por parte dos pacientes com Hipertensão Arterial e baixa adesão ao tratamento. **Objetivo:** Diante disso, buscou-se aumentar a adesão ao tratamento da Hipertensão Arterial Sistêmica dos pacientes da Unidade Básica de Saúde Nosso Sonho, município de São Gabriel, Rio Grande do Sul. **Metodologia:** Primeiramente será realizada análise conceitual da Hipertensão Arterial Sistêmica e, posteriormente, serão desenvolvidas capacitações dos profissionais envolvidos na intervenção. A população-alvo será identificada por meio da aferição da pressão arterial e, por fim, os profissionais de saúde irão orientá-los a respeito do tratamento medicamentoso e não-medicamentoso e da importância do controle e acompanhamento desse agravo. **Resultados Esperados:** Espera-se que ocorra maior conscientização entre os pacientes com Hipertensão Arterial Sistêmica com consequente aumento da adesão ao tratamento, o que levará a uma melhor qualidade de vida à diminuição dos riscos de doenças vasculares, as quais estão associadas aos níveis elevados de pressão arterial. Além disso, acredita-se que será reduzido o índice de internações hospitalares e aumento da vinculação da população com a Unidade de Saúde e com os profissionais.

Palavras-chave: Adesão ao tratamento medicamentoso, Estratégia Saúde da Família, Hipertensão, Qualidade de Vida

Sumário

1	INTRODUÇÃO	9
2	OBJETIVOS	11
2.1	Objetivo Geral	11
2.2	Objetivos Específicos	11
3	REVISÃO DA LITERATURA	13
3.1	Hipertensão Arterial Sistêmica: definição e diagnóstico	13
3.2	Causas e fatores de risco da Hipertensão Arterial Sistêmica	14
3.3	Epidemiologia da Hipertensão Arterial Sistêmica	16
3.4	Hipertensão Arterial Sistêmicas e as Políticas Públicas	17
3.5	Tratamento da Hipertensão Arterial Sistêmica: medicamentoso e não-medicamentoso	18
3.6	Relevância da Intervenção	19
4	METODOLOGIA	21
5	RESULTADOS ESPERADOS	23
	REFERÊNCIAS	25

1 Introdução

A Unidade Básica de Saúde (UBS) Nosso Sonho está localizada no município de São Gabriel, estado do Rio Grande do Sul. Os dados epidemiológicos são relativos ao município já que a UBS não dispõe de dados específicos. Estima-se, então, que São Gabriel possua 62.000 habitantes, sendo 15% crianças e adolescentes, 30% idosos e 55% de adultos. A taxa de mortalidade infantil é de 15 a cada mil nascidos vivos.

A comunidade adscrita é eminentemente de baixa renda e necessita inteiramente do Sistema Único de Saúde (SUS) para realizar consultas eletivas, exames complementares, internações e uso de medicamentos para tratar patologias crônicas.

O bairro no qual está localizada a UBS chama-se Elbio Vargas e fica distante da área central do município. A infraestrutura básica como água encanada, luz, esgoto, asfalto nas ruas e calçamento, está presente em boa parte da comunidade e há creche e escola fundamental para atender a demanda da população. Apesar disso, há certa violência local (como furtos e tráfico de drogas) e ações policiais ocorrem com certa frequência.

A UBS dispõe de serviços de vacinação, pesagens, campanhas de conscientização, pré-natal, visitas domiciliares, curativos e pequenos procedimentos, assistência psicológica, ginecológica, pediátrica e odontológica, além das consultas médicas disponibilizadas diariamente.

As patologias crônicas mais identificadas na população são Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), Diabetes Mellitus (DM), Doença Pulmonal Obstrutiva Crônica (DPOC) e as questões de saúde mental, sendo estas as causas mais comuns que geram consultas de rotina na Unidade de Saúde por muitas vezes esses agravos estarem descompensados clinicamente. Cabe ressaltar aqui que identificou-se comumente o uso irregular de medicamentos de uso contínuo utilizados, o que pode ser a causa da piora de alguns pacientes.

