



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

Yoendri Gonzalez Ferrer

Educação em saúde aos pacientes hipertensos na área
de abrangência da Unidade de Atenção Primária à
Saúde Familiar Centro em Tunas, PR

Florianópolis, Março de 2018

Yoendri Gonzalez Ferrer

Educação em saúde aos pacientes hipertensos na área de abrangência da Unidade de Atenção Primária à Saúde Familiar Centro em Tunas, PR

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

Orientador: Melisse Eich
Coordenadora do Curso: Profa. Dra. Fátima Büchele

Florianópolis, Março de 2018

Yoendri Gonzalez Ferrer

Educação em saúde aos pacientes hipertensos na área de abrangência da Unidade de Atenção Primária à Saúde Familiar Centro em Tunas, PR

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

Profa. Dra. Fátima Büchele
Coordenadora do Curso

Melisse Eich
Orientador do trabalho

Florianópolis, Março de 2018

Resumo

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) constitui importante fator de risco para complicações cardíacas e cerebrovasculares, sendo considerado um problema de saúde pública. Em praticamente todas as nações, a prevenção e o controle da HAS trazem implicações importantes e a utilização de novas estratégias e abordagens que identifiquem com mais precisão os indivíduos em situação de risco, oferecem benefícios tanto para o indivíduo com hipertensão como para a sociedade. Contudo, por ser uma doença crônica, o controle da HAS requer acompanhamento e tratamento por toda a vida, envolvendo as medidas farmacológicas e não farmacológicas (BRANDÃO; RODRIGUES; CONSOLIM, 2010). Em decorrência disso, o projeto de intervenção busca aumentar a adesão ao tratamento dos pacientes hipertensos, atendidos na área de abrangência da Unidade de Atenção Primária à Saúde Familiar (UAPSF) Centro. Nessa perspectiva, as atividades previstas para o planejamento do projeto de intervenção incluem o cadastro dos pacientes, a distribuição de medicamentos e o atendimento individual ou em grupo mensal com a inclusão das pessoas adultas hipertensas de ambos os sexos. Ao final desse projeto de intervenção se espera um melhor controle da hipertensão arterial sistêmica (HAS) através do rastreamento das pessoas acometidas pela morbidade silenciosa e um aumento na adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso. Para um direcionamento eficiente e eficaz do autocuidado é preciso que se tenha um projeto de intervenção para hipertensos com um maior número de informações e motivação, pois o autocuidado adequado requer interesse e comprometimento dos pacientes hipertensos e da colaboração dos profissionais de saúde, principalmente, dos enfermeiros. Dessa forma, através das oficinas realizadas, almeja-se melhorar os níveis de adesão dos hipertensos no planejamento de seu tratamento, compartilhando as responsabilidades com o paciente e a sua família, ocasionando a participação ativa no tratamento e a realização de mudanças no estilo de vida.

Palavras-chave: Adesão ao tratamento medicamentoso, Atenção à Saúde, Fatores de Risco, Hipertensão, Medicamentos para a Atenção Básica

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

Tunas é um município no estado do Paraná, que iniciou a se desenvolver com o tropeiro paulista Bento José dos Santos, no ano de 1936 permaneceu interessado pela religião e instalou um local chamado pedra y divino em um espaço de pedra conhecido comercialmente por granito tunas. A sede foi base para o exército, que atualmente está sediado no porto união. Dessa forma, iniciou um pequeno povoado.

A propósito, a região possui um clima subtropical, com uma população estimada de 6258 habitantes e uma densidade de 9.36 habitantes, bem como uma área de 668,481 km². Além disso, a economia é baseada basicamente pelas atividades de reflorestamento e corte de madeira. Os municípios limítrofes são Adrianópolis, Cerro Azul e Bocaiúva do Sul. Em relação à religião local é propriamente católica seguida pela assembleia de deus e congregação cristiana.

Todavia, no município estão várias famílias de origem europeia, dentre as quais portuguesas italianas e alemães. Ademais, estão presentes pessoas oriundos de famílias indígenas. Acrescenta-se ainda que, para a realização do cuidado na saúde dos moradores do município, há um hospital para o atendimento de casos de urgência e emergência aos pacientes que não podem ser contemplados no município e são encaminhados via convênio para os hospitais na região.

