



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

Yudit Figueredo Aguilar

Educação em saúde aos usuários hipertensos da área de
abrangência da Unidade Básica de Saúde Treviso, em
Santa Catarina

Florianópolis, Março de 2018

Yudit Figueredo Aguilar

Educação em saúde aos usuários hipertensos da área de abrangência da Unidade Básica de Saúde Treviso, em Santa Catarina

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

Yudit Figueredo Aguilar

Educação em saúde aos usuários hipertensos da área de abrangência da Unidade Básica de Saúde Treviso, em Santa Catarina

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) é uma das doenças de maior prevalência no Brasil. Além da magnitude, trata-se de doença de relativa gravidade, em decorrência de sua cronicidade e de sua evolução para lesões de órgãos alvos, especialmente as cardiopatias, arteriopatias e doença renal. Na área de abrangência em que desenvolvo as atividades como profissional de saúde, a HAS constitui um problema de saúde, predominando alguns fatores de riscos como a obesidade, hábitos alimentares inadequados e abandono do tratamento. Desta forma, o objetivo desse projeto de intervenção é elaborar um plano de ações de promoção em saúde para melhorar a qualidade de vida dos pacientes hipertensos cadastrados na área de abrangência da Unidade Básica de Treviso. Inicialmente serão identificadas as pessoas hipertensas acima de 18 anos, através do sistema informatizado e dos dados coletados pelas agentes comunitárias de saúde, enfermeiro e médico, para assim, direcionar as ações preventivas. Uma vez que os pacientes selecionados aceitem participar do projeto, será aplicado um questionário inicial para conhecer alguns dados gerais de aspectos biopsicossociais e o grau de conhecimento dos pacientes. Será realizada uma classificação da população com HAS em grupos de risco para realizar uma atenção individualizada, segundo a necessidade de cada caso. As mudanças relacionadas aos fatores de risco na população com HAS, tais como a alimentação não saudável, o sedentarismo, o tabagismo e o consumo de álcool serão alcançadas através da atuação contínua em palestras, orientações em consultas e visitas domiciliares. Dessa forma esperamos, com a aplicação deste plano de intervenção, que os pacientes hipertensos adquiram um maior conhecimento sobre a doença e realizem mudanças nos hábitos e estilos de vida, diminuindo as complicações e melhorando a qualidade de vida.

Palavras-chave: Educação Alimentar e Nutricional, Educação em Saúde, Estilo de Vida, Hipertensão, Promoção da Saúde

Sumário

1	INTRODUÇÃO	9
2	OBJETIVOS	13
2.1	Objetivo Geral	13
2.2	Objetivos Específicos	13
3	REVISÃO DA LITERATURA	15
4	METODOLOGIA	19
5	RESULTADOS ESPERADOS	21
	REFERÊNCIAS	23

1 Introdução

As famílias que vieram da Itália para o Brasil na cidade de Treviso em Santa Catarina, saíram da região norte em cidades como Veneza, Belluno, Treviso, Bergamo, Cremona, Ferrara e Udine. A Itália estava bastante afetada por uma grande crise econômica que facilitou a imigração para o sul do Estado de Santa Catarina. Ao se instalarem na Nova Treviso, esses imigrantes se dedicaram à pequena agricultura, a fim de pagarem o valor do lote e as ferramentas para o trabalho no campo. Após Ângelo Bianchin e a data-marco de 18 de julho de 1891 para os primórdios da colonização do futuro município de Treviso, segue-se a chegada de mais um imigrante solitário, Lorenzo Ferrari, em 18 de setembro, em seguida chegou aproximadamente 182 famílias. Depois desse grupo, se estabeleceriam mais famílias, em 18 de dezembro de 1891, em Rio Ferrero.