Devido a isso, o movimento dos pacientes na Unidade acaba sendo mais intenso, frente aos sinais e sintomas que os mesmos apresentam, o que gera necessidade de reavaliações frequentes, tanto clinicamente, quanto de exames laboratoriais. Ademais, as complicações para a saúde desses indivíduos se tornam mais constantes com sério risco de comprometer sua qualidade de vida.

A situação descrita até aqui foi sendo identificada a medida em que as consultas de rotina iam acontecendo e foi se mostrando cada vez mais necessária realizar mudanças na forma em que os tratamentos estavam sendo realizados por conta das alterações clínicas e emocionais dos pacientes.

Sabe-se que a descompensação dessas patologias (coronariopatias, neuropatias, alterações circulatórias sistêmicas, cardiopatias, AVCs, perda de função renal, agitação psicomotora, distúrbios de conduta, agressividade) repercutem na saúde do indivíduo como um todo. E, nesse sentido, é papel dos profissionais de saúde, zelar pelo bem da população

e estimular a adesão ao tratamento, orientando e informando sobre os riscos.

Na presente intervenção, elencou-se a Hipertensão Arterial Sistêmica como um agravo importante a ser trabalhado já que a conscientização sobre a importância da adesão ao tratamento vem ocorrendo de maneira informal entre os profissionais de saúde e a comunidade. É interessante apontar que esta questão modifica significativamente o prognóstico das pessoas com HAS e isso demonstra a grande importância destes compreenderem as orientações da equipe multiprofissional.

Salienta-se ainda que trata-se de um problema atual, terminal, de baixo controle e estruturado; além disso, possui alta magnitude e alta transcendência e baixos custos e baixa vulnerabilidade. Então, o fato de atuar no prognóstico modifica para melhor a tão discutida qualidade de vida, a qual deve ser central nos tratamentos e prevenção das doenças para ter uma população mais saudável.

2 Objetivos

2.1 Objetivo Geral

Aumentar a adesão ao tratamento da Hipertensão Arterial Sistêmica dos pacientes da Unidade Básica de Saúde Nosso Sonho, município de São Gabriel, Rio Grande do Sul.

2.2 Objetivos Específicos

Incentivar os pacientes com Hipertensão Arterial Sistêmica a aferir regularmente a pressão arterial na Unidade de Saúde.

Acionar os Agentes Comunitários de Saúde para conferir o uso dos medicamentos para Hipertensão Arterial Sistêmica durante as visitas domiciliares.

Orientar sobre a importância do uso correto dos medicamentos e das mudanças no estilo de vida para o controle da Hipertensão Arterial Sistêmica.

3 Revisão da Literatura

3.1 Hipertensão Arterial Sistêmica: definição e diagnóstico

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é uma condição clínica multi-fatorial definida como uma pressão arterial sustentada maior ou igual a 140 mm Hg sistólica e/ ou 90 mm Hg diastólica, em pelo menos duas aferições, obtidas em dias diferentes (MARCONDES; SUSTOVICH; RAMOS, 1984).

A sístole atrial corresponde à contração das fibras musculares que impulsionam o sangue aos ventrículos, completando, desse modo, o volume disponível para a sístole ventricular subsequente. As fibras ventriculares, ao se contraírem, liberam a energia a ser utilizada na mobilização do sangue em direção às circulações pulmonar e sistêmica (MARCONDES; SUSTOVICH; RAMOS, 1984).

A pressão arterial (PA) é aquela existente no interior das artérias e exercidas em suas paredes. Quando ocorre a contração ventricular (chamada de sístole), o ventrículo esquerdo ejeta sangue para a artéria aorta. Nesse momento, a pressão no interior das artérias se torna máxima e as mesmas se distendem um pouco (complacência arterial). Essa é a pressão arterial sistólica (PAS) (MARCONDES; SUSTOVICH; RAMOS, 1984).

