



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

Gilberto Luis Medina Alvarez

Estrategia de Saúde para o controle da Hipertensão
Arterial Sistêmica nos pacientes da Unidade Básica de
Saúde Jardim das Flores, São Jorge do Ivaí, Paraná

Florianópolis, Março de 2018

Gilberto Luis Medina Alvarez

Estrategia de Saúde para o controle da Hipertensão Arterial
Sistêmica nos pacientes da Unidade Básica de Saúde Jardim das
Flores, São Jorge do Ivaí, 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: Ilse Lisiane Viertel Vieira
Coordenadora do Curso: Profa. Dra. Fátima Büchele

Florianópolis, Março de 2018

Gilberto Luis Medina Alvarez

Estrategia de Saúde para o controle da Hipertensão Arterial Sistêmica nos pacientes da Unidade Básica de Saúde Jardim das Flores, São Jorge do Ivaí, 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

Ilse Lisiane Viertel Vieira
Orientador do trabalho

Florianópolis, Março de 2018

Resumo

Introdução: A Hipertensão Arterial Sistêmica é a mais frequente das doenças cardiovasculares e também o principal fator de risco para as complicações como acidente vascular encefálico, infarto agudo do miocárdio e doença renal crônica terminal. **Objetivo:** trata-se de um estudo de intervenção educativa, com o objetivo de propor estratégias para melhorar o conhecimento de pessoas portadoras de hipertensão arterial sistêmica sobre os fatores de risco e as complicações associadas à doença da Unidade Básica de Saúde Jardim das Flores, município de São Jorge do Ivaí no estado do Paraná, no período de abril de 2017 a abril de 2018. **Metodologia:** a mostra selecionada será de 57 indivíduos hipertensos de ambos os sexos, com idade igual ou superior a 30 anos, residentes na área de saúde da UBSF Jardim das Flores, que fazem acompanhamento em nossa unidade, inseridos no Programa Hiperdia e que preenchem aos critérios de inclusão previamente definidos.

Resultados esperados: com a realização deste projeto observou-se um aumento no número de pacientes que aderiu ao tratamento com consequente melhora do controle da HAS assim como, conseguimos melhorar a organização e resolutividade do acolhimento dos pacientes. Existem múltiplas intervenções não medicamentosas para diminuir a hipertensão arterial. As ações da equipe de saúde, principalmente de nós profissionais médicos, no combate a hipertensão arterial, devem seguir algumas metas, entre elas: compreensão do processo patológico, do tratamento, incentivo do indivíduo a participação de programas de autocuidado, bem como a certificação da ausência de complicações para controlar a hipertensão com tratamento medicamentoso e não medicamentoso. Justificando assim, os benefícios da motivação e da orientação à população quanto à importância do tratamento não medicamentoso para hipertensão arterial, através das 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	Objetivos Específicos	15
3	REVISÃO DA LITERATURA	17
4	METODOLOGIA	21
5	RESULTADOS ESPERADOS	25
	REFERÊNCIAS	27

1 Introdução

O município de São Jorge do Ivaí pertence a o estado do Paraná e foi criado em 26 de novembro de 1954. Os municípios limítrofes são: os municípios de Ourizona, Doutor Camargo e Florai. Tem como características geográficas uma área de 315,1 km² e contava com 5.508 habitantes no último censo (IBGE, 2017). A densidade demográfica é de 17,5 habitantes por km² no território do município com o clima subtropical. Situado a 452 metros de altitude, de São Jorge do Ivaí tem as seguintes coordenadas geográficas: Latitude: 23° 26' 1" Sul, Longitude: 52° 17' 27" Oeste. Seus principais indicadores são IDH 0,792 e PIB de R\$ 111.266,079 mil,. A principal atividade econômica do município é a produção agrícola. Do ponto de vista educacional, o município tem uma APAE (Escola especializada), uma creche municipal, três escolas municipais (educação infantil e ensino fundamental), um colégio estadual (ensino fundamental e médio).

