

MARIELA CARRAZANA GINARTE

ESTRATÉGIA EDUCATIVA EM PACIENTES HIPERTENSOS MAIORES DE 60 ANOS PARA MELHORAR SEU CONTROLE TERAPÊUTICO DO MUNICIPIO PACATUBA, ANO 2016

SERGIPE 2017



MARIELA CARRAZANA GINARTE

ESTRATÉGIA EDUCATIVA EM PACIENTES HIPERTENSOS MAIORES DE 60 ANOS PARA MELHORAR SEU CONTROLE TERAPÊUTICO DO MUNICIPIO PACATUBA, ANO 2016

Trabalho de Conclusão de Curso de Especialização em Saúde da Família apresentado à Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre - UFCSPA como requisito indispensável para a conclusão do curso.

Orientador: Fabiano Fraga Carvalho

SERGIPE

2017

RESUMO

A Hipertensão Arterial Sistêmica é uma doença crônica não transmissível mais comum em idoso, cujo controle é essencial para a prevenção de complicações. Em longo prazo, relacionada à morbidade e à mortalidade cardiovascular e cerebral, dentre outras, por isso a adesão terapêutica é fundamental para o sucesso da terapia instituída pelo médico e equipe de saúde, a qual é ainda insuficiente e continua sendo um dos desafios para as equipes da Atenção Básica. No portfólio foram relatadas as principais atividades da Atenção Básica: em primeiro lugar foi feito uma introdução sobre as características do município e comunidade de atuação, foi apresentado um caso clinico de uma paciente com Hipertensão Arterial onde foram desenvolvidos com ela todos os procedimentos segundo os protocolos de Hipertensão na Atenção Básica; posteriormente abordamos acerca das diferentes atividades de prevenção e promoção de grande importância para mudanças no estilo de vida dos pacientes para diminuir os fatores de risco para desenvolver doenças crônicas. Também se fez como referencia como é realizado o processo das visitas domiciliar em nossa comunidade, outra das atividades da Atenção Primaria com atendimento integral e humanizado do indivíduo inserido em seu contexto familiar. Foi exposta a experiência adquirida durante o curso de especialização em Saúde da Família e finalizado com o Projeto de Intervenção que tem como objetivo modificar o nível de conhecimento em pacientes hipertensos maiores de 60 anos para melhorar seu controle terapêutico na Unidade de Saúde de Ponta dos Mangues do município Pacatuba, Estado de Sergipe. O programa de Educação foi realizado entre Agosto de 2016 até Fevereiro de 2017, período em que foram desenvolvidas ações de educação a toda a população com hipertensão, em especial aos maiores de 60 anos para aumentar seus conhecimentos sobre como prevenir os fatores de riscos, promover modos de vida saudáveis, evitar complicações e melhorar assim a qualidade de vida destes pacientes. Palavras Chaves: Hipertensão, Fatores de Risco, Educação em Saúde.

Descritores: Atenção Primária à Saúde, Hipertensão, Promoção da Saúde, Saúde da família.

SUMÁRIO

<u>1.</u>	INTRODUÇÃO	5
<u>2.</u>	ESTUDO DE CASO CLINICO	8
<u>3.</u>	PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DE DOENÇAS	15
<u>4.</u>	VISITA DOMICILIAR	19
REFLEXÃO CONCLUSIVA		27
REFERÊNCIAS		29
ANEXO1: PROJETO DE INTERVENÇÃO		1

1. INTRODUÇÃO

Os motivos para ser médico são mais que saber medicina, é um compromisso com a saúde das comunidades, das pessoas, e as famílias no seu estorno, e com os valores humanos e profissionais. Estimulada por estes princípios, e desejando salvar vidas, decidi assumir o reto de estudar medicina. Eu sou a doutora Mariela Carrazana Ginarte graduada em 1989 no Instituto Superior de Ciências Medicas de Santiago de Cuba de doutora em Medicina, e no ano 1994 de especialista em Medicina Geral Integral. Moro no Estado de Sergipe, no município Pacatuba, Trabalho na Unidade de saúde Ponta dos mangues no interior do município.

Com uma população de 14293 habitantes. Eu dou atendimento na área rural como já relatado. O município não dispõe de hospital nem UPA, por isso, os encaminhamentos tem que serem feitos para os Hospitais mais próximos de Neópolis e o Própria, e minha equipe está composta especificamente por uma médica, uma enfermeira, uma técnica de enfermagem, e 7 agentes comunitários de saúde, 1 recepcionista. Trabalho de segunda a quinta e tenho um dia para fazer as atividades do curso da especialização.

A estrutura física da UBS onde trabalho não é boa, mas no momento o nosso posto de Saúde se encontra em fase de construção, nós atendemos no posto só os dias de segunda os demais dias são nos povoados já que ficam muito distantes e o transporte é escasso, tornando-se mais difícil assistência aos serviços básicos fazendo as consultas nas escolas, esta unidade de saúde está composta de: sala de espera para pacientes, sala de recepção de triagem, salas de vacinas, um consultório médico, temos também uma sala de consulta para enfermeira, sala de curativo, um banheiro, sala de reunião, esterilização que ainda não tem a energia na voltagem compatível com o equipamento para seu funcionamento a qual chegou faz pouco tempo.

As salas de consultas não estão em boas condições estruturais, sem boa iluminação e ventilação, atendo cerca de 664 famílias numa população de 2576 pessoas, destas, 1856 são maiores de 15 anos e 870 são mulheres com idades entre 10 e 59 anos, o seja, em idade fértil, atendo a 84 crianças menores de 2 anos e 39 menores de 1 ano, e controle pré-natal a 29 grávidas. Os principais problemas de saúde da população adulta são Hipertensão Arterial Sistêmica (282) Diabete Mellitus, (87)

Doenças Respiratórias, Parasitose Intestinal, além disso, existem outros problemas sociais prevalecentes como: uso de droga e alcoolismo. O estilo de vida dessa população é determinado pelos seguintes fatores: a economia, que é baseada principalmente na pesca e agricultura. O município tem 7.81% de desempregados na faixa etária acima de 16 anos IBGR 2010.

A maior empresa do Município é A Fábrica de Cimento MIZU inaugurada em 2004 que trabalha no ramo de cimento, calcaria e demais materiais da construção. O retorno de ICMS ao município é de 106, 59 % por habitante por ano e deste total, 15% são destinados para a Saúde. A taxa de analfabetismo conforme o censo 2010 era de 29, 42% na população acima de 15 anos. A renda percapita em 2010 era R\$ 195, 47. Quanto ao lazer, as principais alternativas são: jogar futebol; ir à igreja; ingerir bebida alcoólica; ver televisão. Nas visitas realizadas, foi observado que as residências possuem na sua maioria boas condições de higiene e de estrutura física. Algumas tem maus condições higiênicas como estruturais. As principais ações que são feitas nesta UBS são o cadastramento dos usuários, consultas médicas e de enfermagem e realização de procedimentos básicos. A Unidade Saúde da Família oferece atendimento para a população de segunda a sexta-feira, no horário da manhã e da tarde (8h às 16h) e programação de visitas domiciliares pela Equipe Básica de Saúde.