Somam-se a isto, três equipes de atenção básica de saúde, sendo uma rural e duas urbanas que atua com a comunidade através das ações baseadas na prevenção e promoção de saúde, tais como consultas médicas, visitas domiciliares, grupo de tabagismo, entre outros. É importante destacar a presença de um conselho municipal de saúde e um movimento de idosos.

Por sua vez, cada equipe de atenção básica de saúde é composta por um médico geral, uma enfermeira, uma cirurgiã dentista, um auxiliar odontológico, uma fisioterapeuta e agentes comunitários de saúde. As atividades do serviço social são realizadas pelas assistentes sociais e estagiárias, conforme documento interno elaborado pelas profissionais, sendo desenvolvidas ações em conjunto com a equipe da unidade básica de saúde para o reconhecimento das áreas de risco, atendimento aos usuários acamados, entre outras. Atualmente, cinquenta pessoas são beneficiadas do programa bolsa da família na área de abrangência da unidade básica de saúde. O município oferece duas escolas municipais e uma estatal com ensino fundamental ao médio onde uma escola é de atendimento especial, duas creches, e uma Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE) para crianças com deficiência intelectual e múltipla. Nessa perspectiva a APAE busca proporcionar suporte para a mãe, pois é uma associação de proteção a maternidade e a infância, em geral a população tem ensino fundamental incompleto.

Em relação às condições mínimas de desenvolvimento social para a qualidade de vida

da população é possível verificar que o município tem saneamento básico, bem como coleta de lixo pesado uma vez por semana. As condições de moradia são consideradas regulares, pois as casas muitas vezes são improvisadas com materiais reaproveitados ou de madeira, porém é a solução momentânea de algumas famílias, considerando a baixa disponibilidade financeira para construções de habitações com mais qualidade. Acrescenta-se também a utilização pela população de um transporte coletivo que estabelece comunicação com outras cidades e bairros.

Ao verificar os dados do sistema de informação da atenção básica (SIAB) é possível constatar que a Equipe Estratégia Saúde da Família nº 2 possui cadastrado um total de 2874 pessoas, com predominância do sexo feminino a partir de 1627 mulheres, além de 1247 residentes homens. De acordo a faixa etária se identifica 1493 pessoas com mais de 19 anos, sendo 528 do sexo masculino e 965 do sexo feminino; bem como um total de 925 idosos deles 402 homens e 523 mulheres.

Contudo, nos últimos dois meses foi possível identificar uma prevalência de 9.25% de pacientes com Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e 6.63 % de pacientes com Diabetes *Mellitus* (DM). Nessa perspectiva, os profissionais de saúde da Unidade de Atenção Primária à Saúde Familiar (UAPSF) Centro realizam o acompanhamento de pessoas com Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes *Mellitus*, buscando reduzir os fatores de risco e a morbimortalidade ocasionada por essas doenças e as suas complicações, através da priorização na promoção de melhores hábitos de vida como a alimentação saudável, a prática de exercício físico para enfrentar/evitar a obesidade e o sedentarismo, bem como a prevenção e o diagnóstico precoce para o desenvolvimento de um tratamento terapêutico adequado.

Pode-se dizer que as cinco queixas mais comuns que levaram a população a procurar atendimento foram a hipertensão arterial sistêmica (21,80%); infecção do aparelho respiratório (20,62 %); diabetes *mellitus* (14,30%), gravidez na adolescência (5,12%), pessoas com uso e abuso de pifarmacos (3,33%).

Atualmente, todas as atividades são programadas com vagas para pacientes hipertensos, diabéticos, idosos e outros grupos prioritários, sendo realizada visita domiciliar semanal aos pacientes acamados e com doenças crônicas com limitação da mobilidade. Em quanto à saúde materna infantil e as relação com o DM foi apresentado um número absoluto de óbitos em menores de um ano em 2015 de um; a proporção de crianças com até um ano de vida com esquema vacinal em dia no último mês foi de 89 %; a proporção de gestantes que tiveram sete ou mais consultas durante o pré-natal em 2015 constatou-se em 81%.