A maioria da população está alfabetizada, com 4.222 alfabetizados (76,64%) e 1.286 analfabetos (23,36 %). As condições de moradia nos últimos anos vêm melhorando muito, levando em conta os programas do governo, como "Minha casa, minha vida" e outros, os financiamentos a juros baixos nos bancos e também o crescimento de poder aquisitivo dos trabalhadores. A coleta de lixo é feita de forma regular em todo o município, sendo depositado em local exclusivo. Em relação ao saneamento básico, recentemente foi firmado um convênio com a SENEPAR e a FUNASA, num montante capaz de atender as necessidades da área urbana do município.

O município conta com uma Secretaria de Saúde, responsável pela atenção básica, vigilância epidemiologia, vigilância sanitária, saúde do trabalhador, saúde mental, ouvidoria e setor de recursos humanos. São Jorge do Ivaí conta com a seguinte rede de estabelecimentos e serviços de saúde: dois Centros de Saúde (Terezinha Soares Muzulon e Jardim das Flores), um consultório odontológico, o Hospital Municipal João XXIII, um serviço de reabilitação integral.

A população estimada da minha equipe é de 2.582 habitantes, (rural 1.345, urbana 1.237), sendo, homens 1.278 e 1.304 mulheres, homens maiores de 60 anos 370, mulheres maiores de 60 anos 228, homens entre 20-59 anos 359, mulheres entre 20-59 anos 625, homens menores de 20 anos 521, mulheres de 20 anos 418, homens menores de um ano 28, mulheres menores de um ano 33. A prevalência de Hipertensão Arterial (HA) é de 34,4% e a prevalência de Diabetes Mellitus (DM) 12,7%. Os acompanhamentos a pacientes com HA, DM e tuberculose (TB) são realizados pelos Agentes Comunitários de Saúde, em suas visitas domiciliares, e os pacientes portadores de TB são acompanhados pelo enfermeiro no tratamento supervisionado.

As cinco queixas mais comuns que levam a população a procurar a Unidade Básica de Saúde (UBS) são: HA, DM, gripes e resfriados, cefaleia e dores articulares. Os agravos

mais comuns encontrados são: doenças do aparelho circulatório, doenças do aparelho respiratório, doenças do aparelho digestivo, causas externas, gravidez, parto e puerpério. O atendimento é realizado de acordo o grau de urgência apresentado pelo paciente. A proporção de crianças com até 1 ano de vida com esquema vacinal em dia no último mês foi de 100%, a proporção de gestantes que tiveram sete ou mais consultas durante o pré-natal foi de 99,7%. É realizada a evolução da saúde materno-infantil no município através do pré-natal, acompanhamento puerperal e puericultura.

O problema de maior relevância discutido pela equipe de saúde foi a alta incidência de doenças cardiovasculares em pessoas idosas com maior ênfase em hipertensão. Esta doença tem uma alta incidência em nosso centro de saúde, os atendimentos se incrementam todos os dias por essa causa.

Este problema é muito importante porque a população está frequentemente exposta aos fatores de risco e porque influi na qualidade da atenção prestada. A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma enfermidade e fator de risco para outras enfermidades, e a mais comum das condições que afetam a saúde dos indivíduos e as populações em todas as partes do mundo.

É um problema a nível mundial, que está em constante crescimento, é considerada uma doença crônica que 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. A prevalência estimada de hipertensão em 2016 no Brasil foi de 31,0%, hoje ela se incrementa muito mais, até 35,8%, com predomínio entre homens (MALTA et al., 2017), sendo que a nossa área de abrangência tem uma prevalência de mais de 34,4%.

As enfermidades não transmissíveis são as principais causas de morbimortalidade nos adultos, e um importante obstáculo na prolongação da vida e sua qualidade. Uma delas é a hipertensão arterial (HA), que é a mais comum entre as que afetam a saúde dos indivíduos adultos em todas as populações e é um importante motivo de consulta médica. É também um fator de risco importante para outras enfermidades, como a cardiopatia isquêmica, a insuficiência cardíaca, a enfermidade cerebrovascular, a insuficiência renal, a vasculopatia periférica e da retina. A hipertensão arterial constitui um dos problemas de saúde de maior prevalência na atualidade.