As reuniões de equipe são realizadas na última quinta feria do mês, e nela são discutidos assuntos pertinentes ao processo de trabalho e comunicações em geral.

JUSTIFICATIVA

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) tem alta prevalência e baixas taxas de controle, é considerado um dos principais fatores 1 risco modificáveis e um dos mais importantes problemas de saúde pública. A HAS constitui o problema médico sanitário mais importante da medicina contemporânea em nossa comunidade, sendo o controle da mesma, a pedra angular de trabalho para diminuir em forma significativa a morbimortalidade por doenças cérebro vasculares e renais, sobretudo nas idades geriátricas. Observa-se alto grau de desconhecimento da população sobre os fatores de risco para prevenir a doença, e manter controlada a mesma quando já tiver ela considerando como

tratamento só o medicamentoso. Tudo isso nos motiva a realizar o projeto de intervenção sobre este problema para diminuir as complicações e mortalidade pela mesma, especialmente em idosos, com a realização de uma proposta para melhoria da adesão ao tratamento de hipertensão arterial dos pacientes da Unidade de Saúde da Família, Ponta dos Mangues, no Município Pacatuba/SE

Portanto, este estudo se justifica em função da necessidade de intervenção da Equipe de Saúde da Família frente a esse problema. É fundamental analisar nos idosos hipertensos, atendidos pela equipe, os seguintes aspectos: adesão ao tratamento, hábitos alimentares e o estilo de vida, bem como identificar os fatores de risco comportamentais à saúde dos hipertensos e realizar atividade de educação em saúde, contribuindo para melhoria da qualidade de vida.

Assim, perguntar-se: "qual é o papel da educação destes pacientes no controle da hipertensão?". E com base nesta premissa, este trabalho foi concebido.

2. ESTUDO DE CASO CLINICO

A HAS constitui o principal fator de risco populacional para as doenças cardiovasculares, motivo pelo qual constitui agravo de saúde pública onde cerca de 60 a 80% dos casos podem ser tratados na rede básica. Em nosso meio, a HAS tem prevalência estimada em cerca de 20% da população adulta maior ou igual a 20 anos) e forte relação com 80% dos casos de AVE e 60% dos casos de doença isquêmica do coração. (BRASIL, 2013).

A classificação definida no III Consenso Brasileiro de HAS. Estabelece que o limite escolhido para definir HAS é o de igual ou maior de 140/90 mmHg, quando encontrado em pelo menos duas aferições –realizadas no mesmo momento. Um paciente hipertenso pode ter momentos do dia em que a pressão esteja dentro ou próximo da faixa de normalidade, assim como uma pessoa sem hipertensão pode apresentar elevações pontuais de pressão arterial, devido a fatores como estresse e esforço físico. Portanto, não se faz diagnóstico, nem se descarta hipertensão, baseado em apenas uma única medida.

Vários fatores podem alterar a pressão arterial pontualmente, entre eles, estresse, esforço físico, uso de bebidas alcoólicas, cigarro, etc. A maioria das pessoas só procura medir sua pressão após eventos de estresse emocional ou dor de cabeça, situações que por si só podem aumentar os níveis tensionais. (V DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO, 2006). A hipertensão arterial é, portanto, definida como uma 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 antihipertensiva.(DANNI, 2006)

Nas últimas décadas, o número de hipertensos tem aumentado progressivamente, devido a fatores como maior expectativa de vida, maior incidência de obesidade, sedentarismo e de maus hábitos alimentares. A elevada prevalência associada ao fato de que apenas metade dos pacientes hipertensos consegue manter sua pressão arterial devidamente controlada mantém a hipertensão com o título de principal fator de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares e AVC. (III CONSENSO BRASILEIRO DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, 1998). Diversos fatores podem influenciar

na hipertensão arterial. A Genética: é um dos principais fatores, existe probabilidade muito mais alta de filhos de pais hipertensos desenvolverem pressão alta. - Obesidade: cada vez mais comum em nosso meio, o excesso de peso, principalmente associado ao acúmulo de gordura na cintura, é um importante fator. Indivíduos com Índice de Massa Corpórea (peso dividido pelo quadrado da altura) maior que 25 Kg/m² tem maior risco. - Sedentarismo: a falta de atividade física facilita a obesidade e hábitos alimentares inadequados, levando a Hipertensão. - Estresse: situações que causem ansiedade fazem circular mais adrenalina, hormônio que eleva a pressão arterial. - Sexo: a Hipertensão é mais comum em homens. - Idade: a incidência da pressão alta começa a aumentar em indivíduos acima de 30 anos. - Raça: os negros são mais susceptíveis a desenvolver hipertensão. - Hábitos: o consumo excessivo de álcool, sal, alimentos gordurosos, frituras e o tabagismo aumentam a possibilidade de hipertensão e doenças cardíacas.

Variações da pressão arterial normal e hipertensão em adultos maiores de 18 anos. Quando após algumas aferições da pressão ainda há dúvidas se o paciente é realmente hipertenso ou apresenta apenas pressão alta por ficar nervoso durante a medição da pressão arterial, o ideal é solicitar um exame chamado M.A.P.A (Monitorização Ambulatorial da Pressão Arterial). Este exame é basicamente um aparelho de pressão que fica no braço do paciente durante 24 horas, aferindo e registrando seus valores da pressão arterial diversas vezes por dia, em situações diárias comuns, como dormir, comer, trabalhar, etc.

O MAPA pode ser usado para se fazer o diagnóstico de hipertensão arterial nos casos duvidosos, mas também serve para o médico ter uma ideia da efetividade do tratamento anti-hipertensivo naqueles pacientes já sabidamente hipertensos e sob tratamento. Se o paciente é hipertenso, está a tomar medicamentos e apresenta ao MAPA pressões altas ao longo do dia, isto é um forte indício de que o atual tratamento proposto não está sendo eficaz.

A hipertensão está associada a diversas doenças graves como:

- Insuficiência Cardíaca (leia: insuficiência cardíaca causas e sintomas).
- Infarto do Miocárdio (leia: sintomas do infarto agudo do miocárdio e angina).

- Arritmias Cardíacas (leia: palpitações, taquicardia e arritmias cardíacas).
- –Morte Súbita.
- Aneurismas (leia: o que é um aneurisma?).
- Perda da visão (retinopatia hipertensiva).
- Insuficiência Renal Crônica (leia: insuficiência renal crônica sintomas).
- Acidente Vascular Encefalico isquêmico e hemorrágico.
- Demência por micro infartos cerebrais.
- Arteriosclerose.

A hipertensão arterial raramente tem cura e o objetivo do tratamento é evitar que órgãos como coração, olhos, cérebro e rins, chamados de órgãos alvo, sofram lesões que causem as doenças descritas acima. (PAULO, C. B et al, 2007). A situação de assistência mais prevalente na minha Unidade de Saúde, com certeza é a Hipertensão Arterial por isso escolho o caso de Dona Vera porque teve o caso similar.