O relaxamento dos ventrículos corresponde à diástole. Nessa fase, o sangue tende a refluir, mas é contido pelo fechamento da válvula aórtica e a pressão nas artérias cai a um nível mínimo. Essa é a pressão arterial diastólica (PAD) (MARCONDES; SUSTOVICH; RAMOS, 1984).

Para medir a pressão arterial, há uma série de procedimentos recomendados. Primeiramente deve ser explicado o procedimento ao paciente e deixá-lo em repouso por pelo menos 5 minutos em ambiente calmo. Deve ser instruído a não conversar durante a medida e possíveis dúvidas devem ser esclarecidas antes ou após o procedimento.

O profissional deve também certificar-se de que o paciente NÃO:

- está com a bexiga cheia;
- praticou exercícios físicos há pelo menos 60 minutos;
- ingeriu bebidas alcoólicas, café ou alimentos;
- fumou nos 30 minutos anteriores.

Com relação ao posicionamento, a pessoa deve sentada, com as pernas descruzadas, pés apoiados no chão, dorso recostado na cadeira e relaxado. O braço deve estar na altura do coração (nível do ponto médio do esterno ou 4o espaço intercostal), livre de roupas, apoiado, com a palma da mão voltada para cima e o cotovelo levemente fletido.

O profissional deve lavar as mãos antes de iniciar e, para a medida propriamente, é necessário segundo [LOPEZ e LAURENTYS-MEDEIROS \(2004\)](#):

- 1) Obter a circunferência aproximadamente no meio do braço. Após a medida selecionar o manguito de tamanho adequado ao braço;
- 1) Colocar o manguito, sem deixar folgas, 2 a 3 cm acima da fossa cubital;
- 2) Centralizar o meio da parte compressiva do manguito sobre a artéria braquial;
- 3) Estimar o nível da pressão sistólica pela palpação do pulso radial. O seu reaparecimento corresponderá à PA sistólica;
- 4) Palpar a artéria braquial na fossa cubital e colocar a campânula ou o diafragma do estetoscópio sem compressão excessiva;
- 5) Inflar rapidamente até ultrapassar 20 a 30 mmHg o nível estimado da pressão sistólica, obtido pela palpação;
- 6) Proceder à deflação lentamente (velocidade de 2 mmHg por segundo);
- 7) Determinar a pressão sistólica pela ausculta do primeiro som (fase I de Korotkoff), que é em geral fraco seguido de batidas regulares, e, após, aumentar ligeiramente a velocidade de deflação;
- 8) Determinar a pressão diastólica no desaparecimento dos sons (fase V de Korotkoff);
- 9) Auscultar cerca de 20 a 30 mmHg abaixo do último som para confirmar seu desaparecimento e depois proceder à deflação rápida e completa;
- 10) Se os batimentos persistirem até o nível zero, determinar a pressão diastólica no abafamento dos sons (fase IV de Korotkoff) e anotar valores da sistólica/diastólica/zero;
- 11) Sugere-se esperar em torno de um minuto para nova medida, embora esse aspecto seja controverso;
- 12) Informar os valores de pressões arteriais obtidos para o paciente;
- 13) Anotar os valores exatos sem “arredondamentos” e o braço em que a pressão arterial foi medida.

Deve-se lavar as mãos novamente quando terminar.

Outras maneiras de verificação da PA fora do consultório são importantes para o diagnóstico e seguimento da HAS, por exemplo: automedida da pressão arterial (AMPA) que é realizada em casa por familiares ou próprio paciente e monitorização contínua da pressão arterial (MAPA).

Na tabela a seguir estão as medidas da PAD e da PAS e suas respectivas classificações, segundo [MALACHIAS et al. \(2016a\)](#).

A seguir, [PIERIN et al. \(2010\)](#) na Tabela II estão as recomendações para seguimento conforme as medidas da PA.