A partir daí, outros imigrantes chegam, em números e datas esporádicas, desde 1892 até 1898. Na região, em 1822, havia sido descoberto carvão mineral em Santa Catarina, na serra do Rio do Rastro e em 1876 Felisberto Caldeira Brant, o Visconde de Barbacena, iniciava a mineração no estado. Na década de 1940 se instala na vizinha Belluno (hoje Siderópolis), a Companhia Siderúrgica Nacional (CSN), extraíndo carvão a céu aberto através da Mario, uma gigantesca escavadora importada dos Estados Unidos da América (EUA). Em 1901, o Núcleo de Nova Treviso passou a integrar o município de Urussanga e em 1926, foi elevada a condição de Distrito de paz de Treviso, através de um projeto de lei.

Em abril de 1994 criou-se uma comissão de emancipação, para que o distrito se tornasse um município, independente de Siderópolis. Após o plebiscito de 19 de março de 1995, a lei n.9.864, de 8 de julho de 1995, foi instituído o município de Treviso, sendo sua emancipação concretizada pelo então governador José Augusto Helose em evento oficial na Igreja Matriz Santo Alexandre.

Atualmente, a cidade possui uma população de aproximadamente 3.600 habitantes, sendo a maioria descendente de italianos. Além disso, a economia de Treviso é baseada na extração de carvão, que é responsável pela maioria dos empregos e é o único setor industrial da cidade. Há também a agricultura, com o cultivo de milho, mandioca, fumo, feijão e banana, e também a produção de carnes, frangos e suínos. A agricultura de subsistência é muito praticada, devido à maioria de a população estar localizada na zona rural.

Por ficar localizada no costão da serra, Treviso dispõe de belíssimas paisagens naturais, onde podem ser praticado o turismo ecológico e alguns esportes radicais. Ainda há a tradicional Festa do Colono, realizada todo ano com shows nacionais e comidas típicas da cultura italiana.

Por sua vez, na comunidade de Treviso existem duas escolas públicas de ensino fundamental com 948 alunos matriculados. Em relação à saúde, a cidade tem três unidades

básicas de saúde com equipes Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). Na localidade existe uma igreja matriz católica e igrejas evangélicas e espíritas. Os espaços de lazer são o ginásio municipal para as atividades esportivas com fins recreativos, bem como a praça municipal. Outros lugares de lazer são as pizzarias e lanchonetes existentes no município.

Todavia, o município se encontra dentro da conhecida região carbonífera do sul e a exploração deste recurso leva a transformações do ambiente local com efeitos a longo, médio e curto prazo. Atualmente, os primeiros impactos afetaram as fontes hídricas e a floresta, bem como o solo e o ar, repercutindo nas condições de saúde dos moradores locais.

Contudo, Treviso é um município com alto índice de desenvolvimento humano, com incidência de pobreza que atinge pouco mais de 15 % da sua população. A pobreza absoluta é medida a partir de critérios definidos por especialistas que analisam a capacidade de consumo das pessoas, sendo considerando pobre aquele que não consegue acesso a uma cesta alimentar e a bens mínimos necessários para sua sobrevivência. Para contribuir com estas famílias de baixa renda, tem se colocado em prática sua inclusão em programas sociais, tais como bolsa família, que é o mais reconhecido, mas existem outras estratégias construídas pela iniciativa das autoridades municipais.

O município conseguiu melhorar seu desempenho frente a diversos indicadores para a Educação, neste sentido a redução da taxa do analfabetismo. É importante destacar que as pessoas analfabetas representam 9% do total da população com 44,1 % das pessoas com menos de quatro anos de estudo, sendo que o restante apresenta nível superior.

Os recursos naturais na cidade é a mineração e a madeireira que compõem muito a economia da comunidade, contribuindo para melhorar a situação do município.

A população total acompanhada pela equipe de saúde em que atuou é 3585 usuários, sendo 1812 do sexo masculino correspondendo a 50,34%, e 1778 do sexo feminino correspondendo a 48,59%, distribuídos da seguinte forma: menores de 20 anos 969 (45,31%); entre 20 e 59 anos temos um total de 2161 (68,46%) pessoas; maior de 60 anos 455 (9,21%) pessoas.