CASO CLINICO

Identificação: J.S.S; 66 anos; raça branca; sexo feminino; profissão faxineira; residência povoado Garatuba; solteira. HDA: Comparece por demanda espontânea na UBS com queixas de dor de cabeça, e barulho nos ouvidos desde há 3 dias. Hipertensa que Não tem tratamento nenhum e há muitos meses que não vai ao PSF, e também não recebe visita domiciliar por ninguém. Gosta de comer muita farinha, macarrão e feijão. Nunca tem tempo para fazer exercício porque tem que trabalhar fazendo faxina para sobreviver. Mora sozinha e nunca casou. Seus pais morreram no acidente quando tinha 16 anos. Outros dados gerais.

- Escolaridade: Ensino Meio Incompleto.
- Religião: Evangélica. Descendência: Brasileira. Naturalidade: Pacatuba.
- Residência Atual: Povoado Garatuba.

ANTECEDENTES PESSOAIS

Condições sócio econômicas: pouco deficientes já que pelo seu trabalho quando

esta doente não consegue trabalhar e a renda diminui que não da para se sustentar pelo

que da prioridade para comprar a comida e deixa os medicamentos para pegar no posto

e quase nunca temos no mesmo. Condições de moradia; casa de palha, com um só

quarto, pouca ventilação, e tem muitos gatos e dois cachorros que permanecem o dia

tudo dentro da casa, com piora da higiene da mesma. Sedentária. Hábitos nutricionais

deficientes. Obesa classe I. (Risco de co-morbidade moderado). Hipertensão Arterial.

Antecedentes familiais: M\u00e4e hipertensa.

Exame físico: Fácies: Normal.

Mucosas: normocoradas.

Respiratório: Respiração torácica, eupneico, não tiragem, FR: 22xmin murmúrio

vesicular audível e normal sem ruídos agregados.

Cardiovascular: Não circulação colateral, não turgência jugular, Apex cardíaco em

nível da linha meio clavicular em 5to espaço intercostal, pulsos carotídeos, braquiais,

radiais, femorais, poplíteo, tibiais posteriores e pediosos presentes e normais,

Batimentos cardíacos regulais, não evidencia de sopros. FC: 100xmin. PA:

160/100mmhg.

Abdômen: Globoso, ruídos hidroaéreos normais, não sopros em francos nem em

fossas lombares, brando, depressível, não dor a palpação, não massas palpáveis,

timpânico.

Pescoço: Cilíndrico movível, ausência de massas palpáveis nem adenopatias,

tiroide não visível nem palpável.

Peso: 90 kg

Altura: 170 cm

■ IMC: 31 kgmxsc.

Temperatura: 36, 4 °c.

CA: 109 cm.

EN: Obesidade Grau I.

Diagnostico Inicial: Hipertensão Arterial descompensada.

Estagio I leve.

Obesidade Grau I.

CAS: Captopril 25 mg sublingual nesse momento. Aguardar 30 minutos. PA aos 30 minutos 130/85mmhg Seguimento: Colocar tratamento de mantimento. Identificar os fatores de risco associados. Indicar exames complementares: Urina (bioquímica e sedimento), Creatinina, Potássio, Glicemia, Colesterol total HDL e triglicérides, Hemograma completo, ECG em repouso. Agendar consulta. Agendar visita domiciliaria. Acompanhamento por psicologia Encaminhamento a assistência social.

ORIENTAÇÕES PARA OS FATORES DE RISCO IDENTIFICADOS

Iniciar caminhada diária, evitar alimentos ricos em gordura saturada e Colesterol, iniciar redução de sal adicionado no preparo dos alimentos, não deve usar temperos industrializados, nem alimentos industrializados como embutidos, conservas, enlatados, bacalhau, charque, queijos em geral. A paciente volta em 15 dias com os resultados dos exames: Glicemia: 86mg/dl (Normal), Colesterol total: 250mg/dl (Normal Alto) HDL: 45mg/dl (Normal), LDL: 165 mg/dl (Normal) Triglicérides: 165mg/dl (Normal Alto), Creatinina: 0.9mg/dl (Normal) Potássio: 4,1mg/dl (Normal). Sumario de urina: negativo, não proteinuria. ECG: normal. Hb: 13,2mg/dl Faz o calculo de rico cardiovascular de acordo com o escore de Framingham= 20 pts (11%) multiplico por 1,3 por IMC + 30 kg\m2 sc = 26% (Risco Cardiovascular Alto). (Segundo sugerido pelo Ministério de Saúde em Caderno de Atenção Básica n.37, 2013). Neste momento PA: 150/100mmhg.

Diagnósticos Definitivo: Hipertensão Arterial essencial estagio I, Dislipidemia, Obesidade grau I

Estratificação do paciente segundo o risco individual: Grupo B porque tem fatores de risco associados (não incluindo diabetes), e sem lesão em órgãos alvos.

Decisão terapêutica com base na classificação pressórica e estratificação de risco: Hipertensa em estágio I e grupo de risco B, Risco Cardiovascular Alto o tratamento será não farmacológico até os 6 meses ou farmacológico se tiver muitos fatores de risco.

OBJETIVOS DO TRATAMENTO

• Reduzir morbimortalidades por doenças cardiovasculares.

PLANO DO TRATAMENTO

Não farmacológico

- Redução do sódio na dieta: Reduzir o consumo diário de sal para 5 gr na hipertensão controlada (1 colher de chá rasa = 1 g de sal). Moderar o use durante o preparo das refeições.
- Redução do peso corporal: Realizar Atividade física: Devem exercícios físicos regulares, pois seus benefícios possuem ação máxima de apenas 24 a 48 horas; devem ser exercícios aeróbicos (caminhar, nadar, andar de bicicleta, etc.), a duração média deve ser de 45 a 60, minutos; no mínimo três vezes por semana.
- Alimentação saudável: Aumentar a ingestão de potássio para prevenir o aumento da pressão arterial e preservar a circulação cerebral, evitando o AVE, evitar frituras em geral, inclusive com margarinas ou creme vegetal, processo que produz oxidação.

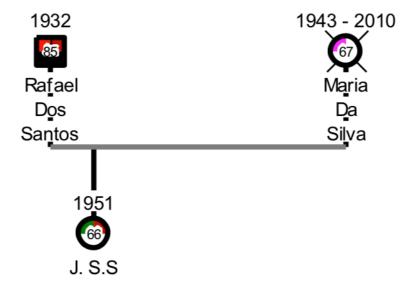
TRATAMENTO FARMACOLÓGICO

- Hidroclorotiazida 25mg uma vez ao dia (pela manhã).
- Captopril 25mg de 12/12h.
- Sinvastatina 20mg após de jantar.

Acompanhamento quadrimestral em consulta medica e de enfermagem. (Segundo sugerido em Caderno de Atenção Básica para o acompanhamento de pacientes com Hipertensão Arterial que atingiram as cifras de PA normais com RCV alto). Visita domiciliaria em 15 dias. Atualmente conseguimos a adesão ao tratamento, a paciente está controlada e acompanhada por nossa equipe de trabalho. Conseguimos mudanças em seu estilo de vida, em seus hábitos nutricionais e participa nas palestras que oferecemos cada mês em nossa Unidade básica de saúde.

GENOGRAMA

Paciente de 66 anos, mora sozinha, solteira, hipertensa, obesa e com dislipidemia. Nunca casou e não teve filhos.



3. PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DE DOENÇAS

As condições de saúde e qualidade de vida têm melhorado de forma contínua e sustentada no último século. Estudos de diferentes autores e os relatórios sobre a saúde mundial e da região das Américas são conclusivos a respeito. No Brasil, em 1980 a população com 60 anos ou mais representava 6,3% da população geral, número que em 2025 se aproximará dos 14%, representando uma das maiores populações idosas do mundo. O aumento da expectativa de vida é um dos indícios de melhora da qualidade da saúde geral da população.

Nos dias atuais, o conceito de saúde engloba ações no que diz respeito à promoção da saúde, prevenção das doenças e seu tratamento. Promoção, modernamente, significa apropriar-se da importância dos determinantes das condições de saúde. Estas estão intimamente relacionadas com a qualidade de vida, alimentação, nutrição, educação, habitação, saneamento, recreação e condições agradáveis no lar e no trabalho, estilo de vida responsável e um espectro adequado de cuidados de saúde. Trata-se, portanto, de um enfoque da promoção da saúde centrado no indivíduo, com projeção para a família e a sociedade que faz parte. É a expressão maior da Educação em Saúde.

A prevenção consiste em estabelecer estratégias que resultem em menor risco de adquirir ou controlar uma doença. O médico pode usar dados estatísticos e epidemiológicos de cada doença para obter melhor prevenção. (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PROMOÇÃO DA SAÚDE). No caso de doenças contagiosas, a prevenção se faz através da proteção do indivíduo contra agentes patológicos e ou estabelecimento de barreiras contra os agentes nocivos. A educação em saúde é fundamental para esse objetivo.

Em relação às doenças não contagiosas, educação continuada, mudanças de hábitos e condutas que minimizem os fatores de riscos (ex: stress, tabagismo), ações específicas de prevenção e controle baseados em dados epidemiológicos e científicos resultam em menor mortalidade e incapacidade. Podemos citar como exemplo as doenças cardiovasculares; o câncer, particularmente o cérvico-uterino e o de mama em mulheres e de estômago e pulmão nos homens; o Diabetes Mellitus e o glaucoma. Estas duas últimas, as principais causas de cegueira irreversível, porém detectáveis e

passíveis de tratamento através de exame oftalmológico periódico. O avanço tecnológico utilizado pela medicina associado ao alto conhecimento científico das doenças e a medicina preventiva permitem que o médico tenha condições de estabelecer diagnósticos cada vez mais precoces, consequentemente tratamentos mais eficazes e maiores índices de cura.

Consultas médicas de rotina, exames periódicos e o aconselhamento de um professional na atenção básica para a saúde no contato entre o médico e o paciente, com extensão ao resto da família, são essenciais para a promoção da saúde e prevenção das doenças. Em nossa pratica diária e muito importante para ter bons resultados no trabalho do dia a dia oferecer recomendações em cada consulta o visita domiciliar sobre as boas práticas de higiene, um adequado estilo de vida e a clave para a prevenção de doenças transmissível e também acompanhar as doenças crônicas como Hipertensão arterial e diabetes Mellitus.

A HAS constitui o principal fator de risco populacional para as doenças cardiovasculares, motivo pelo qual constitui agravo de saúde pública onde a mais de 60% dos casos podem ser tratados na rede básica. Em nosso meio, a HAS tem prevalência estimada em cerca de 20% da população adulta e forte relação com 80% dos casos de AVE e 60% dos casos de doença isquêmica do coração.(BRASIL, 2013)

Nas últimas décadas, o número de hipertensos tem aumentado progressivamente, devido a fatores como maior expectativa de vida, maior incidência de obesidade, sedentarismo e de maus hábitos alimentares. A elevada prevalência associada ao fato de que apenas a metade dos pacientes hipertensos consegue manter sua pressão arterial devidamente controlada mantém a hipertensão com o título de principal fator de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares e AVC.

È de suma importância promover mudanças nos estilos de vida que colaborem para o controle dessas enfermidades e prevenir as complicações:

- Apoio emocional nas consultas de estes pacientes.
- Acompanhamento com visita domiciliar.
- Busca ativa de hipertensos em situação de vulnerabilidade.

- Garantia do acompanhamento de hipertensos na atenção básica.
- Fortalecimento do vínculo familiar com a unidade.
- Implementação de estratégias de comunicação social e programas educativos relacionados ao cuidado dos hipertensos e diabéticos.
- Promoção da alimentação saudável.
- Recomendações nutricionais como:

Usar o mínimo de sal no preparo dos alimentos, preferir temperos naturais, evitar o uso de temperos prontos, evitar os alimentos industrializados porque são ricos em gordura e sal, diminuir o consumo de gordura. Usar óleo vegetal com moderação e dê preferência aos alimentos cozidos, assados, evitar a ingestão excessiva de bebidas alcoólicas e o uso de cigarros, pois eles contribuem para a elevação da pressão arterial, consumir diariamente pelo menos três porções de frutas e hortaliças, dar preferência a alimentos integrais como pães, cereais e massas, pois são ricos em fibras, vitaminas e minerais. Realizar atividade física com orientação de um profissional capacitado, sugerindo se atividades leves e de relaxamento. As terapias de relaxamento e técnicas de controle de estresse Também realizamos o pré-natal e seguimos acompanhando a família durante a puericultura da criança na qual orientamos sobre os cuidados a ter com a criança para que tenha uma boa qualidade de vida e assim bom desenvolvimento.

Orientar as mães nos cuidados do recém-nascido: Cumprir com o preconizado pela Agenda de compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil. (BRASIL, 2005). Avaliar a presença de situações de risco e vulnerabilidades á saúde do recém-nascido:

- Criança em área de riscos: Baixo peso ao nascer, prematuridade, asfixia grave, internações/intercorrências, mães com menos de 18 anos de idade, mãe com baixa escolaridade, historia familiar de morte de crianças com menos de cinco anos de idade.
- Avaliar e orientar aos pais sobre os sinais de perigo na criança com menos de dois anos e sobre a necessidade de procurar atendimento de emergência
- Promover aleitamento materno exclusivo ate os seis meses de vida; Orientações

- generais sobre os cuidados com recém-nascido; Prevenção de acidentes;
- Orientações para o calendário de imunizações, verificando se recebeu a 1ª dose da vacina contra Hepatite B e da BCG na maternidade;
- Cumprir o calendário das consultas, orientando o retorno do bebê nos 30 dias de vida combinando as novas consultas conforme o calendário das consultas subsequentes.
- Realização do teste do pezinho a partir do 3º dia de vida da criança conforme o estabelecido no Programa nacional de triagem neonatal permitindo a detenção de doenças que podem diagnosticadas cedo e possibilita evitar sérios danos na saúde do bebê. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012).

Atendemos muitos pacientes com parasitoses intestinais, provocado por má higiene na manipulação de alimentos e água não tratada. Orientamos ao paciente e sua família consumir água fervida ou tratada com cloro, lavar os alimentos adequadamente, e lavar as mãos antes de manipular os alimentos e depois de ir ao banheiro. A realização periódica do exame cito patológico, continua sendo a estratégia mais adotada para o rastreamento do câncer do colo do útero.