Estima-se que a HA atinja aproximadamente 22% da população brasileira acima de vinte anos, sendo responsável por 80% dos casos de acidente cérebro vascular, 60% dos casos de infarto agudo do miocárdio e 40% das aposentadorias precoces, além de significar um custo de 475 milhões de reais gastos com 1,1 milhões de internações por ano (BRASIL, 2001).

A identificação de vários fatores de risco para a hipertensão arterial, tais como: a hereditariedade, a idade, o gênero, o grupo étnico, o nível de escolaridade, o *status* socioeconômico, a obesidade, o etilismo, o tabagismo e o uso de anticoncepcionais orais, muito

colaboraram para os avanços na epidemiologia cardiovascular e, conseqüentemente, nas medidas preventivas e terapêuticas dos altos índices pressóricos, que cobrem os tratamentos farmacológicos e não farmacológicos.

Intervenções não farmacológicas têm sido apontadas na literatura pelo baixo custo, risco mínimo e pela eficácia na diminuição da pressão arterial (SBC, 2007). Entre elas estão: a redução do peso corporal, a restrição alcoólica, o abandono do tabagismo e a prática regular de atividade física. Porém, se estas práticas não são corrigidas, se os medicamentos são utilizados a qualquer hora e são tomados com alimentos ou bebida podem ocasionar a inibição da ação medicamentosa, antagonismo ou sinergismo o que causa efeitos ou reações adversas que causam moléstia ao paciente. Motivo esse que pode ocasionar o abandono do tratamento ou a deixar de tomar por esquecer, inclusive por não conseguir ver e nem ler o que está escrito na receita médica. Deste modo, a intervenção não farmacológica presta-se ao controle dos fatores de risco e às modificações no estilo de vida, a fim de prevenir ou deter a evolução da hipertensão arterial (SOUZA et al., 2016).

A orientação aos pacientes hipertensos são elementos primordiais para adequado controle da hipertensão. Pois, permite compreender melhor sua enfermidade e as conseqüências, o que facilita uma adequada adesão ao tratamento e uma longa sobrevivência com melhor qualidade de vida.

O conhecimento do perfil sócio demográfico dos pacientes hipertensos, do uso que fazem dos serviços de saúde e das estratégias terapêuticas que conhecem e utilizam, é importante para direcionar intervenções mais eficazes de controle da doença.

Os estudos epidemiológicos sobre hipertensão arterial têm enfatizado diferentes aspectos como: terapêuticos, descritivos da prevalência do problema e/ou de seus fatores de risco, bem como os relativos à associação de hipertensão com as doenças cardiovasculares (SBC, 2016).

Um estudo na Ilha de Mahé, República de Seychelles, feito com a população adulta (504 homens e 563 mulheres, com idade entre 25 e 64 anos), para examinar conhecimentos atitudes e práticas para HA demonstra que, apesar das pessoas terem conhecimento sobre a doença, poucos mostram motivação real para mudar de hábitos (ABERT, 1998). São apontadas como explicações para justificar esse fato a evolução silenciosa e a natureza crônica da hipertensão. A existência de modelos de estilos de vida baseados em comportamentos, atitudes, crenças, hábitos comuns a todos e condições sociais que tendem a ser estável através do tempo, o prazer individual por comportamentos agradáveis como o tabagismo, comida farta, salgada e o sedentarismo são um poderoso impedimento para a adoção de comportamentos como atividade física regular, moderação no sal, álcool, ingestão de calorias e abstinência de fumo.

Como plano de ação e de acordo com o principal problema observado pode-se utilizar várias abordagens, como por exemplo:

1. Abrir agenda específica para atendimento de pacientes hipertensos que consultam

pela primeira vez e de seguimento.

2. Pode-se também incluir esses pacientes em grupos operativos específicos, realizando educação e informação sobre a doença, explicando, por exemplo, a forma de uso correto das medicações bem como, fazendo uma abordagem dos principais sintomas de complicações.