Em nossa área de abrangência temos 300 usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e 158 pessoas com Diabetes Mellitus (DM), sendo a prevalência de HAS de 45,7% a cada 100 habitantes, e de DM de 19,7% a cada 100 habitantes, no ano 2016. A equipe de saúde realiza acompanhamento de pessoas com doenças crônicas não transmissíveis e transmissíveis, assim como outras doenças, trabalhando em ações de prevenção e promoção de possíveis complicações através de consultas médicas e de enfermagem, grupo educativo mensal (HIPERDIA) e encontros com profissionais do NASF, contribuindo desta forma para a melhora do nível de vida das pessoas.

Em relação aos usuários acompanhados é possível destacar que a procura pela unidade de saúde vem principalmente por demanda espontânea, retorno de hospital cirúrgico,

de maternidade, de hospitais pediátricos. Desta forma, contamos com um programa de atendimento bem estruturado, dando prioridade às urgências, grupos de risco como hipertensos, diabéticos, gestantes, idosos e menores de um ano. Também uma vez por semana no período da manhã é realizada visita domiciliar para acamados e outros casos necessários de atendimento pela equipe de saúde.

Se por um lado, as queixas mais comuns pelos usuários cadastrados na unidade básica de saúde, durante o ano 2016 foram as otites, amigdalites, vômitos, diarreias e doenças respiratórias, correspondendo a 58% do total da população. Por outro lado, as doenças e agravos mais comuns foram as doenças cardiovasculares descompensadas, diabetes *mellitus* descompensada, hipercolesterolêmica, doenças respiratórias agudas e depressões, vinculadas algumas destas com o abandono do tratamento de base, hábitos alimentícios inadequados, obesidade, sedentarismo que são os principais fatores de risco das doenças cardiovasculares.

As cinco principais causas de morte dos residentes no ano de 2016 são parada cardiorrespiratória, infarto agudo do miocárdio, neoplasia, doenças do aparelho digestivo e causas externas como acidentes automobilísticos. Além disso, as cinco causas de internação dos idosos é possível constatar infecção urinária, pneumonia, neoplasia, demência e depressão.

Entretanto, é preciso considerar que a hipertensão arterial sistêmica é a doença de maior prevalência no Brasil. Com o critério atual de diagnóstico de hipertensão arterial (PA 140/90 mmHg), a prevalência na população urbana adulta brasileira varia de 22,3% a 43,9%, dependendo da cidade em que o estudo foi conduzido.

Além da magnitude, trata-se de doença de relativa gravidade, em decorrência de sua cronicidade e de sua evolução para lesões de órgãos alvos, especialmente as cardiopatias, arteriopatias e doença renal. A contribuição para eventos cerebrovasculares e cardiopatia hipertensiva implica a hipertensão na causalidade das duas principais causas de morte na maioria dos países: as doenças coronarianas e as doenças cerebrovasculares.

Segundo a Organização Mundial de Saúde, a nível global a hipertensão arterial atinge mais de 20% da população e encontra-se em crescimento na maioria dos países. É responsável por 7,1 milhões de mortes, correspondendo a 13%. O perfil alimentar predominantemente industrializado, com excesso de sal, de gorduras animais e o aumento da obesidade vêm aumentando as taxas de hipertensão arterial. Acresce-se a isto a tendência a padrões de vida e trabalho sedentários e uma crescente demanda de tempo e insatisfações geradores de estresse, dois outros fatores de risco importantes para a doença. O tabagismo e o alcoolismo agregam-se a estas condições na gênese da enfermidade. Não obstante, a maioria destes fatores de risco é evitável ou no mínimo controláveis.