Atingir alta cobertura da população definida como alvo é o componente mais importante para que se obtenha significativa redução da incidência e da mortalidade por câncer do colo do útero, são realizadas palestras educativas sobre a importância deste exame e orientamos a todas as mulheres para sua realização, indicamos àquelas que ainda não coletaram CP a irem até a unidade para agendá-lo.

4. VISITA DOMICILIAR

As atividades de educação em saúde realizadas por meio de a visita domiciliar (VD) são essenciais para os usuários assistidos na Estratégia de Saúde da Família, permitindo aos professionais o reconhecimento do ambiente familiar, as caraterísticas do domicílio, condições ambientais, socioeconômicas, culturais, aspetos relacionados a riscos de aparição das doenças, aspetos da própria doença, o que nos permitem um melhor entendimento dos condicionantes e determinantes que afetam de forma negativa ou positiva o estado de saúde individual e coletiva.

As atividades são realizadas por profissionais da saúde, que visam oferecer um atendimento de acordo com as reais necessidades da população, preocupando-se com a infraestrutura existente nas comunidades e o atendimento à saúde das famílias, com o objetivo de diminuir os gastos na saúde, o número de internações minimizando os riscos e as complicações para as diferentes doenças, além de que permite um olhar mais amplo das condições e necessidades existentes nas famílias, relacionadas com os problemas de saúde.

Compreende-se que quando a visita domiciliar é realizada pela equipe de saúde, ela se torna mais efetiva, pois o profissional tem a possibilidade de associar o ambiente familiar com o território da residência, para um melhor entendimento dos pacientes, estando contribuindo como um todo, nos aspectos da prevenção, promoção e de reabilitação, tanto do paciente como da família. As orientações realizadas pelos profissionais de saúde dentro das residências, ressalta uma ideia de comprometimento maior, estabelecendo uma confiança mútua entre o profissional e o paciente favorecendo a criação de vínculo para que se sintam seguro das ações a serem desenvolvidas.

As visitas domiciliares se destacam como uma intervenção capaz de promover ações preventivas, curativas, de promoção e de reabilitação dos indivíduos em seu contexto familiar pois permite uma maior aproximação dos profissionais com a realidade de vida e dinâmica das famílias. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013). Em nosso posto de saúde geralmente as visitas domiciliares são pauta nas reuniões da equipe e são propostas pelos agentes comunitários de saúde, por solicitação do paciente, de familiares, vizinhos ou de pessoas próximas assim como demanda de serviços de assistência social. Além disso, quando avaliamos um paciente na consulta e

consideramos que precisa de uma visita domiciliar, podemos realiza-la para conhecer seu meio familiar, condições de vida do paciente e para incentivar os familiares no cumprimento do tratamento de modo a reforçar o tratamento.

Em nossas visitas domiciliares se realiza uma escuta qualificada, são esclarecidas dúvidas, são realizadas consultas de enfermagem, médica, dentista, se oferecem orientações de saúde, marcação de consultas, cadastros, vacinas, curativos, palestras em instituições como escolas, igrejas, creches.

Os pacientes acamados têm visita mensal e toda vez são avaliados pelo fisioterapeuta que ensina ao paciente, familiares e cuidadora a importância de realizar fisioterapia pelo menos 2 veces por semana, dando numerosos técnicas e exercícios fácies de efetuar na mesma casa, já que alguns por seu situação económica e dificuldade de transporte muitas vezes não conseguem chegar aos centros de saúde encarregados da fisioterapia.

Os casos de doenças crónicas são também acompanhados em visita domiciliar, a periodicidade das visitas varia segundo a situação de cada paciente; nestas visitas buscamos conhecer o ambiente familiar em que vive o paciente, identificar membros ou pessoas que colaboram no tratamento do paciente, fatores que propiciam ou não a adesão ao tratamento, aspetos religiosos e culturais, o apoio da família, amigos, vizinhos, o conhecimento dos cuidadores sobre a doença e os medicamentos que toma o usuário. Saber sobre todos estes aspetos traz benefícios importantes para a busca de estratégias que nos ajudem na resolução dos problemas, visando á adesão efetiva do tratamento com mudanças em estilo e modo de vida, incentivando práticas para o autocuidado.

Os casos mais complexos se discutem na reunião da equipe cada semana, realizando-se a intervenção mediante um plano com metas a serem cumpridas em um período de tempo determinado, levando um atendimento diferenciado e periódico até que sejam alcançados os resultados esperados. Todos os professionais envolvidos devem ter conhecimento sobre o individuo (contexto de vida, condições de habitação, meio ambiente, relações afetivo-sociais da família) para possibilitar a prestação da assistência integral á saúde, e facilitar a adaptação de um melhor planejamento por parte da equipe de acordo com os recursos que a família dispõe, para obter melhor relacionamento do grupo familiar com os professionais de saúde e para ter maior

liberdade para expor os mais variados problemas visando a uma pronta resolutividade. A visita domiciliar tem muita importância na prática medica na atenção primaria pois nos permite avaliar ao paciente desde todos os pontos de vista, físico, psíquico, higiênico econômico, ambiental e social e desta forma detectar os fatores de risco que podem levar a complicações das doenças crônicas.

Considero que a VD favorece e potencializa o atendimento longitudinal, universal e integral dos processos saúde-doença dos indivíduos acompanhados na área de abrangência da ESF, assim como constitui um momento rico de troca de informações entre o paciente e a família com os professionais de saúde. O critério que nossa equipe de trabalho tem é que a visita domiciliar é a atenção dada por profissionais de saúde a um membro da família em sua própria casa, a fim de fornecer suporte, diagnóstico, tratamento, recuperação e reabilitação; é centrado no processo da doença e inclui cuidados paliativos para alívio da dor, atividade que atualmente é desenvolvida em cuidados primários, bem como a atenção à prostração. Nossas ações são executadas de acordo com uma pré-avaliação e um plano de cuidados; e são negociadas e acordadas com a família e não impostas pela equipe de cuidados de saúde.

Os objetivos de nossa visita do ponto de vista do sistema e dependendo das necessidades do usuário, são: conhecer o ambiente e situação familiar; identificar necessidades, recursos e redes; avaliar a família como a unidade de cuidados; melhorar a definição dos problemas de saúde e diferenciar o diagnóstico de pessoas. Isso permite ver as pessoas, não como uma patologia, mas como seres humanos que têm um problema de saúde; diagnósticos são necessários para avaliar o resultado de ações para reduzir os números de morbidade e mortalidade, mas em termos relacionais, considerando que o trabalho médico principal é conseguir que os seres humanos mudem seu comportamento e adotem hábitos mais saudáveis. Na visita domiciliar a relação deve ser obrigatoriamente mútua entre o usuário ou caso índice e a família e a equipe de cuidados de saúde; deve ainda incluir os amigos e vizinhos.

Para alcançar este objetivo é essencial melhorar a comunicação entre os membros da equipe de saúde e família, obtendo como benefício: melhora na saúde, participação e responsabilidade da família no processo de cuidados; qualidade de vida dos usuários dá uma sensação de intimidade e bem-estar, desde que as pessoas sintam

que este tipo de suporte personalizado é mais humano, melhora o entendimento da educação, impede a falta de integração social, benefício que só pode ser alcançado nos cuidados primários, não para o secundário ou terciário. Os planos de cuidados precisam ser dinâmicos, assim como a vida das pessoas e seu contexto. E, para que permaneçam adequados e em direção ao alcance dos objetivos, precisam ser monitorados e feitos reajuste às intervenções se for o caso.