3. Orientar o paciente e sua família sobre o problema que enfrenta e a história natural da doença, para uma maior adesão ao medicamento e sucesso com o tratamento proposto pelo médico.

Em relação ao desenho da intervenção pretende-se aumentar o nível de informação dos pacientes sobre os principais fatores de risco em relação a sua doença. Para isso serão criados grupos operativos específicos, estratégias de comunicação serão necessárias para que se tenha mobilização da população participante.

Para a realização desse projeto de intervenção é preciso articular parceria entre UBS e centro de referência secundária, e articular parceria entre UBS e Secretaria de Saúde do município. Outro ponto importante é o de garantir distribuição dos medicamentos necessários para o tratamento da hipertensão.

A implantação de um dia reservado para atendimento dos pacientes com transtornos hipertensivos com enfoque nos pacientes idosos e do recente diagnóstico faz parte também do plano operativo. Existe a necessidade de manter contato direto com o centro de referência secundário do município para que seja possível alcançar bons resultados. Objetiva-se também acolher grande parte dos pacientes com transtornos hipertensivos que estão sem atendimento. E para isso se faz necessário a articulação com a Prefeitura Municipal de São Jorge do Ivaí, especialmente Secretária Municipal de Saúde. Para elevar a cobertura de atendimentos será preciso fazer adequação da agenda do médico e da enfermeira.

Outra intervenção necessária é de modificar hábitos e estilos de vida dos pacientes selecionados. Manter pacientes com diagnóstico de hipertensão arterial com uma adequada saúde, incluindo cessação do tabagismo, práticas de atividade física e boa alimentação. Mudanças no estilo de vida entram como aliados no tratamento desses pacientes. Para isso é preciso estabelecer uma parceria com educadores físicos e fisioterapeutas na tentativa de abordar esses pacientes.

A realização desta intervenção passou os seguintes momentos:

- Definição do objeto.
- Diagnóstico inicial.
- Estabelecimento do tipo de mudança que se quer alcançar.
- Definição dos objetivos, atividades e tarefas.
- Estabelecimento do tempo e duração.
- Definição de participantes e responsáveis.
- Identificação de indicadores de avaliação.

Portanto a HA é uns dos mais graves problemas de Saúde Pública que atinge o adulto brasileiro, precisando de apoio assistencial amplo e efetivo, e uma pesquisa epidemiológica

que identifique, com maior segurança e fidelidade, sua incidência e prevalência, tanto na zona rural quanto na urbana, permitindo, assim, uma melhor definição dos programas de assistência, e uma melhor atenção dos pacientes com hipertensão arterial sistêmica (HAS) (AUBERT et al., 1998).

A HA tem sido um problema que chama atenção no município de São Jorge do Ivaí, no qual se registra 888 pacientes, ou seja, 34,4% da população maior de 15 anos tratados com este diagnóstico. Muitas vezes, os pacientes permanecem sem tratamento por não conhecerem a doença e suas complicações e só procuram atendimento quando apresentam sintomas, tais como dores no peito, dor de cabeça, tonturas, zumbido no ouvido, fraqueza, visão embaçada e outras complicações como arritmia cardíaca, doença renal crônica e doenças cerebrovasculares .

Os pacientes não podem mudar alguns fatores de risco como, história familiar ou idade, mas podem, certamente, mudar ou controlar outros fatores importantes, como o tabagismo, o peso e a dieta, entre outros.

A educação em saúde para a prevenção de fatores de risco e para a conscientização sobre as complicações que a HAS pode causar, além da adequada dispensação de medicamentos podem ser estratégias para minimizar esse problema.

Este projeto é factível, por ter como base instrumentos já desenvolvidos no Sistema Único de Saúde em todos os níveis, além de ser um programa de baixo custo para sua execução em relação aos benefícios que trará para toda a comunidade.

2 Objetivos

2.1 **Objetivo Geral**

Propor estratégias para melhorar o conhecimento de pessoas portadoras de hipertensão arterial sistêmica sobre os fatores de risco e as complicações associadas à doença.