Em sociedades industrializadas a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é quase que uma constante, predominando entre os homens de menor idade e entre as mulheres mais velhas, aumentando com a idade em ambos os sexos, mais frequente entre populações de menor renda e menor nível de escolaridade. Na área de abrangência em que atuo a HAS

se encontra abaixo da prevalência da estimativa nacional, mas constitui um problema de saúde já que existem fatores de riscos elementares nestes usuários, como a obesidade devido a hábitos alimentares inadequados, o abandono do tratamento, entre outros. Assim, para prevenir complicações futuras aos usuários acometidos pela hipertensão arterial a nossa equipe de saúde motivou-se a realizar um trabalho de intervenção comunitário. Para a identificação e prioridade do problema consideramos os seguintes critérios: a magnitude e tamanho do problema, a transcendência e interesses, a vulnerabilidade e grau de resolução do problema e os custos e recursos para dar solução ao mesmo.

Este plano de intervenção contribuirá ao desenvolvimento de novas ações de saúde na comunidade, assim como irá auxiliar no fortalecimento do trabalho educativo desenvolvido pela Secretaria Municipal de Saúde com a participação da Associação de Hipertensos.

As medidas a serem adotadas, além de facilitar a aderência dos usuários ao tratamento, auxiliam no controle da HAS e, com isto, podem levar à diminuição de gastos dos serviços de saúde, por diminuir a necessidade de hospitalização, ocasionados pelos eventos cardiovasculares e os gastos sociais originados do afastamento do trabalho de grande número de hipertensos. A identificação dos maiores fatores de risco para doenças cardiovasculares, de estratégias de controle efetivas, combinadas com educação comunitária e monitoramento dos participantes de alto risco, contribuem para uma queda substancial da mortalidade na comunidade.

2 Objetivos

2.1 Objetivo Geral

Melhorar a qualidade de vida dos pacientes hipertensos cadastrados na área de abrangência da unidade básica de saúde no município de Treviso.

2.2 Objetivos Específicos

- Identificar os fatores de riscos associados aos pacientes hipertensos na área de abrangência da unidade básica de saúde;
- Verificar o nível de conhecimento dos pacientes sobre o tratamento terapêutico para o controle da hipertensão arterial sistêmica;
- Apresentar as causas que provocam a descompensação da hipertensão arterial sistêmica nos pacientes;
- Desenvolver um plano de ação de educação em saúde para os pacientes hipertensos e sua famílias.

3 Revisão da Literatura

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é definida como pressão arterial sistólica maior ou igual a 140 *mmHg* e uma pressão arterial diastólica maior ou igual a 90 *mmHg*, em indivíduos que não estão fazendo uso de medicação anti-hipertensiva.

Devem-se considerar no diagnóstico da HAS, além dos níveis tensionais, o risco cardiovascular global estimado pela presença dos fatores de risco, a presença de lesões nos órgãos-alvos e as comorbidades associadas. É preciso ter cautela antes de classificar alguém como hipertenso, tanto pelo risco de um diagnóstico falso positivo, tanto como pela repercussão na própria saúde do indivíduo e o custo social resultante. Em indivíduos sem diagnóstico prévio e níveis de PA elevadas em uma aferição, recomenda-se repetir a aferição de pressão arterial em diferentes períodos, antes de caracterizar a presença de HAS. Este diagnóstico requer que se conheça a pressão usual do indivíduo, não sendo suficiente uma ou poucas aferições casuais (BRASIL, 2006).

No mundo, as doenças cardiovasculares são responsáveis por aproximadamente 17 milhões de mortes por ano, quase um terço do total. Ressalta-se que a hipertensão é causa de ao menos 45% das mortes por cardiopatias (BRASIL, 2006).

A hipertensão arterial sistêmica acomete aproximadamente 25% da população mundial, com previsão de aumento de 60% dos casos da doença em 2025. Em 2008, foram diagnosticados aproximadamente 40% dos adultos maiores de 25 anos; o número de pessoas afetadas aumentou de 600 milhões em 1980 para 1000 milhão em 2008 (PASSOS; ASSIS; BARRETO, 2015).