Antes de tudo, o acompanhamento de saúde materno infantil na área de abrangência da Unidade de Atenção Primária à Saúde Familiar (UAPSF) Centro é considerado estável, pois há a presença de um especialista em obstetrícia. Assim, as grávidas são avaliadas por um médico geral e um obstetra e nos casos em que as gestantes não realizaram sete ou

mais consultas durante o pré-natal é necessário destacar os atendimentos por especialistas privados e abortamentos. Em suma, é preciso acompanhar o recém-nascido e a puérpera na primeira semana após o parto, incluindo avaliação da mulher e do recém-nascido; proporcionando orientação e apoio ao aleitamento materno; vacinas para a puérpera e o recém-nascido; teste do pezinho; orientação para contracepção, planejamento familiar e ações educativas.

É indispensável considerar que as cinco principais causas de morte dos residentes na área de abrangência da Unidade de Atenção Primária à Saúde Familiar (UAPSF) Centro em 2015 foram as doenças cardiovasculares (24,7%), as neoplasias malignas (19,8%), as doenças respiratórias (17,6%), as doenças cérebro vasculares (10,22%) e a morte por acidentes (3,04%). As cinco principais causas de internação em 2015 dos idosos residentes na região de abrangência da equipe foram a hipertensão arterial descompensada (30,8%); as pneumonias e broncopneumonias (31,2%), infarto do miocárdico (14,5%), diabetes *mellitus* descompensada (10,04%) e doenças do sistema osteomioarticular (3,12%), bem como muitos casos de gripe estão aparecendo essencialmente em crianças.

A partir dessas constatações apresentadas foram elencados, a seguir, os problemas em ordem decrescente de prioridade.

1. Número elevado de pacientes acometidos pela hipertensão arterial sistêmica;
2. Um crescente número de pacientes com infecção do aparelho respiratório;
3. Alto número de pacientes com diabetes *mellitus*;
4. Gravidez na adolescência;
5. Número elevado de pacientes com uso e abuso de psicofármacos.

Para estabelecer a ordem de prioridades para os problemas encontrados, a equipe de saúde utilizou o Método CENDES-OPAS, que está embasado nos critérios a seguir.

1. A magnitude que é relacionada com o tamanho do problema. Quantas pessoas são atingidas e com qual frequência
2. A transcendência que se trata da importância do problema. Quanto mais gente se interessa, maior transcendência e importância tem o problema;
3. A vulnerabilidade considera o grau de fragilidade que um problema tem quando se desenvolvem as intervenções possíveis com a tecnologia disponível. Quanto mais fácil é a possibilidade de um problema ser resolvido ou diminuído por meio de uma intervenção, mais vulnerável ele é;
4. Os custos são referentes à quantidade de recursos que precisam ser disponibilizados para solucionar o problema (LACERDA; BOTELHO; COLUSSI, 2014).

Ao analisar esses critérios, a partir de um debate com o grupo envolvido no planejamento, constatou-se que o somatório classificou o grau de prioridade dos problemas, segundo a avaliação técnica. O propósito fundamental foi o diagnóstico da situação de saúde, ademais de permitir adotar um plano de intervenções que, perspectivamente como medidas específicas e a prazos determinados, permitiria um melhoramento do estado de

saúde da comunidade.

Convém ainda lembrar que muitos pacientes procuram a unidade básica de saúde com diversas queixas não relacionadas à HAS, entretanto no momento de aferição da pressão arterial se constata níveis pressóricos elevados. Ainda, é preciso destacar que as causas mais frequentes relacionadas ao problema estão hábitos alimentares inadequados, o estresse, muitos pacientes são fumantes, o consumo de medicamentos que a longo prazo podem influenciar na elevação pressão arterial, pouca informação e educação insuficiente sobre a hipertensão arterial sistêmicas e seus fatores de risco, tais como a obesidade e o sedentarismo.

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) está constituindo um grande problema de saúde em nações industrializadas devido à prevalência e associação com o aumento do risco de desenvolvimento de doenças cardiovasculares. A HAS é diagnosticada em adultos, quando se detecta médias de duas ou mais mensurações de pressão arterial, onde pelo menos duas ocasiões distintas a pressão arterial sistólica está igual/maior que 140 *mmHg* e a diastólica igual/maior que 90 *mmHg* (RODRIGUES *et al.*, 2010).

Ainda, a hipertensão arterial sistêmica é um importante fator de risco para as doenças decorrentes de aterosclerose e trombose, que se exteriorizam, predominantemente, por acometimento cardíaco, cerebral, renal e vascular periférico. 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.