2.2 **Objetivos Específicos**

1. Identificar o perfil sociodemográfico dos portadores de hipertensão arterial sistêmica.
2. Avaliar o conhecimento dos hipertensos acerca dos fatores de risco e das complicações da hipertensão arterial sistêmica.
3. Realizar intervenção educativa para hipertensos, com ênfase nos déficits de conhecimento acerca dos fatores de risco e das complicações da hipertensão arterial sistêmica.

3 Revisão da Literatura

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é uma doença muito frequente no Brasil, constitui um importante problema de saúde pública no Brasil e no mundo, é um fator de risco para o desenvolvimento das doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais, é responsável por pelo menos 40% das mortes por Acidente Vasculares Cerebrais e 25% das mortes por doença arterial coronariana, e responsável por um número importante de internações em hospitais. No mundo inteiro a hipertensão é hoje o primeiro fator de risco de mortalidade (SBC, 2016).

A HAS caracteriza-se pelos elevados níveis de pressão sanguínea nas artérias, o que faz com que o coração tenha que exercer um esforço maior do que o normal para fazer circular o sangue através dos vasos sanguíneos. A pressão sanguínea envolve duas medidas, sistólica e diastólica, referente ao período em que o músculo cardíaco está contraído (sistólica) ou relaxado (diastólica). A pressão normal em repouso situa-se entre os 100 e 140 mmHg para a sistólica e entre 60 e 90 mmHg para a diastólica. Para que os valores sejam confiáveis, a medida deve ser realizada após um período de repouso de 5 a 10 minutos num ambiente calmo. A largura da braçadeira deve corresponder a 2/3 do comprimento do braço, com comprimento suficiente para rodear bem todo o braço envolvendo cerca de 80% deste. Uma braçadeira muito estreita origina valores falsamente altos, e por sua vez uma larga demais estará na origem de falsos negativos (SBC, 2016).

A hipertensão arterial primária, essencial, ou idiopática, é a forma mais comum de hipertensão, contabilizando 90 a 95% de todos os casos da doença. É consequência de uma interação complexa entre genes e fatores ambientais, nomeadamente o excesso de consumo de sal (AUBERT *et al.*, 1998).

A hipertensão arterial secundária é consequência de uma causa identificável. As doenças renais são a causa mais comum de hipertensão secundária, ocupando lugar de destaque a estenose da artéria renal, os transtornos endócrinos como a síndrome de Cushing, o hipertireoidismo, o hipotireoidismo, a acromegalia, a Síndrome de Crohn ou hiperaldosteronismo primário, o hiperparatireoidismo e tumores como os para-gangliomas e os feocromocitomas. Na coartação da aorta a hipertensão arterial existe unicamente acima do nível da coartação, havendo hipotensão nos membros inferiores. Entre as outras possíveis causas encontra-se a obesidade, a apneia do sono, a gravidez, o consumo excessivo de alcaçuz e o uso de determinados medicamentos (CARRIJO; OLIVEIRA, 2014).

O diagnóstico da HAS depende de uma avaliação criteriosa, procurando-se identificar a presença de HAS secundária, assim como os portadores de hipertensão de consultório, condição relativamente frequente nos extremos da idade (BRASIL, 2013).

Por ser a hipertensão arterial, na maior parte do seu curso assintomática, seu diagnóstico e tratamento é frequentemente negligenciado, também se soma a isso a baixa adesão

por parte do paciente ao tratamento prescrito, sendo as modificações de estilos de vida de fundamental importância no processo terapêutico e na prevenção da hipertensão.

O diagnóstico inicial de hipertensão deve também considerar um exame físico e todo o histórico médico do paciente. A pseudo-hipertensão entre os idosos pode também ser um fator a considerar no diagnóstico. Esta situação deve-se à calcificação das artérias, o que resulta em níveis de leitura anormalmente elevados no esfigmomanômetro enquanto que as medições intra-arteriais são normais. Não esquecer que o processo de endurecimento das paredes das artérias é progressivo com o envelhecimento e o aumento de pressão arterial sistólica com a idade também será progressivo, sem que isto signifique hipertensão arterial. Esses dados desafiam o consenso atual, muito rígido nos critérios de hipertensão arterial acima dos 70 anos (SBC, 2007).