Tabela 1 – Classificação diagnóstica da hipertensão arterial (adultos com mais de 18 anos de idade)

(mmHg)	(mmHg)	
< 85	< 130	Normal
85-89	130-139	Normal limítrofe
90-99	140-159	Hipertensão leve (estágio 1)
100-109	160-179	Hipertensão moderada (estágio 2)
> 110	> 180	Hipertensão grave (estágio 3)
< 90	> 140	Hipertensão sistólica isolada

Tabela 2 – Recomendações para seguimento (prazos máximos). Pressão arterial inicial (mmHg)

< 130	< 85	Reavaliar em 1 ano
130-139	85-89	Reavaliar em 6 meses
140-159	90-99	Confirmar em 2 meses
160-179	100-109	Confirmar em 1 mês
> 180	> 110	Intervenção imediata ou reavaliar em 1 semana

3.2 Causas e fatores de risco da Hipertensão Arterial Sistêmica

No que se refere à sua causa, a hipertensão arterial pode ser identificada como essencial ou primária e secundária. Essencial ou Primária é quando não há uma causa aparente facilmente identificada e esta corresponde a cerca de 90% dos casos (MARTINS et al., 2016).

Já a HAS Secundária é decorrente de causas muito bem estabelecidas, as quais precisam ser devidamente diagnosticadas, uma vez que, com a remoção do agente etiológico, é possível controlar ou curar a hipertensão arterial. Corresponde a cerca de 10% dos casos e apresenta múltiplas causas (MARTINS et al., 2016):

1. Vasculares: vasculites, coarctação de aorta e doenças vasculares do colágeno;
2. Renais: rins policísticos, obstrução do trato urinário, tumores produtores de renina, doença renal crônica;
3. Endocrinológicas: causas exógenas como uso de esteróides, contraceptivos orais, anti-inflamatórios inibidores da COX 1 E 2; causas endógenas: hiperaldosteronismo primário e secundário, síndrome de Cushing, feocromocitoma, e hiperplasia adrenal congênita;

Tabela 3 –

4. Neurogênicas: tumores intra-cranianos, poliomielite bulbar, hipertensão intra-craniana;
5. Drogas: álcool, cocaína, anti-inflamatórios não esteróides, eritropoietina, ciclosporina;
6. Outros: hiper ou hipotireoidismo, hiperparatireoidismo, hipercalcemia, acromegalia, apnéia do sono, acromegalia, hipertensão induzida pela gestação;

Cerca de 90% dos pacientes são assintomáticos, sendo que alguns podem apresentar cefaléia e tontura, que nem sempre estão associados à HAS. É fundamental a pesquisa de lesões de órgãos alvo, pois pode ocorrer insuficiência cardíaca, provocando dispnéia aos esforços, ortopnéia e edema de MSIS (membros inferiores); insuficiência renal, ocorrendo redução do volume urinário, edema maturino e nocturia; retinopatia hipertensiva com redução acuidade visual; doença cerebrovascular com apresentação de plegias, paresias e parestesias [MARTINS et al. \(2016\)](#).

Importante ressaltar também que o fumo, sedentarismo, estresse, as dislipidemias, obesidade, álcool e aumento do consumo de sal são os chamados fatores de risco e a incidência da HAS é maior em pacientes diabéticos, na raça negra e aumenta com a idade ([MARTINS et al., 2016](#)).

[PLAVNIK et al. \(2016\)](#) apresenta a estratificação de risco de acordo com a medida da pressão arterial e os fatores de risco do paciente.

3.3 Epidemiologia da Hipertensão Arterial Sistêmica

A HAS é um problema de saúde pública mundial e segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), atinge mais de um bilhão de pessoas em todo mundo, sendo cerca de 4 em cada 10 pessoas com mais de 25 anos de idade ([BARBOSA; LIMA, 2006](#)).

Em quase 90% dos pacientes a HAS é assintomática e , no Brasil, segundo o Ministério da Saúde, 35% da população tem a enfermidade e a metade não sabe disso. Das pessoas que têm conhecimento, 50% fazem uso de medicamentos e apenas 45% têm a pressão controlada ([BARBOSA; LIMA, 2006](#)).

Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) a população atual do Brasil é de cerca de 210 milhões de habitantes e 135 milhões de pessoas têm mais de 25 anos e 35% destes são hipertensos, o que corresponde a 47 milhões de pessoas. A metade (23,5 milhões) não sabe que está acometido por HAS e a outra metade que tem conhecimento, somente 11,75 milhões usa medicamentos anti-hipertensivos ([BARBOSA; LIMA, 2006](#)).

Dos 11,75 milhões de brasileiros que usam medicamentos, só 45% (aproximadamente 5 milhões e 300 mil pessoas) têm a pressão controlada. Ou seja, de 47 milhões de hipertensos no Brasil, apenas 5 milhões e 300 mil têm seus níveis pressóricos controlados, o que explicita que a adesão ao tratamento é o fator mais importante para o controle efetivo da pressão arterial (BARBOSA; LIMA, 2006).

Uma das primeiras descrições na literatura sobre adesão ao tratamento foi citado por Hipócrates, na qual enfatizava a importância de observar as falhas do paciente em relação ao que havia sido prescrito (BARBOSA; LIMA, 2006).

São inúmeras as razões que levam à não adesão: normalização da pressão, efeitos colaterais dos medicamentos, esquecimento das tomadas, custo financeiro, receio de misturar com álcool, receio de hipotensão e tratamentos alternativos, entre outras (BARBOSA; LIMA, 2006).

Nos países em desenvolvimento é grande o desperdício de recursos destinados a medicamentos, podendo chegar até 40% das verbas da saúde, enquanto nos países desenvolvidos essa cifra é de 8% (BARBOSA; LIMA, 2006).

3.4 Hipertensão Arterial Sistêmicas e as Políticas Públicas

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 (PREV SAÚDE). O projeto pretendia estender a cobertura dos serviços para toda a população com ênfase na assistência básica de saúde (BARRETO et al., 2013).

Em 1986, ocorreu a 8ª Conferência Nacional de Saúde, considerada um marco na história da saúde pública brasileira, que consagra os princípios preconizados pelo Movimento da Reforma Sanitária. Em seguida, o dever estatal de ofertar o acesso universal à saúde é legalizado na Constituição Federal de 1988 e a concomitante criação do SUS, foi o princípio da universalização do atendimento, tornando-o público e gratuito a qualquer cidadão brasileiro (BARRETO et al., 2013).

Em 2001, o Ministério da Saúde lançou o Plano de Reorganização da Atenção à hipertensão arterial em todo país. Em 2002, foi criado o Programa Nacional de Assistência Farmacêutica para a hipertensão arterial, o qual garante uma lista de medicamentos considerados essenciais, aos pacientes cadastrados (BARRETO et al., 2013).

Em 2004, foi criado o Programa Farmácia Popular do Brasil, que distribui de forma universal, igualitário e gratuito os medicamentos para hipertensão arterial em todo território nacional. Em 2006, ocorre a promulgação da portaria 399 que explicita a necessidade de desenvolver estratégias mais efetivas para a abordagem da hipertensão arterial, por parte dos municípios (BARRETO et al., 2013).

Percebe-se diante do que foi explicitado, a importância do SUS e das Políticas de Saúde para o tratamento e atendimento dos pacientes com Hipertensão Arterial Sistêmica.

3.5 Tratamento da Hipertensão Arterial Sistêmica: medicamentoso e não-medicamentoso

O tratamento do paciente com Hipertensão Arterial Sistêmica inclui medidas não-medicamentosas e uso de medicamentos anti-hipertensivos para reduzir os níveis pressóricos e reduzir o risco de lesão em órgãos-alvo.

A terapia não medicamentosa deve ser tentada por 3 meses nos pacientes com baixo risco e por 6 meses nos com risco moderado. E deve-se iniciar o tratamento medicamentoso quando a adesão não for adequada ou houver piora dos níveis pressóricos. Este tipo de terapia está relacionada com a prática de atividade física, controle do peso, suspensão do fumo, reduzir consumo de álcool e de sal e controle do estresse (MALACHIAS et al., 2016c).