Dessa forma, é preciso enfrentar a doença hipertensiva com compartilhamento de informações entre profissionais de saúde e pacientes, pois em parte o seu curso é assintomática com diagnóstico e tratamento negligenciado. Em decorrência disso, ocorre uma baixa adesão por parte do paciente ao tratamento terapêutico prescrito, tais como dificuldade em realizar mudanças nos estilos de vida, que são de fundamental importância no processo terapêutico e na prevenção da doença.

2 Objetivos

2.1 Objetivo Geral

Aumentar a adesão ao tratamento dos pacientes hipertensos, atendidos na área de abrangência da Unidade de Atenção Primária à Saúde Familiar (UAPSF) Centro.

2.2 Objetivos Específicos

- 1) Identificar os hábitos alimentares dos pacientes acometidos pela doença Hipertensão Arterial Sistêmica na área de abrangência da Unidade de Atenção Primária à Saúde Familiar (UAPSF) Centro;
- 2) Levantar os fatores de riscos comportamentais a saúde dos hipertensos na área de abrangência da Unidade de Atenção Primária à Saúde Familiar (UAPSF) Centro;
- 3) Verificar os fatores de risco modificáveis ou não modificáveis que se apresentam aos pacientes hipertensos;
- 4) Desenvolver atividades de educação em saúde relacionados à Hipertensão Arterial Sistêmica.

3 Revisão da Literatura

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial (PA), que se associa frequentemente a alterações funcionais e/ou estruturais em órgãos-alvo tais como o coração, o cérebro, os rins, os vasos sanguíneos e a alterações metabólicas, aumentando o risco de eventos cardiovasculares fatais e não-fatais. De acordo com as VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão (2010), a pressão arterial ótima é aquela igual a 120/80 *mmHg*; a normal é aquela igual a 130/85 *mmHg* e a limítrofe igual a 130-139/ 85-89 *mmHg*. Quando a pressão arterial se encontra acima de 140/90 *mmHg* pode-se considerar um estado de Hipertensão Arterial Sistêmica (BRANDÃO; RODRIGUES; CONSOLIM, 2010).

É essencial a realização da investigação clínico-laboratorial ao paciente hipertenso para confirmar a elevação da pressão arterial e definir o diagnóstico, bem como avaliar a presença de lesões em órgãos-alvo. Além disso, é necessário identificar os fatores de risco para as doenças cardiovasculares, seguindo as seguintes etapas: história clínica, exame físico, avaliação laboratorial inicial do paciente hipertenso (SILVA; CARVALHO; LUIZ, 2006).

Todavia, os critérios diagnósticos para hipertensão arterial sistêmica no consultório, precisa ser definido pelo valor médio entre duas mensurações da pressão arterial (PA), realizadas no mínimo em duas consultas ou monitorização residencial da pressão arterial (MRPA) com níveis pressóricos superiores ou iguais a 140 x 90 *mmHg* (DUARTE; FARIA; NAKAOKA, 2014).

Por sua vez, a maioria dos casos de hipertensão arterial sistêmica (HAS) não apresenta uma causa facilmente identificável, sendo conhecida como hipertensão essencial. Uma pequena proporção dos casos de hipertensão arterial é devida a causas muito bem estabelecidas, que precisam ser devidamente diagnosticadas, uma vez que, com a remoção do agente etiológico, é possível controlar ou curar a hipertensão arterial. É a chamada hipertensão secundária.

Em relação a atenção básica, a equipe de saúde deve estar preparada para diagnosticar, orientar e tratar os casos de hipertensão essencial, que são a maioria. Por outro lado, os casos suspeitos de hipertensão secundária deverão ser encaminhados à especialistas. As causas de hipertensão secundária estão relacionadas com as doenças parenquimatosas renais (glomerulopatia, pielonefrite crônica, rins policísticos, nefropatia de refluxo), as renovasculares (aterosclerose, hiperplasia fibromuscular, poliarterite nodosa), as endócrinas (acromegalia, hipotireoidismo, hipertireoidismo, hiperparatireoidismo, hiperaldosteronismo primário, síndrome *Cushing*, hiperplasia adrenal, feocromocitoma, uso de hormônios exógenos), a coarctação de aorta, a hipertensão gestacional. Além disso, os fatores neurológicos como o aumento de pressão intra-craniana, apnea do sono, quadriplegia,

porfiria aguda, disautonomia familiar, bem como estresse agudo (cirurgia, hipoglicemia, queimadura, abstinência alcoólica, pos-parada cardíaca, perioperatório) podem ocasionar a hipertensão arterial que, necessariamente, precisa de um detalhamento do quadro clínico e acompanhamento com especialistas (SILVA; CARVALHO; LUIZ, 2006).