No Brasil, a prevalência média de HAS auto referida na população acima de 18 anos, é de 22.7%, sendo maior em mulheres (25.4%) do que em homens (19.5%). A frequência de HAS tornou-se mais comum com a idade, mais marcadamente para as mulheres, alcançando mais dos 50% na faixa etária de 55 anos ou mais de idade (CARDIOLOGIA; HIPERTENSÃO; NEFROLOGIA, 2015)(BRASIL, 2006).

Estudos de prevalência da hipertensão no Brasil revelam valores de prevalência entre 7,2 e 40,3% na Região Nordeste; 5,04 a 37,9% na Região Sudeste; 1,28 a 27,1% na Região Sul e 6,3 a 16,75% na Região Centro-Oeste. A prevalência de hipertensão na população urbana adulta variou de 20% a 30% (PASSOS; ASSIS; BARRETO, 2015).

O desenvolvimento da hipertensão não ocorre instantaneamente, há um conjunto de fatores que estão associados à sua evolução e agravamento. Estes fatores são conhecidos como fatores de risco e, segundo as VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial, são: idade, sexo/gênero e etnia, fatores socioeconômicos, ingestão de sal, excesso de peso e obesidade, ingestão de álcool, genética e sedentarismo. Além desses, outros autores acrescentam ainda o tabagismo e a não adesão ao tratamento (LESSA, 2006).

Muitos fatores de risco para hipertensão são modificáveis, o que torna a hipertensão

evitável na maioria dos casos ou com alta probabilidade de controle, se já presente. Se por um lado a idade, sexo e predisposição genética são fatores não modificáveis. Por outro lado, fatores ambientais e socioeconômicos são de difícil transformação, dessa forma, a atenção do profissional de saúde em relação aos mesmos deve ser diferenciada. O sal, o álcool, a obesidade e o sedentarismo são passíveis de modificação para reduzir o risco para hipertensão (GUSMÃO; MION, 2006).

O estilo de vida pode ser compreendido como um modo de viver que conduz à maneira de ser do sujeito, aos hábitos e suas expressões. A forma de vida da pessoa varia de acordo com o grupo social e cultural em que a mesma se encontra inserida. A decisão do indivíduo para manter uma forma peculiar de vida envolve os aspectos externos e os processos mentais. Num determinado sentido, os chamados fatores de riscos, como tabagismo, etilismo, alimentação inadequada, sedentarismo e estresse, são formas adaptativas do sujeito diante das tensões do cotidiano (MARTINS, 1997).

Entende-se que o estilo de vida envolve a subjetividade do sujeito em seu contexto social, de modo que a objetivação da saúde e ou da doença tem uma dimensão psicossomática, que não pode ser ignorada nas intervenções de saúde. Desse modo, as doenças, além dos aspectos sociais e fisiopatológicos, possuem associação com a emoção, na qual as condições corporais afetam a mente e vice-versa, num processo complexo e relacionado com o meio. A manifestação da doença não pode ser explicada apenas por relação de causa e efeito, mas pelo contexto social e pelo estilo de vida que o indivíduo, como ser biológico e psicológico, se encontra inserido (MELLO et al., 1992).

Para que a prevenção e a promoção da saúde sejam feitas de forma eficaz é necessário o conhecimento sobre a doença e dos fatores de risco que colaboram para o desenvolvimento da mesma ou das comorbidades associadas (CARDIOLOGIA; HIPERTENSÃO; NEFROLOGIA, 2015).

As pessoas hipertensas e a comunidade em geral devem ser informadas e educadas quanto a esses fatores (GUSMÃO; MION, 2006).