CASO CLÍNICO

HDA: Na manhã de Terça-feira visitamos a casa de A.S.N.; 65 anos; raça branca; sexo feminino; residente no povoado Ponta dos Mangues; casada, com J.P, 68 anos; tem um filho L.S, de 35 anos, solteiro; no momento da visita se encontra o casal, mas a visita só estava programada para dona A.S.N.; diabética, obesa, com queixas de muito apetite e urinando muito. Há 2 dias que não toma a medicação, além disso queixa-se de tonturas; mas não faz a dieta orientada, gosta de comer muita farinha, macarrão e, às vezes, come biscoito doce e bolo; não faz caminhada; refere que nunca tem tempo para fazer exercício, por isso não consegue baixar de peso apesar das orientações médicas. O cônjuge fala que ela não quer fazer, por mais que cobrem dela; começa o tratamento e dieta e logo abandona ou esque-se de tomar os remédios. No momento da visita fazemos glicemia capilar em jejum, resultando em cifras elevadas de 220 mg/dl.

ANTECEDENTES PESSOAIS

Sedentária. Hábitos nutricionais deficientes. Obesa classe 1. (Risco de comorbidade moderado). Diabetes Mellitus tipo II

ANTECEDENTES FAMILIAIS

Pai Diabético rpm.

EXAME FÍSICO

• Peso: 85 kg

• Altura: 165 cm

• IMC: 31.1 kgxmsc.

Mucosas e pele: Normocoradas

Sistema respiratório: Murmúrio vesicular fisiológico sem ruídos adventícios, frequência respiratória: 20

Sistema cardiovascular: Rítmicas e em dois tempos, sem sopros ou outras alterações. Exame dos pulsos periféricos normais.

Frequência cardíaca: 82 bpm. PA: 130/180 mmHg

Abdômen: Globoso, sem alterações, ausência de lesões e cicatrizes, ruídos hidroaéreos presentes e normais, indolor à palpação superficial e profunda, ausência de nódulos, massas ou visceromegalias, sons timpânicos fisiológicos à percussão.

Sistema nervoso: Paciente consciente e orientada, Sensórios livres, reflexos presentes e normais, sensibilidade normais

Outros exames neurológicos sem alterações.

Sistema locomotor: Membros superiores e inferiores normais. Outros exames físicos sem alterações.

DIAGNÓSTICO INICIAL

Diabetes Mellitus tipo II descompensada. CAS: Glibenclamida 5 mg 1comp nesse momento

SEGUIMENTO:

Colocar tratamento de mantimento. Identificar os fatores de risco associados indicar exames complementares:

• Urina (bioquímica e sedimento)

- Creatinina
- Ureia
- Ácido úrico
- TGP e TGP
- Glicemia
- Hemoglobina glicosilada (HbA1c)
- Colesterol total HDL e triglicérides
- Hemograma completo
- ECG em repouso

Agendar visita domiciliaria na próxima 7 dias. Seguimento em consulta programada Orientações para os fatores de risco identificados: Iniciar caminhada diária. Fazer 6 refeições durante o dia Evitar alimentos ricos em gordura saturada e colesterol, iniciar redução de açúcar adicionado no preparo dos alimentos, não deve usar temperos industrializados, como embutidos, conservas, enlatados, bacalhau, charque, queijos em geral. Não deve comer doce nem ingerir sucos com açúcares. Incluir nas comidas frutas e vegetais. Evitar acidentes na moradia (como quedas, queimaduras, etc). Manter e fazer a higiene bucal. Manter higiene da moradia. Usar calçados e roupas cômodas. Revisar os calçados antes de usar Hidratação Auto cuidados: prevenção contra calos, micoses, unhas encravadas, etc. Na visita posterior: Avaliar os resultados dos exames

Glicemia: 180 mg/dL

Hemoglobina glicosilada: 6.5% Colesterol: total 270 mg/dL HDL: 45 mg/dl

• LDL: 165 mg/dl

• Triglicérides: 111 mg/dL

Creatina: 0,70 mg/dL

Ureia: 38 mg/ dL

Ácido úrico: 4,2 mg/ dL

TGP: 12 U/LTGP: 14 U/L

Sumario de urina: negativo EKG: normal

• Hb: 12,4mg/dl Hto: 38,9%

Diferencial normal Plaquetas: 250.000/ mm3. Leucócitos: 7,550 /ml

Neste momento Glicemia: 170 mg/dL

Diagnósticos Definitivo: Diabetes Mellitus tipo II descompensada Dislipidemia Objetivos do tratamento: Reduzir morbimortalidades e complicações da diabetes.

PLANO DO TRATAMENTO:

Não farmacológico:

Redução dos açúcares na dieta:

 Redução do peso corporal: Realizar Atividade física: exercícios físicos regulares, pois seus benefícios possuem ação máxima de apenas 24 a 48 horas; devem ser exercícios (caminhar) em média deve ser de 45 a 60, minutos; no mínimo três vezes por semana.

 Alimentação saudável: evitar frituras em geral, inclusive com margarinas ou creme vegetal, processo que produz oxidação, alimentos ricos em vegetais e frutas

Tratamento farmacológico:

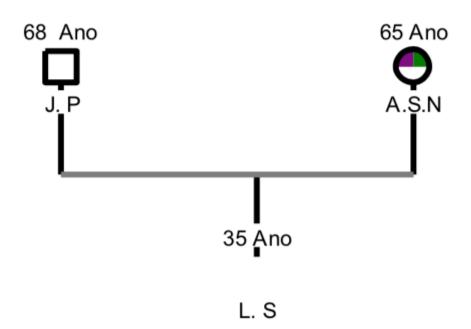
- Glibenclamida 5 mg: 1 comp em jejum e 1 comp. antes do jantar.
- Metformina 850 mg 1 comp depois de almoço.
- Sinvastatina 20mg: 1 comp após de jantar.
- Agenda consulta em 15 días.
- Visita domiciliar em 1 mês.

Atualmente conseguimos a adesão da paciente ao tratamento, controlada e acompanhada por nossa equipe de trabalho. Conseguimos mudanças em seu estilo de vida, em seus hábitos nutricionais e participa nas palestras que oferecemos cada mês em nossa Unidade Básica de Saúde.

GENOGRAMA:

Senhora A.S.N; 65 anos; raça branca; sexo feminino; residência Ponta dos Mangues Município Pacatuba; casada, com J.P de 68 anos e o filho L.S de 35 anos solteiro, é diabética, obesa, esposo não tem antecedentes de doenças o filho é são.

Família nuclear



REFLEXÃO CONCLUSIVA

O curso de especialização em saúde da família e integrador e importante devido:

- Ensina a organização, princípios, leis e artigos, do sistema único de saúde
 (SUS), além disso, as redes de apoio e como interatuam e funcionam.
- É de vital importância o conhecimento e funcionamento da equipe de saúde da família, suas integrantes e papel determinante para o funcionamento da família.
- Ensina conhecimento da população brasileira, que é heterogênea, as famílias, sua crise, de forma tão abrangente abordar famílias.
- Aporta conhecimento em relação as principais doenças da população, como fazer prevenção, educação e promoção para a saúde, as conduta e protocolo de tratamento.