Os riscos cardiovasculares atribuídos à HAS são conhecidos e se iniciam a partir das faixas pressóricas pré-hipertensivas, numa relação contínua. A obtenção de um controle pressórico rigoroso mostrou nos últimos anos prover uma redução substancial no risco cardiovascular, particularmente no que se refere à ocorrência do acidente vascular cerebral e da insuficiência cardíaca. Engloba-se nestes resultados, o impacto do tratamento da hipertensão sistólica isolada em pacientes idosos, situação antigamente pouco abordada. Em populações nas quais se encontram presentes outros fatores de risco, lesões de órgãos-alvo ou condições clínicas correlatas, o impacto da pressão arterial sobre a morbimortalidade cardiovascular será ainda maior e a obtenção de alvos pressóricos mais estreitos, particularmente na população de diabéticos, nefropatas e cardiopatas, tem mostrado maior proteção (ROSA; PLAVNIK; TAVARES, 2006).

Para qualquer paciente, a primeira forma de tratamento são as recomendações para as modificações no estilo de vida e controle dos fatores de risco correlatos, destacando-se a redução do peso corporal com alterações na dieta e exercício físico, que terá grande impacto sobre o controle da pressão e os distúrbios associados à síndrome metabólica (SBC, 2007). De igual modo, está também demonstrado que uma dieta rica em frutos secos, cereais integrais, peixe, carne branca, frutas e vegetais, diminui de forma significativa a pressão arterial. Uma das principais vantagens dessa dieta é diminuir o consumo de sódio, embora seja rica em potássio, magnésio, cálcio e proteínas. A utilização de anti-hipertensivos, por sua vez, faz-se frequentemente necessária e em mais de dois terços dos pacientes duas ou mais drogas serão utilizadas. De forma geral, o impacto dos anti-hipertensivos de primeira linha sobre o risco cardiovascular em populações gerais de hipertensos será semelhante. A presença de situações específicas, no entanto, poderá tornar mandatória a utilização de drogas específicas para o uso inicial.

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 de 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 ([FERNANDEZ et al., 2017](#)).

4 Metodologia

Cenário de estudo.

Projeto será desenvolvido na Área de Saúde Jardim das Flores do município São Jorge do Ivaí, no período de Abril de 2017 a Abril de 2018.

Sujeitos envolvidos:

A população-alvo será constituída por um total de pacientes hipertensos (57 casos) da área de abrangência da UBS Jardim das Flores de em São Jorge do Ivaí.

Critérios de inclusão:

Como critérios de inclusão serão inseridos pacientes com diagnóstico de Hipertensão Arterial, maiores de 18 anos e residentes oficialmente na área da investigação. Além disso, os participantes devem ser indivíduos físico e mentalmente capacitados para responder ao questionário.

Critérios de exclusão:

Pacientes com doenças que afetam o nível de comunicação e compreensão das atividades propostas.

Pacientes que se negam a participar da investigação.

Para alcançar o primeiro objetivo proposto será realizada uma descrição clínica epidemiológica da Hipertensão Arterial nesta área no período de estudo, que permitirá fazer um diagnóstico da doença na área de saúde estudada, para tal, será aplicado pelo pesquisador, juntamente com os membros da equipe de atendimento um questionário para caracterizar o perfil sócio demográfico da população e os fatores clínicos por meio das seguintes perguntas: Você possui HAS? Quanto tempo faz que você tem HAS? Como é sua alimentação? Tem algum familiar que possui HAS? .

Para alcançar o segundo objetivo os Agentes Comunitário de Saúde (ACS), com apoio e supervisão da enfermeira e do médico da equipe e após consentimento informado aplicarão um questionário aos pacientes incluídos na investigação para determinar o nível de conhecimento dos mesmos sobre a Hipertensão Arterial, por meio das seguintes perguntas: Você acha que pressão alta é uma doença grave? Você acha que a pressão alta traz complicações á saúde? Você acha que pressão alta tem cura?