A atividade física refere-se a qualquer movimento corporal que aumente o gasto energético, o que inclui andar na rua, subir escada, fazer trabalhos físicos domésticos, realizar práticas físicas de lazer. Já o exercício físico refere-se à atividade física estruturada, organizada e com objetivo específico e sua prática regular pode ser benéfica tanto na prevenção quanto no tratamento da hipertensão arterial, reduzindo ainda a comorbidade cardiovascular (MALACHIAS et al., 2016c).

A inatividade física tem sido considerada o maior problema de saúde pública por ser o mais prevalente dos fatores de risco e a segunda causa de morte no mundo. Recomenda-se que hipertensos com níveis de pressão arterial mais elevados ou que possuam mais de 3 fatores de risco (diabetes, lesão em órgão alvo ou cardiopatias) façam teste ergométrico antes de realizar exercícios em intensidade moderada (MALACHIAS et al., 2016c).

No que se refere ao peso corporal, seu aumento está diretamente relacionado ao aumento da pressão arterial tanto em adultos quanto em crianças. A relação entre sobrepeso e alteração da pressão arterial já pode ser observada a partir dos 8 anos de vida. O aumento da gordura visceral também é considerado um fator de risco para hipertensão arterial e reduções de peso e de circunferência abdominal correlacionam-se com redução da pressão arterial e melhora metabólica (MALACHIAS et al., 2016c).

Importante apontar que o sucesso do tratamento da HAS também depende da adoção de um plano alimentar saudável e sustentável. A utilização de dietas radicais resulta em abandono do tratamento (MALACHIAS et al., 2016c).

A dieta DASH (Dietary Approaches to Stop Hypertension) enfatiza o consumo de frutas, hortaliças e laticínios com baixo teor de gordura, inclui ingestão de cereais integrais, frangos, peixes e frutas oleaginosas e preconiza a redução do consumo da carne vermelha, doces e de açúcar (MALACHIAS et al., 2016c)

Em conjunto com essa dieta, sabe-se que o aumento no consumo de sal está relacionado com o aumento da pressão arterial e limitar o consumo de até 2g de sal por dia está associado à sua redução. Como um parâmetro, o brasileiro consome em média 114 g de sal por dia (MALACHIAS et al., 2016c).

No que se refere ao uso de drogas, o consumo habitual de álcool eleva a PA de forma linear e, excessivo associa-se com o aumento da incidência de HAS. Estima-se que um aumento de 1g/dia de álcool eleve a PA em 1 mmHg. Já o fumo aumenta o risco para mais de 25 doenças, incluindo a cardiovascular e esse hábito é apontado como fator negativo no controle da HAS (MALACHIAS et al., 2016c).

Por fim, estudos sobre as práticas de gerenciamento de estresse apontam a importância das psicoterapias comportamentais e das práticas de técnicas de meditação e relaxamento no tratamento da HAS (MALACHIAS et al., 2016c).

Caso seja necessário utilizar medicamentos para o tratamento da HAS, convém atentar-se para seus efeitos colaterais e uso adequado. Primeiramente tem-se os diuréticos com efeito natriurético com redução do volume extracelular e da resistência vascular periférica. Pode causar hipocalcemia, câimbras, hiperuricemia, disfunção erétil. Alguns representantes, são: Tiazídicos (hidroclorotiazida, clortalidona e indapamida); de alça (furosemida e bumetamida) e poupadores de potássio (espironolactona e amilorida) (MALACHIAS et al., 2016b).