Para minha experiência como profissional da saúde este curso de especialização foi muito bom porque permitiu relembrar e atualizar muitos aspetos importantes já apreendidos durante minha formação médica e, além disso, me ajudou a ficar mais perto dos protocolos de atendimento no Brasil os quais são muito parecidos aos de nosso pai mais diferem em alguns aspetos. Não obstante não deixa de ser uma boa maneira de aproximar ao profissional ao ambiente onde se trabalha. Às vezes, fundamentalmente ao inicio do eixo 1 fique atrapalhado porque foram tocados temas básicos como a historia dos SUS e desenvolvimento mais neste eixo 2 esteve muito feliz de poder estudar temas tão importantes e necessários como as DCNTS (Hipertensão Arterial Sistêmica, Diabetes Melitus) e de outras tão interessantes como os sangramentos ginecológicos, doenças sexualmente transmissíveis, câncer de mama e útero situações de estresse e depressão entre outras.

Desde o primeiro momento teve dificuldades com a plataforma de ensino aprendizagem e também com acesso na internet por ser muito difícil à conectividade neste município. Gostei do desempenho dos professores e orientadores, muitos

dedicados, éticos e respeitosos, fazendo sensíveis alertas e sempre na maior disposição para ajudar. Acredito que o curso cumpriu com o objetivo que foi de aproximarmos aos temas médicos que mais repercute nas pessoas e são as causas que mais referem os usuários quando vão à consulta. Minha trajetória no curso de especialização foi boa, acredito que a aprendizagem foi ótima em todos os temas expostos.

O mais importante de todo é que durante este curso apreendi e relembre muito dos conhecimentos da medicina e me possibilito trabalhar melhor no posto de saúde podendo dar uma melhor atenção aos usuários.

Muito obrigada!

REFERÊNCIAS

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PROMOÇÃO DA SAUDE. Disponível em: http://www.abps.org.br/.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 128 p. : il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 37).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 160 p.: il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 36).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria da Atenção á Saúde. Agenda de compromissos para á Saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil, Brasília: Editora MS. 2005.

CONSENSO BRASILEIRO DE HIPERTENSÃO ARATERIAL - III Consenso Brasileiro de Hipertensão Arterial. 1998.

CONFERENCIA INTERNACIONAIS DE PROMOÇÃO DA SAUDE. Disponível em: http://www.who.int/hea lthpromotion/conferences/.

DANNI, Flavio. Fuchs. Hipertensao Arterial Sistemica. In: DUNCAN, B. B. et al. Medicina Ambulatorial, Conductas de Atenção Primária Baseadas em Evidencias. 3. ed. Porto Alegre: ArtMed, 2006. Cap. 66, p. 641- 656.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica Saude da criança: crescimento e desemvolvimento. Cadernos de Atenção Básica, n° 33. 1ª Ed. Brasília – DF.2012

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de Atenção Domiciliar. Brasilia-DF 2013 vol. 2. .

PAULO, C. B. et al. Hipertensão arterial e alguns fatores e risco em uma capital brasileira. Arg Bras Cardiol. Abr. 2007; p.88-126.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. Arq. Bras Cardiol. 2006, p.1- 48.

SANTOS. M. A. et al. Representações sociais de pessoas com diabetes acerca do apoio familiar percebido em relação ao tratamento. Rev. Esc. Enferm., São Paulo, v. 45, n. 3, p. 651-658, jun. 2011.

ANEXO1: PROJETO DE INTERVENÇÃO



PROJETO DE INTERVENÇÃO

MARIELA CARRAZANA GINARTE

ESTRATÉGIA EDUCATIVA EM PACIENTES HIPERTENSOS MAIORES DE 60 ANOS PARA MELHORAR SEU CONTROLE TERAPÊUTICO DO MUNICIPIO PACATUBA, ANO 2016

ARACAJU, SERGIPE 2016

RESUMO

Será realizado um projeto de investigação tipo intervenção, em pacientes hipertensos maiores de 60 anos no território de UBS Ponta dos Mangues da Secretaria Municipal de Saúde de Pacatuba, Estado Sergipe, no período correspondente desde Agosto 2016 a Maio 2017. O universo estudado serão todos os pacientes hipertensos maiores de 60 anos cadastrados no UBS referida. O projeto de intervenção tem como objetivo geral, avaliar a eficácia da aplicação de uma estratégia educativa para elevar o nível de conhecimento sobre o controle terapêutico nos pacientes hipertensos com mais de 60 anos e reduzir a hipertensão arterial nesta população. Os resultados esperados são: melhorar o conhecimento da população maior de 60 anos sobre hipertensão arterial e as consequências, e pretende-se que adquiram conhecimentos sobre o tema e recebam a orientação adequada que contribua com a diminuição, bem como se espera que as pessoas participantes se tornem multiplicadoras dos conhecimentos adquiridos na comunidade. Esta será avaliada com aplicação previa de uma planilha de viciamento antes e depois das intervenções educativas para avaliar e comprovar sim a educação influi na incidência desta doença e a melhora da qualidade de vida dos pacientes hipertensos. Esperamos que um 97% dos pacientes hipertensos tenham melhora da qualidade de vida assim com evidencia da diminuição das cifras tensionais e suas complicações. Estes resultados serão expressos em gráficos, tabela para sua discussão e análises estadísticos demonstrando a eficácia da intervenção educativa para melhorar a qualidade de vida dos pacientes hipertensos estudados.

1. INTRODUÇÃO

IDENTIFICANDO E APRESENTANDO O PROBLEMA

A Hipertensão Arterial Sistêmica é a doença crônica não transmissível mais comum em idosos, tanto na sua forma sistodiastolica (HSD) como a isolado sistólica (HSA). Há um risco absoluto referindo-se a incidentes ou acidentes ocorridos em relação a esta doença e maior prevalência na população idosa, resultando assim um grande problema epidemiológico por sua gravidade e as consequências clínicas neste grupo etário. Em idosos, é um dos problemas da nossa civilização a ser considerado quando são planejadas intervenções destinadas à prevenção, tratamento e controle de doenças crônicas não transmissíveis. (RIZO; VAZQUEZ, 2011)

Mais de um século atrás, sabe-se que pressão arterial diminui sobrevivência, razão pela qual constitui, para alguns autores, o mais importante problema de saúde em países desenvolvidos, que afeta cerca de 20% de toda a população adulta. O aparecimento de complicações nesta doença é diretamente proporcional ao nível de aumento da pressão arterial acima do normal. No entanto, conhecido como difícil é manter o deslocamento para um hipertenso, fenômeno que tem como base problemas subjacentes tais como um estilo de vida inadequado, um baixo nível cultural e até mesmo a ausência de uma boa relação médico-paciente. (RIZO; VAZUQEZ, 2011).

A Pressão arterial elevada (hipertensão) é uma das condições mais comuns que afetam a saúde dos indivíduos e populações em todas as partes do mundo. Representa, por si só uma doença e também um fator de risco significativo para outras doenças, tais como a doença de coração isquêmica (CI), insuficiência cardíaca (IC), doença cerebrovascular (DCV), insuficiência renal, entre outros. (GOROSTIDI, Perez. M et al, 2010).