Estratégias de ações.

Após realizar o diagnóstico situacional e conhecer o nível de conhecimento dos pacientes sobre a Hipertensão Arterial se desenhará um plano de ação para modificar o estilo de vida e intervir nestes pacientes educativa e terapeuticamente. Realizar-se-a uma reunião com todos os membros da equipe para sensibilizá-los sobre o projeto, em especial os ACS, para que em suas visitas domiciliares, divulguem o serviço às famílias.

Serão utilizadas as visitas domiciliares, consultas e a sala de espera como espaços para orientação sobre os riscos da Hipertensão Arterial, sobre as complicações, a importância

de uma alimentação saudável, a prática de exercícios físicos e a participação em grupos de caminhada.

Propõe-se a trabalhar por etapas:

Etapa 1. Identificação dos pacientes hipertensos cadastrados na clínica por micro área e convite para participação do projeto durante as consultas na clínica e através de visitas domiciliares. Será realizado pelo ACS e médico.

Etapa 2. Agendamento de consultas individuais, conscientização da importância da consulta periódica, monitoramento e avaliação da resposta terapêutica. Será realizado pelo médico.

Etapa 3. Trabalho da equipe na comunidade, em especial dos agentes comunitários de saúde, para a conscientização sobre a importância da prática de exercícios físicos e de uma dieta saudável como parte do tratamento.

Etapa 4. Realizar reuniões quinzenais (1ª e 3ª quintas-feiras de cada mês) entre enfermeira, médico e ACS na unidade para discussão dos temas abaixo:

- Troca de experiências entre doentes crônicos e equipe para levantar os saberes dessa população com relação à Hipertensão Arterial (Equipe multidisciplinar).

- A partir dos conhecimentos trazidos pelos pacientes, falar sobre as complicações e a cronicidade da doença e suas formas de tratamento, enfatizando a importância das mudanças no estilo de vida. (Equipe multidisciplinar).

- Importância da prática de exercícios físicos no controle da Hipertensão Arterial. (Educador físico e médico)

- Alterações psicossociais da Hipertensão Arterial. (Psicóloga)

- Importância do apoio da família nas mudanças de estilos de vida (Equipe multidisciplinar)

Será disponibilizada na agenda de atendimentos uma tarde ou manhã específica para esse grupo de pacientes, incluindo atendimento médico e grupos operativos específicos. Para realização desta intervenção serão disponibilizados cadernos elaborados previamente pela equipe de trabalho. Após o atendimento médico de cada paciente, será necessário avaliar a particularidade de cada paciente para proceder a inclusão no programa de protocolo de estudo. Os pacientes crônicos, que apenas fazem renovação de receitas, também serão convidados para consulta com o médico.

Para melhorar ou solucionar seus problemas, incluiremos os quatro níveis da autogestão:

Primeiro nível : Ações realizadas pelo indivíduo para o cuidado de sua própria saúde (autocuidado).

Segundo nível : Cuidado a nível familiar.

Terceiro nível : Ações das redes sociais (apoio da comunidade).

Quarto nível : O indivíduo solicita ajuda às instituições de saúde.

O papel protagonista dos serviços de atenção básica neste processo de trabalho será decisivo, porque aqui é onde se podem fazer todas as atividades educativas e preventivas à populações, resultado assim na qualidade de vida das comunidades.

Avaliação e monitoramento

Os pacientes serão avaliados durante as consultas, visitas domiciliares, e nos grupos, a partir de suas experiências vividas, aspetos positivos e negativos relacionados ao controle da Hipertensão Arterial.

O monitoramento das atividades será realizado pela a Equipe de Saúde da UBS, as atividades deverão ser feitas semanalmente com uma duração de uma hora e meia, com a participação da equipe de saúde(médico, psicóloga, enfermagem e os ACS).