Já os beta bloqueadores reduzem o débito cardíaco a secreção de renina e de catecolaminas. Podem causar broncoespasmo, bradicardia, vasoconstrição periférica, insônia, disfunção sexual e têm como principais representantes propranolol (primeira geração), metoprolol e atenolol (segunda geração), carvedilol (terceira geração). Tem-se também os alfa agonistas de ação central os quais reduzem a atividade simpática e o reflexo dos barorreceptores e dos níveis de renina, como o metildopa e a clonidina. Estes podem causar sedação, xerostomia, disfunção erétil, galactorrêa, efeito rebote com descontinuação (MALACHIAS et al., 2016b).

Os alfa bloqueadores, antagonistas dos receptores alfa 1 com redução da resistência vascular periférica e do débito cardíaco, podem causar hipotensão e incontinência urinária (prazosin, doxazosina). Já os vasodilatadores diretos relaxam musculatura lisa arterial com redução da resistência periférica (hidralazina e minoxidil) e os bloqueadores dos canais de cálcio reduzem a resistência vascular periférica por diminuição do cálcio intra celular (MALACHIAS et al., 2016b).

Além dos citados, conta-se também com os inibidores da ECA - Enzima Conversora de Angiotensina I em Angiotensina II e com os bloqueadores da angiotensina e inibidores direto da renina (MALACHIAS et al., 2016b).

3.6 Relevância da Intervenção

A Hipertensão Arterial Sistêmica é um dos mais importantes fatores de risco para doenças cardio-vasculares, vasculares, renais e cérebro-vasculares. Nesse sentido, o presente projeto se propõe a manter sob controle a pressão arterial dos pacientes acometidos por este agravo, como uma medida preventiva para a ocorrência de complicações decorrentes deste.

Sabe-se das complicações dessas patologias e das consequências que as mesmas impõem aos pacientes, familiares e sistema de saúde como um todo. Estas complicações vão desde a saída do mercado de trabalho de pessoas ainda em idade produtiva, a exigência de uma estrutura familiar para dar apoio a esse paciente e a sobrecarga no sistema de saúde como um todo (internações repetitivas, tratamentos cirúrgicos, hemodiálises, mobilização das Unidades de Saúde para oferecer um amparo mínimo necessário para o paciente).

Cabe ressaltar que a Política Nacional da Atenção Básica (PNAB), que visa prestar serviços básicos às pessoas em um determinado território, de acordo com as necessidades locais, tem como objetivo, interligar a atenção básica e o Sistema Único de Saúde. Da mesma forma, propõe prezar pelo cuidado centrado na pessoa, estimulando a participação do usuário na busca das soluções para os problemas enfrentados dentro de sua comunidade. É mantida pelo poder público e cabe a ele também fiscalizar sua aplicação e sua eficácia, oferecendo condições para que sejam desenvolvidas, entre outras atividades, programas de prevenção de patologias e de promoção da saúde.

4 Metodologia

A atuação será desenvolvida na população com Hipertensão Arterial Sistêmica que reside na área de abrangência da UBS Nosso Sonho, em São Gabriel, estado do Rio Grande do Sul. Todos os integrantes da equipe de saúde deverão participar desse projeto, incluindo Agentes Comunitários de Saúde (ACS), técnicos de enfermagem, enfermeiros e médico.

Essa intervenção conta com as seguintes etapas:

A) Análise conceitual da HAS: diz respeito à pesquisa bibliográfica em livros, artigos e revistas que tratam do assunto, realizadas em empresas de serviço online, como Google acadêmico.

B) Capacitação dos profissionais envolvidos: consistirão em reuniões com o objetivo de orientar os profissionais que atuam na UBS Nosso Sonho a abordarem e realizarem o acompanhamento dos pacientes com HAS. O médico da Unidade coordenará os encontros para que os profissionais trabalhem alinhados e em consonância com os objetivos da intervenção.

C) Identificação da população-alvo: ocorrerá por meio da aferição da pressão arterial, a qual será realizada pelo médico, enfermeiro e técnicos de enfermagem. Esses profissionais farão os registros dos pacientes que apresentarem alteração na pressão e estes serão selecionados para acompanhamento e orientação.