Em decorrência disso, os achados clínicos sugestivos de hipertensão secundária estão compreendidos com potássio sérico inferior a 3,5 meq./-1, na ausência de tratamento com diuréticos; proteinúria, hematúria, elevação da creatinina, sopro abdominal, má resposta ao tratamento terapêutico iniciado, ausência de história familiar, início abrupto e grave de hipertensão, com retinopatia severa, hematúria e perda de função renal (HAS acelerada ou maligna) com pressão arterial mais baixa nos membros inferiores e acentuada oscilação de pressão arterial, acompanhada de rubor facial, sudorese e taquicardia paroxística, bem como início súbito de hipertensão após os 55 anos de idade ou antes dos 30 anos (SILVA; CARVALHO; LUIZ, 2006).

Pode-se dizer que os fatores de risco tais como idade, sexo, condições socioeconômicas, obesidade, sedentarismo e consumo de sal influenciam o desenvolvimento da hipertensão arterial sistêmica na população brasileira. Por sua vez, o risco relativo de desenvolver doença cardiovascular associado ao aumento da pressão arterial não diminui com o avanço da idade, sendo que o risco absoluto aumenta marcadamente. Em relação ao sexo feminino e masculino, estimativas globais sugerem taxas de hipertensão mais elevadas para homens até os 50 anos e para mulheres a partir da sexta década (ESTEVES; SANTOS; GORDAN, 2007).

Nessa perspectiva, o nível socioeconômico mais baixo está associado a maior prevalência de hipertensão arterial e de fatores de risco para elevação da pressão arterial, além de maior risco de lesão em órgãos alvo e eventos cardiovasculares. Os hábitos dietéticos, incluindo consumo de sal e ingestão de álcool, índice de massa corpórea aumentado, estresse psicossocial, menor acesso aos cuidados de saúde e nível educacional são possíveis fatores associados. O excesso de consumo de sódio contribui para a ocorrência de hipertensão arterial, pois a relação entre aumento da pressão arterial e avanço da idade é maior em populações com alta ingestão de sal (ESTEVES; SANTOS; GORDAN, 2007).

Outro fator predisponente para a hipertensão é o excesso de massa corporal, podendo ser responsável por 20% a 30% dos casos de hipertensão arterial; 75% dos homens e 65% das mulheres apresentam hipertensão diretamente atribuível a sobrepeso e obesidade. Apesar do ganho de peso estar fortemente associado com o aumento da pressão arterial, nem todos os indivíduos obesos tornam-se hipertensos. Estudos observacionais mostraram que ganho de peso e aumento da circunferência da cintura são índices prognósticos importantes de hipertensão arterial, sendo a obesidade central um importante indicador de risco cardiovascular aumentado (ESTEVES; SANTOS; GORDAN, 2007).

Se por um lado o consumo elevado de bebidas alcoólicas como cerveja, vinho e destilados aumenta a pressão arterial, sendo que o efeito varia com o gênero e a magnitude está

associada à quantidade de etanol e à frequência de ingestão. Por outro lado, o sedentarismo aumenta a incidência de hipertensão arterial, pois indivíduos sedentários apresentam risco aproximado 30% maior de desenvolver hipertensão que os ativos. O exercício aeróbio apresenta efeito hipotensor maior em indivíduos hipertensos que normotensos (ESTEVES; SANTOS; GORDAN, 2007).

Todavia, a presença de fatores de risco cardiovascular ocorre mais comumente na forma combinada. Além da predisposição genética, fatores ambientais podem contribuir para uma agregação de fatores de risco cardiovascular em famílias com estilo de vida pouco saudável. Em amostras da nossa população, a combinação de fatores de risco entre indivíduos hipertensos parece variar com a idade, predominando a inatividade física, o sobrepeso, a hiperglicemia e a dislipidemia.