Em cada encontro serão realizadas perguntas em relação ao encontro anterior, e a avaliação desta estratégia ocorrerá mediante ao preenchimento de um questionário a ser entregue antes e depois da intervenção, com intuito de avaliar o aprendizado dos conteúdos abordados.

5 Resultados Esperados

Com este projeto pretende-se aprimorar o trabalho desenvolvido sobre o cuidado e tratamento dos pacientes hipertensos, promovendo mais qualidade de vida para o paciente e sua família, uma vez que dia a dia, esta doença se faz mais frequente na sociedade. De início pretendem-se demonstrar aos pacientes hipertensos os fatores de risco e as complicações da Hipertensão Arterial Sistêmica, a qual se acredita tenha uma estreita relação com o conhecimento que esse paciente tem de sua enfermidade, assim como a importância do autocuidado ampliando-o também para a sua família.

Em um segundo momento, ocorrerá a avaliação do trabalho realizado que consistirá em uma oportunidade para refletir sobre como se encontram os pacientes após sua integração a um grupo. Nos grupos serão avaliados os temas tratados sobre os cuidados, as vivências, reforçando o conhecimento para com a enfermidade e os problemas identificados, acreditando na diminuição significativa da porcentagem de pacientes descontrolados. Espera-se também diminuir as complicações, obtendo uma melhor qualidade de vida dos pacientes e de sua família, assim como diminuir os gastos para o sistema de saúde. Constituindo um papel primordial o trabalho no grupo formado para o fim traçado.

Referências

- AUBERT, L. et al. Attitudes and practices on hypertension in a country in epidemiological transition. *Hypertension*, v. 31, p. 1136–1145, 1998. Citado 2 vezes nas páginas 13 e 17.
- BRASIL, M. da S. *Cadernos de Atenção Básica: Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: Hipertensão arterial sistêmica*. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Citado na página 17.
- BRASIL, M. de S. *Relatório técnico de campanha nacional de detecção de suspeitos de diabetes mellitus*. Brasília: Ministério de Saúde, 2001. Citado na página 10.
- CARRIJO, D.; OLIVEIRA, C. A. H. da S. Saúde pública: condicionantes sociais da hipertensão arterial sistêmica. seminário internacional de pesquisa em políticas públicas e desenvolvimento social, 1., 2014, franca. anais...franca,: condicionantes sociais da hipertensão arterial sistêmica. *Anais do Seminário Internacional de pesquisa em políticas públicas e desenvolvimento social*, v. 1, p. 1–12, 2014. Citado na página 17.
- FERNANDEZ, A. L. F. et al. *Rev Cubana Med Gen Integr*. 2017. Disponível em: <http://www.bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol20_2_04/mgi07204.htm>. Acesso em: 10 Out. 2017. Citado na página 19.
- IBGE, I. B. de Geografia e E. *Censo Populacional 2010*. 2017. Disponível em: <<http://censo2010.ibge.gov.br/>>. Acesso em: 10 Out. 2017. Citado na página 9.
- MALTA, D. C. et al. Prevalência e fatores associados com hipertensão arterial autorreferida em adultos brasileiros. *Rev. Saúde Pública*, v. 51, n. 1, p. 1–11, 2017. Citado na página 10.
- ROSA, E. C.; PLAVNIK, F. L.; TAVARES, A. Hipertensão arterial sistêmica. *RBM rev. bras. med*, v. 63, n. 12, p. 5–10, 2006. Citado na página 18.
- SBC, S. B. de C. VII diretrizes de hipertensão arterial. *Arq. Bras. Cardiol*, p. 15–15, 2007. Citado 2 vezes nas páginas 11 e 18.
- SBC, S. B. de C. 7ª diretriz brasileira de hipertensão arterial. *Arquivo Brasileiro de Cardiologia*, v. 107, n. 3, p. 1–83, 2016. Citado 2 vezes nas páginas 11 e 17.
- SOUZA, A. C. C. de et al. Qualidade de vida e adesão ao tratamento em hipertensão: revisão sistemática com metanálise. *Revista de Saúde Pública*, v. 50, n. 71, p. 1–14, 2016. Citado na página 11.