D) Realização das atividades: a ação será desenvolvida nos domicílios pelos ACS e na própria Unidade durante as atividades de vacinação, troca de curativos e consultas médicas, situações em que os pacientes serão orientados a respeito da necessidade do bom controle dos níveis pressóricos e as consequências para a saúde quando esse controle não for adequado. Será enfatizada a importância de fazer uso correto das medicações. Além disso, serão incentivados a aferirem regularmente a pressão arterial e realizarem mudanças no seu estilo de vida, as quais fazem parte do tratamento não medicamentoso da HAS, como redução do consumo de sal e de álcool, suspensão do fumo, controle do estresse e atividades físicas regulares.

5 Resultados Esperados

Espera-se que, após o desenvolvimento da intervenção na Unidade de Saúde Nosso Sonho, sejam diminuídos os riscos de doenças vasculares, como infarto agudo do miocárdio, acidente vascular cerebral, nefropatias, doença vascular periférica e insuficiência cardíaca, as quais estão associadas aos níveis elevados de pressão arterial.

Por meio das práticas de conscientização, orientação e incentivo ao uso regular dos medicamentos antihipertensivos e também das atividades relacionadas à mudança do estilo de vida, espera-se que a qualidade de vida da população melhore, além de reduzir o índice de internações hospitalares e as complicações relacionadas à Hipertensão Arterial Sistêmica.

Acredita-se que com as ações propostas, o acolhimento e o acompanhamento dos pacientes com HAS na Unidade de Saúde será agilizado, o que irá acarretar numa maior adesão ao tratamento e vinculação ao serviço de saúde e aos profissionais.

Referências

- BARBOSA, R. G. B.; LIMA, N. K. D. C. Índices de adesão ao tratamento anti-hipertensivo no Brasil e no mundo. *REVISTA BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO*, p. 35–38, 2006. Citado 2 vezes nas páginas 16 e 17.
- BARRETO, M. D. S. et al. A trajetória das políticas públicas de saúde para hipertensão arterial sistêmica no Brasil. *REVISTA APS*, p. 460–468, 2013. Citado na página 17.
- LOPEZ, M.; LAURENTYS-MEDEIROS, J. D. *SEMIOLOGIA MÉDICA AS BASES DO DIAGNÓSTICO CLÍNICO*. RIO DE JANEIRO: REVINTER, 2004. Citado na página 13.
- MALACHIAS, M. V. B. et al. 7º diretriz brasileira de hipertensão arterial diagnóstico e classificação. *ARQUIVOS BRASILEIROS DE CARDIOLOGIA*, p. 7–13, 2016. Citado na página 14.
- MALACHIAS, M. V. B. et al. 7º diretriz brasileira de hipertensão arterial tratamento medicamentoso. *ARQUIVOS BRASILEIROS DE CARDIOLOGIA*, p. 35–43, 2016. Citado na página 19.
- MALACHIAS, M. V. B. et al. 7º diretriz brasileira de hipertensão arterial tratamento não medicamentoso. *ARQUIVOS BRASILEIROS DE CARDIOLOGIA*, p. 30–33, 2016. Citado 2 vezes nas páginas 18 e 19.
- MARCONDES, M.; SUSTOVICH, D. R.; RAMOS, O. L. *CLÍNICA MÉDICA PROPEDEUTICA E FISIOPATOLOGIA*. RIO DE JANEIRO: GUANABARA KOOGAN, 1984. Citado na página 13.
- MARTINS, M. D. A. et al. *CLÍNICA MÉDICA FMUSP*. BARUERI SP: MANOLE, 2016. Citado 3 vezes nas páginas 14, 15 e 16.
- PIERIN, M. G. et al. 6º diretriz brasileira de hipertensão arterial diagnóstico e classificação. *ARQUIVOS BRASILEIROS DE CARDIOLOGIA*, p. 4–10, 2010. Citado na página 14.
- PLAVNIK, F. L. et al. Hipertensão epidemiologia e prevenção primária. 7º DIRETRIZ BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, p. 1–5, 2016. Citado na página 16.