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) constitui importante fator de risco para complicações cardíacas e cerebrovasculares, sendo considerada um problema de saúde pública em âmbito mundial. Em 2000, a prevalência da HAS na população mundial era de 25% e a estimativa para o ano de 2025 é de 29%. Estudos realizados no Brasil revelaram que a prevalência da hipertensão variou entre 22,3 e 43,9%, com média de 32,5%. Em praticamente todas as nações, a prevenção e o controle da HAS trazem implicações importantes e a utilização de novas estratégias e abordagens que identifiquem com mais precisão os indivíduos em situação de risco, oferecem benefícios tanto para o indivíduo com hipertensão como para a sociedade. Contudo, por ser uma doença crônica, o controle da HAS requer acompanhamento e tratamento por toda a vida, envolvendo as medidas farmacológicas e não farmacológicas (BRANDÃO; RODRIGUES; CONSOLIM, 2010).

Ao afirmar que níveis pressóricos elevados são responsáveis por um problema grave de saúde pública no Brasil e no mundo necessariamente se destaca que é um fator de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais, bem como a causa de pelo menos 40% das mortes por acidente vascular cerebral, por 25% das mortes por doença arterial coronariana e, em combinação com o diabetes *mellitus*, 50% dos casos de insuficiência renal terminal (SILVA; CARVALHO; LUIZ, 2006).

Sabe-se que os profissionais de saúde da rede básica têm importância primordial nas estratégias de controle da hipertensão arterial, quer na definição do diagnóstico clínico e da conduta terapêutica, quer nos esforços requeridos para informar e educar o paciente hipertenso como de fazê-lo seguir o tratamento. É essencial a manutenção da motivação do paciente em não abandonar o tratamento, sendo talvez uma das metas mais difíceis que os profissionais de saúde enfrentam em relação ao paciente hipertenso, pois muitos apresentam outras comorbidades, como diabetes *mellitus*, dislipidemia e obesidade, o que traz implicações importantes em termos de gerenciamento das ações terapêuticas necessárias para o controle de um aglomerado de condições crônicas, cujo tratamento exige perseverança, motivação e educação continuada (SILVA; CARVALHO; LUIZ, 2006).

No ano de 2011, a taxa de mortalidade por doenças cardio e cerebrovasculares, na faixa

etária de 0 a 69 anos de idade, foi de 78,04/100.000 habitantes no Paraná. De acordo com a publicação Saúde Brasil 2012, 2.278.340 indivíduos realizaram diagnóstico, atendimento ou procedimento na especialidade de cardiologia entre 2008 e 2012. No Paraná, a frequência de internamentos por HAS apresentou redução entre 2008 e 2011. No ano de 2011, ocorreram 6.185 internações por HAS, representando 0,8% de todos os internamentos nesse ano (LANGOWISKI; TROMPCZYNSKI, 2014).

A equipe Estratégia Saúde da Família (ESF) prioriza as ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde das pessoas, de forma integral, contínua, e essas ações são desenvolvidas por meio de uma equipe mínima composta pelo médico, enfermeiro, auxiliar ou técnico em enfermagem e agentes comunitários de saúde mediante o tratamento da hipertensão arterial sistêmica, sendo pautado nas modificações do estilo de vida e no tratamento medicamentoso.

Sobre a importância da prática de atividade física Bundchen et al. (2013) realizou experimento com grupo de paciente hipertensos, sedentários e sob tratamento farmacológico, com o objetivo de demonstrar que a prática de atividade física seria suficiente para manter os níveis pressóricos sob controle. Ao final do estudo os autores encontraram que os pacientes que foram submetidos à intervenção da atividade física mantiveram os níveis pressóricos semelhantes ao grupo controle, submetido ao tratamento farmacológico. Além da avaliação do impacto nos níveis pressóricos Bundchen et al. (2013) avaliou a qualidade de vida dos pacientes e notou que o grupo que sofreu intervenção com exercício físico regular, apresentou melhor qualidade de vida relacionada a saúde tanto emocional como física, bem como, utilizavam menos fármacos. A atividade física pode ser utilizada como forma de controle da pressão arterial, não só pela redução dos riscos cardiovasculares, como também por demonstrar pacientes com hipertensão que são fisicamente ativos apresentam-se melhores do ponto de vista físico e mental (DUARTE; FARIA; NAKAOKA, 2014).