O tratamento não-farmacológico tem como objetivo diminuir os fatores de risco para reduzir a pressão arterial. Deve-se iniciar um processo de educação em saúde em que o paciente é estimulado a adotar medidas que favoreçam a adesão às recomendações. As medidas sugeridas terão impacto no seu estilo de vida e sua implementação depende diretamente da compreensão do problema e da motivação em aplicá-las. Nosso profissionais da saúde, ao aconselharem modificações de hábitos, devem apresentar ao paciente as diferentes medidas e possibilidades de implementá-las para que ele possa adaptá-las à sua situação socioeconômica e à sua cultura, obtendo, dessa forma, maior adesão ao tratamento. Ressalta-se a importância de um envolvimento dos familiares do hipertenso nas metas a serem atingidas (SIMONETTI; BASTISTA; CARVALHO, 2002).

Nas consultas médicas e de enfermagem o processo educativo preconiza-se a orientação de medidas que reduzam a pressão arterial, entre elas: hábitos alimentares adequados para

manutenção do peso corporal e de um perfil lipídico desejável, estímulo à vida ativa e aos exercícios físicos regulares, redução da ingestão de sódio, redução do consumo de bebidas alcoólicas, redução do estresse e abandono do tabagismo.

Recomenda-se uma alimentação rica em frutas, verduras, legumes, laticínios com pouca gordura, grãos integrais, nozes, frango, peixe, potássio, cálcio, magnésio, fibras, proteínas e pobre em sal, carne vermelha, gordura total e saturada, colesterol, doces e açúcar simples.

A indicação do aumento de alimentos ricos em potássio se justifica pelo seu efeito anti-hipertensivo e pela ação protetora contra danos cardiovasculares, e também é útil como medida auxiliar para pacientes submetidos à terapêutica com diuréticos. A alimentação deve visar à ingestão em torno de 100 mmol/dia de cloreto de sódio (6,0 g de sal, aproximadamente um colher de chá) e os pacientes devem ser orientados para leitura dos rótulos dos alimentos industrializados com a finalidade de observar a presença e a quantidade de sódio contida nos mesmos.

Quanto aos pacientes com excesso de peso, eles devem ser estimulados a alcançar um índice de massa corporal (IMC), inferior a 25 kg/m (IMC = peso (kg) / altura² (m)), para menores de 60 anos e de 27 kg/m para maiores de 60 anos e/ou relação cintura-quadril inferior a 0,8 para mulheres e 0,9 para homens. Estes pacientes devem ser orientados a seguir uma dieta hipocalórica balanceada com fracionamento alimentar, evitando açúcares e doces.

O exercício físico regular reduz a pressão arterial e fornece benefícios adicionais, tais como: diminuição do peso corporal, ação coadjuvante no tratamento das dislipidemias, da resistência da insulina, do abandono do tabagismo e do controle do estresse, além de melhorar a qualidade de vida. Exercícios físicos como a caminhada e a natação são recomendadas numa intensidade entre 50% a 70% da frequência cardíaca máxima, durante 30 a 45 minutos, na maior parte dos dias da semana.

O consumo excessivo de álcool eleva a pressão arterial e a variabilidade pressórica, aumenta a prevalência da hipertensão, é fator de risco para acidente vascular encefálico e pode ser uma das causas de resistência à terapêutica anti-hipertensiva e à adesão. Os pacientes com consumo excessivo de álcool devem ser estimulados a reduzi-lo ou evitá-lo. É aconselhável que o consumo de álcool não ultrapasse 30 ml de etanol/dia (90 ml de destilados, 300 ml de vinho e 720 ml de cerveja), para homens, e 15 ml de etanol/dia para mulheres e indivíduos de baixo peso.

A pressão arterial e a frequência cardíaca se elevam durante o ato de fumar, mas o uso prolongado da nicotina não se associa à maior prevalência de hipertensão. Indivíduos que fumam têm risco muito aumentado para doença coronariana e acidente vascular cerebral (AVC). Aqueles que fumam mais de uma carteira por semana aumentam em cinco vezes o risco para morte súbita. O cigarro também aumenta a resistência às drogas anti-hipertensivas.

Com todo o exposto e pelo impacto em saúde pública que a doença hipertensiva causa é que se faz necessário a realização de um projeto de intervenção, com elementos de educação para pacientes com hipertensão arterial.

A realização deste trabalho é necessária na Estratégia de Saúde da Família (ESF) de Treviso, pois existe desconhecimento sobre o tratamento não medicamentoso da doença HAS, com alta prevalência de fatores de risco modificáveis, trazendo um aumento das descompensações e complicações. Embora já existam abordagens relacionadas a temática, se tem informação da importância de manter o controle adequado da doença, sendo necessário elevar o conhecimento dos usuários sobre a terapêutica apropriada a cada paciente de hipertensão, estimular a prevenção de complicações para fornecer melhor qualidade de vida aos mesmos.

Particularmente para a HAS existem alguns fatores de risco modificáveis associados ao estilo de vida, como alimentação inadequada, sedentarismo, tabagismo e etilismo, podem ser estimulados no âmbito das equipes de saúde, minimizando sua progressão e complicação e reduzindo a morbimortalidade.

4 Metodologia

As intervenções selecionadas para o projeto serão desenvolvidas em vários cenários, bem como na própria unidade básica de saúde (consultório médico, na sala de reuniões, sala de grupo de hipertensos), nas residências durante as visitas domiciliares e na igreja da comunidade.

Os participantes do projeto serão as pessoas maiores de 18 anos com Hipertensão Arterial Sistêmica e que pertencem a área de abrangência da unidade básica de saúde (UBS). A equipe envolvida é formada pela médica, enfermeira, técnicos de enfermagem e agentes comunitários, totalizando oito profissionais da saúde.

No planejamento do projeto foram elaborados critérios de exclusão, em que os pacientes que não residem permanentemente na área e os pacientes com deficiência mental ou outras doenças incapacitantes não participarão da efetivação das ações propostas.

Como critérios de inclusão serão considerados os pacientes acima de 18 anos diagnosticados como hipertensos, os moradores permanentes na área de abrangência da unidade de saúde e que aceitem a participar voluntariamente das ações.

Inicialmente, pretende-se identificar a população hipertensa acima de 18 anos cadastrada na unidade básica de saúde, através do sistema informatizado e dos dados coletados pelas agentes comunitárias de saúde, enfermeiro e médico, para assim, direcionar as ações preventivas.

Uma vez que os pacientes selecionados outorguem seu consentimento de participar neste projeto, será aplicado um questionário inicial para conhecer alguns dados gerais de aspectos biopsicossociais e o grau de conhecimento dos pacientes hipertensos.

Em seguida, será realizada uma classificação da população com HAS em grupos de risco para realizar uma atenção individualizada, segundo a necessidade de cada caso. A classificação será feita em consultas agendadas, tendo a médica como responsável.

Todavia, a modificação dos fatores de risco na população com HAS, tais como a alimentação não saudável, o sedentarismo, o tabagismo e o consumo de álcool serão alcançados através da atuação contínua em palestras, orientações em consultas e visitas domiciliares. Os responsáveis por estas ações serão a médica e a enfermeira.

Assim, as palestras educativas sistemáticas para o grupo de hipertensos e população em geral apresentarão os seguintes temas: fatores de risco para HAS; como prevenir a doença e as complicações da mesma. A ação será desenvolvida na UBS, tendo como responsável médica, enfermeira, técnica de enfermagem.

Além disso, reuniões mensais com o grupo de hipertensos serão organizadas para estimular os pacientes a relatar as dúvidas sobre a Hipertensão Arterial Sistêmica. As reuniões serão feitas na sala de reuniões da UBS, responsável enfermeira e médica.