Ainda se tratando do exercício físico Rondon & Brum (2003) destacam que diversos estudos têm demonstrado que o treinamento físico aeróbio provoca alterações autonômicas e hemodinâmicas que influenciam o sistema cardiovascular, provocando importante efeito hipotensor. O treinamento físico levaria a alterações na resistência vascular periférica, diminuição da atividade nervosa simpática e aumento da sensibilidade barorreflexa. Contudo, conforme destacam as autoras, somente 75% dos pacientes são responsivos ao treinamento físico, devendo haver atenção à prescrição dessa prática à pacientes hipertensos (DUARTE; FARIA; NAKAOKA, 2014).

Sobre a mudança dos hábitos alimentares a pesquisa conduzida por Oliveira et al. (2012) em pacientes hipertensos do município de Recife-PE, revelou que 86% dos pacientes ao serem diagnosticados com hipertensão arterial sistêmica mudaram seus hábitos, porém somente cerca de 30% dos pesquisados citaram a redução da ingestão de sal. Conforme apontam os autores, o aumento do consumo de sal é importante fator de risco cardiovascular em hipertensos, sendo necessário um aumento na conscientização dos indi-

víduos na construção de uma vida saudável, por meio da adoção de hábitos alimentares mais adequados, associado à prática de atividade física regular (DUARTE; FARIA; NAKAOKA, 2014).

Assim, ao atuar como profissional de saúde na área de abrangência da unidade básica foi possível constatar muitos pacientes em consultas diárias para o diagnóstico e tratamento da HAS e DM e com a finalidade de melhorar o atendimento e a qualidade de vida dos moradores, ressaltando a prevenção para diminuir as complicações e melhorar o controle dessas doenças crônicas desenvolvi esse plano de intervenção.

4 Metodologia

A proposta será desenvolvida na área de abrangência da unidade básica de saúde, que abrange a Colônia Marques de Abrante, situada no município de Tunas, Paraná.

É importante ressaltar que a área de abrangência da unidade básica de saúde é responsável pela cobertura de 343 famílias cadastradas, com 1195 pessoas, total de mulheres 564 que representa o 47,2% da população e 631 homens que representa o 52,8 % da população. O território está distribuído em cinco microáreas, contendo 68 hipertensos cadastrados. Dentre as pessoas hipertensas que estão cadastradas são 41 (60,3%) do sexo feminino e 27 (39,7%) do sexo masculino.

Assim, as atividades previstas para o planejamento do projeto de intervenção incluem o cadastro dos pacientes, a distribuição de medicamentos e o atendimento individual ou em grupo mensal.

Nessa perspectiva, serão incluídas as pessoas adultas hipertensas de ambos os sexos, sendo a maioria com idade superior a 50 anos, de diferentes crenças religiosas e situações conjugais.

Das doenças crônicas a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é a de maior ocorrência, e é considerada um dos principais fatores de risco das doenças cardiovasculares, das doenças vascular cerebral (AVC), infarto agudo do miocárdio (IAM) e afecções renais. Entretanto, é possível reduzir mais do 50% dos óbitos decorrentes da HAS, se houver estratégias para enfrentar os principais fatores de risco, pois os portadores de hipertensão enfrentam mudanças no estilo de vida e têm de incorporar a ideia de conviver com a doença, que para ser controlada, precisa da adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso.

A educação em saúde pode e deve ser aplicada em qualquer ambiente onde são executadas as atividades profissionais de cuidado; como enfermarias, consultórios, salas de aula, grupo terapêutico, unidades de saúde, salas de espera e outros, desde que tenha um propósito e ambiente propício.

Para a seleção dos participantes será seguido os seguintes critérios de inclusão.

Tabela 1 – Critérios de inclusão para a seleção dos participantes.

1- Pacientes de ambos os sexos.
2- Diagnóstico médico de Hipertensão Arterial Sistêmica.
3- Cadastro e acompanhamento no HIPERDIA.
4- As pessoas estarem conscientes e orientadas.
5- Adultos acima de 18 anos.
6- Interesse das pessoas em participar do projeto de intervenção.

Tabela 2 – Critérios de exclusão para a seleção dos participantes.

1- Pacientes com idade inferior a 18 anos.
2- Pessoas desorientadas e sem discernimento.
3- Pessoas com recusa de participar no projeto de intervenção.

Tabela 3 – Temáticas para serem abordadas nas oficinas.

1) Hipertensão: conceito, ocorrência e consequências.
2) Dieta hipossódica.
3) Influência da obesidade.
4) Álcool e tabagismo.
5) Atividade física.
6) Fatores de risco cardiovasculares.
7) Prevenção e tratamento medicamentoso e não medicamentoso e uso correto de medicação prescrita.