Segue abaixo o questionário a ser utilizado para pacientes hipertensos acima de 18 anos na unidade básica de saúde:

1- Idade sexo

2- Você tem pressão arterial elevada? Sim Não

3- O que é para você uma hipertensão arterial?

3- Quais são os fatores de risco que você conhece?

5- Você conhece quais são os sintomas mais comuns da doença?

6- Você pratica exercícios físicos? Sim Não

7- Você realiza consulta médica regularmente?

cada 3 meses cada 6 meses

uma vez por ano nunca

8- Você conhece algum tratamento não medicamentoso para tratar corretamente a hipertensão arterial?

9- Você conhece a importância de fazer um tratamento oportuno medicamentoso?

10- Você participa do grupo de hipertensos da unidade? Sim Não

11- Você conhece algumas complicações da hipertensão arterial? Sim Não Se a resposta é sim escreva três.

Para a realização desta proposta de intervenção e o cumprimento das ações propostas será necessário um período de seis meses o qual iniciará a partir de setembro desse ano. Semanalmente será discutido o desenvolvimento do projeto para possíveis alterações quando necessário. A avaliação será feita em conjunto com todos os profissionais de saúde, considerando o nível de conhecimento e melhoria dos estados de saúde da população que participou das ações.

O questionário será aplicado no início e no término do processo para mensurar o grau de conhecimento alcançado pelos pacientes.

5 Resultados Esperados

Com a implementação deste projeto de intervenção e os conhecimentos adquiridos pelos pacientes hipertensos se espera:

- Diminuir a incidência de complicações em pacientes com hipertensão arterial sistêmica;
- Diminuir a incidência dos fatores de risco de pessoas hipertensas;
- Adquirir mudanças no estilo e modo de vida das pessoas hipertensas e seus familiares;
- Aumentar o nível de consciência para o uso correto da medicação farmacológica nos pacientes hipertensos que participaram do plano de intervenção;
- Aprimorar o nível de conhecimento sobre a doença e suas complicações nos participantes;
- Desenvolver um vínculo dos pacientes hipertensos com o grupo de hipertensos da unidade básica de saúde.

Referências

- BRASIL, M. da Saúde do. Hipertensão arterial sistêmica: Caderno de atenção básica. *Ministério da Saúde*, p. 15–15, 2006. Citado na página 15.
- CARDIOLOGIA, S. B. de; HIPERTENSÃO, S. de; NEFROLOGIA, S. de. *Diretrizes Brasileiras de Hipertensão*. 2015. Disponível em: <<http://www.saude.al.gov.br>>. Acesso em: 02 Jun. 2017. Citado 2 vezes nas páginas 15 e 16.
- GUSMÃO, J.; MION, J. D. Adesão ao tratamento conceito. *Revista Brasileira Hipertensão*, p. 16–16, 2006. Citado na página 16.
- LESSA, I. Impacto social da não adesão ao tratamento da hipertensão arterial. *Revista Brasileira*, p. 15–15, 2006. Citado na página 15.
- MARTINS, I. Doença cardiovasculares aterosclerótica , dislipidemia , hipertensão, obesidade e diabestes mellitus em população da area metropolitana da região sudeste do bras. *Revista Saude publica*, p. 16–16, 1997. Citado na página 16.
- MELLO, J. de et al. *Psicosomatica hoje*. Porto Alegre: Artes Medicas, 1992. Citado na página 16.
- PASSOS, V.; ASSIS, T.; BARRETO, S. *Hipertensão Arterial no Brasil: Estimativa de prevalência a partir de estudos de base populacional*. 2015. Disponível em: <<http://www.coopermundi.com.br>>. Acesso em: 28 Jul. 0217. Citado na página 15.
- SIMONETTI, J.; BASTISTA, L.; CARVALHO, L. Hábitos de saúde e fatores de risco em pacientes hipertenso. *Revista Latinoamericana Enfermagem*, p. 16–16, 2002. Citado na página 16.