Todavia, os critérios de exclusão a serem considerados estão elencados a seguir.

Contudo, os instrumentos necessários para obterem os dados da investigação foram os prontuários dos pacientes, a entrevista durante o atendimento médico, consulta ao Sistema de Informações na Atenção Básica (SIAB). A intervenção será realizada aferindo a pressão arterial a todos os adultos acima de 18, embora não tenha sintoma de HAS.

Além disso, por meio de oficinas temáticas com os hipertensos cadastrados e acompanhados serão abordadas temáticas relacionadas à doença com a apresentação de oficinas para levar ao público-alvo informações essenciais sobre a hipertensão arterial, objetivando explicar a sua condição fisiopatológica e conscientizar a adesão ao tratamento anti-hipertensivo e a adoção de estilos de vida mais saudáveis.

As oficinas serão realizadas mensalmente com os seguintes temas.

Em relação ao material necessário para o desenvolvimento das ações será preciso retroprojeter; transparências; cartazes informativos a respeito da hipertensão, suas causas e complicações; painéis com fotos ilustrativas; dinâmicas de grupo; apresentação dos principais grupos alimentícios relacionados com o problema da hipertensão arterial sistêmica e esfigmomanômetro e estetoscópio próprios.

5 Resultados Esperados

Ao final desse projeto de intervenção se espera um melhor controle da hipertensão arterial sistêmica (HAS) através do rastreamento das pessoas acometidas pela morbidade silenciosa e um aumento na adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso.

Para um direcionamento eficiente e eficaz do autocuidado é preciso que se tenha um projeto de intervenção para hipertensos com um maior número de informações e motivação, pois o autocuidado adequado requer interesse e comprometimento dos pacientes hipertensos e da colaboração dos profissionais de saúde, principalmente, dos enfermeiros.

Contudo, é possível identificar que um dos maiores desafios é entender as necessidades de educação à saúde como componente especial e essencial do cuidado, estando relacionada à promoção, manutenção e restauração da saúde.

Dessa forma, através das oficinas realizadas, almeja-se melhorar os níveis de adesão dos hipertensos no planejamento de seu tratamento, compartilhando as responsabilidades com o paciente e a sua família, ocasionando a participação ativa no tratamento e a realização de mudanças no estilo de vida.

Referências

- BRANDÃO, A. A.; RODRIGUES, C. I. S.; CONSOLIM, F. *VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão*. Rio de Janeiro: celso amodeo, 2010. Citado 3 vezes nas páginas 5, 15 e 17.
- DUARTE, O. D. O.; FARIA, R. D. C.; NAKAOKA, V. Y. Tratamento ambulatorial da hipertensão arterial sistêmica – revisão de literatura. *Revista UNINGÁ Review*, p. 1–8, 2014. Citado 2 vezes nas páginas 15 e 18.
- ESTEVEES, J. P.; SANTOS, R. A. S. dos; GORDAN, P. *V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial: V diretrizes brasileiras de hipertensão arterial*. São Paulo Sept: Décio Mion Jr, 2007. Citado na página 16.
- LACERDA, J. T. de; BOTELHO, L. J.; COLUSSI, C. F. *Planejamento na atenção básica*: [recurso eletrônico]. 2014. Disponível em: <<https://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/1167>>. Acesso em: 14 Out. 2017. Citado na página 11.
- LANGOWISKI, A. R.; TROMPCZYNSKI, J. Paraná. secretaria de estado da saúde do paraná. superintendência de aten o   saúde. ... prevalência da hipertensão arterial sistêmica. a hipertensão arterial sistêmica (has)   um problema grave de saúde pública no brasil e: Linha guia de hipertensão arterial. *Curitiba: SESA, 2014.*, p. 1–65, 2014. Citado na página 18.
- RODRIGUES, C. I. S. et al. Diagnóstico e classifica o. *Jornal Brasileiro de Nefrologia*, v. 32, n. 1, p. 5–13, 2010. Citado na página 12.
- SILVA, A. J. M.; CARVALHO, A. P. de; LUIZ, A. *caderno de aten o basica n.15: hipertensão arterial sistematica*. brasilia: Editora MS – OS 2006/0638, 2006. Citado 3 vezes nas páginas 15, 16 e 17.