A população geriátrica está crescendo em países desenvolvidos e em desenvolvimento e este problema cresce em magnitude em todo o mundo. A percentagem de idosos oscila entre 13 e 20%. O Brasil exibe números de cerca de 15% das pessoas que chegam e superam a chamada terceira idade. (THE SIXTH REPORT OF THE JOINT NATIONAL COMMITTEE, 2011). Certas atitudes médicas contra idosas não colaboram com a saúde dos pacientes nesta fase da vida. A verdade é que a duração

da vida é limitada, mas você não precisa que seu "Crepúsculo" pareça nublado por uma onerosa inutilidade ou incapacidade prolongada. A vida deve ser profunda e ampla, tanto quanto o tempo. A eficiência homeostática diminuída e o acúmulo de lesões não podem levar possíveis limitações aos idosos, mas a medicina clínica não pode excluí-los. As terapias raramente levam à cura, no entanto o regulamento e atraso de declínio progressivo podem obter muito bons resultados.

A hipertensão arterial é um processo de origem multifatorial que começa desde os primeiros anos da vida a partir de uma complexa interação entre o genótipo e fatores meio ambientais, como são os hábitos de alimentação inadequados (consumo de alimentos hipercalóricos e em excesso) e os hábitos progressivamente sedentários (diminuição da despesa energética). (JNC 7 REPORT, 2009).

No estudo INTERHEART, encontrou-se a hipertensão como fator de risco independente de infarto agudo do miocárdio entre pessoas mais velhas. Nos países em via de desenvolvimento a situação é ainda mais crítica, por exemplo, na Índia e Bangladesh, só 44 % dos hipertensos era conhecido e deste sozinho o 23 % estavam controlados. No estudo Inter Ásia, encontrou-se que só 46 % dos hipertensos com mais de 65 anos eram conhecidos, só estavam tratados 31,9 % e 9 % estavam tratados e controlados. (CEBALLOS; CALVO; GIL, 2009).

A OMS tem assinalado que as três quartas partes da mortalidade por doenças cardiovasculares (ECV) pudessem ser prevenidas. A prevenção primária e secundária esta sustentada na detecção precoce, o controle de seus fatores de risco e a promoção de estilos de vida saudáveis. (Mc LOUGHLIN; MALVINO; MURYAN, 2011).

A prevalência de hipertensão está diretamente correlacionada com a idade, tornando-se progressivamente mais prevalente em mulheres e na presença de obesidade. O problema tende a ser silencioso e deve ser sistematicamente investigado.

O entendimento de que a HAS é um fator importante na morbilidade e a mortalidade cardiovascular e renal data de 1836, quando Richard Bright descreveu achados anatomopatológicos em pacientes com albuminuria, hipertrofia ventricular esquerda (HVI) e dano renal. Atribuiu o engrossamento das paredes do ventrículo esquerdo ao aumento da resistência periférica, a que explicava a sua vez o carácter do pulso arterial periférico duro e cheio que tinha constatado em vida dos pacientes.

(LOMBERA et.al., 2009). Na fisiopatologia da hipertensão arterial, encontram-se envolvidos fatores genéticos tais como a heredabilidade, a agregação e segregação familiar, além de fatores ambientais modificáveis, como a obesidade, o sedentarismo, o tabaquismo, o alcoolismo, ingestão de comidas com alto conteúdo de sal e gorduras saturadas e outros.

O sobrepeso e a obesidade em idades temporãs são fatores determinantes nas modificações dos níveis de pressão arterial já que predispõem a sua elevação, em vários estudos constata-se que a exposição precoce a estes fatores de risco se associa com o desenvolvimento posterior da aterosclerose e suas consequências orgânicas. (KAPLAN, N. M, 2009).

Nas pessoas que fumam desde a adolescência a mortalidade é 3 vezes maior que os não fumadores. A existência de uma correlação forte, positiva, contínua e independente entre pressão arterial e risco de doença cardiovascular, tem sido bem documentada. O nível de pressão arterial mostra uma relação direta com a cardiopatia hipertensiva. (VALDES; ROESSLER, 2008).

Nos países desenvolvidos, a adesão terapêutica em pacientes que sofrem de doenças crônicas é apenas 50%. Essa deficiência é ainda maior nos países em desenvolvimento, dadas a escassez de recursos e as desigualdades no acesso aos cuidados de saúde. Este fato permite reconhecer que apenas metade das pessoas com doenças crônicas faz o tratamento necessário para o controle de sua doença, o que ameaça a capacidade do sistema de saúde para alcançar objetivos relacionados à saúde da população. (DE LA FIGUERA et al, 2007).

Falhas de seguir as prescrições médicas exacerbam problemas de saúde e a progressão da doença e tornam impossível estimar os efeitos e o valor de um tratamento específico. Isto torna impossível fazer um diagnóstico correto e provoca um aumento desnecessário no custo dos cuidados de saúde para o paciente e o sistema de saúde. (CASTILLO et al, 2012). Os trabalhos realizados nos últimos anos, tanto nacionais como internacionais mostram que quase 50% dos pacientes hipertensos são incapazes de cumprir um regime higiênico - sanitário e tomar corretamente os medicamentos, especialmente quando isto se estende por mais de um ano.

JUSTIFICATIVA DA INTERVENÇÃO

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) tem alta prevalência e baixas taxas de controle, é considerado um dos principais fatores de risco modificáveis e um dos mais importantes problemas de saúde pública. A HAS constitui o problema médico sanitário mais importante da medicina contemporânea em nossa comunidade, sendo o controle da mesma, a pedra angular de trabalho para diminuir em forma significativa a morbimortalidade por doenças cérebro vasculares e renais, sobretudo nas idades geriátricas.

Observa-se alto grau de desconhecimento da população sobre os fatores de risco para prevenir a doença, e manter controlada a mesma quando já tiver ela considerando como tratamento só o medicamentoso. Tudo isso nos motiva a realizar o projeto de intervenção sobre este problema para diminuir as complicações e mortalidade pela mesma, especialmente em idosos, com a realização de uma proposta para melhoria da adesão ao tratamento de hipertensão arterial dos pacientes da Unidade de Saúde da Família, Ponta dos Mangues, no Município Pacatuba/SE

Portanto, este estudo se justifica em função da necessidade de intervenção da Equipe de Saúde da Família frente a esse problema. É fundamental analisar nos idosos hipertensos, atendidos pela equipe, os seguintes aspectos: adesão ao tratamento, hábitos alimentares e o estilo de vida, bem como identificar os fatores de risco comportamentais à saúde dos hipertensos e realizar atividade de educação em saúde, contribuindo para melhoria da qualidade de vida. Assim, perguntar-se: "qual é o papel da educação destes pacientes no controle da hipertensão?" E com base nesta premissa, este trabalho foi concebido.

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Aplicação de uma estratégia educativa para elevar o nível de conhecimento sobre o controle terapêutico nos pacientes hipertensos com mais de 60 anos e reduzir a hipertensão arterial nesta população.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar os conhecimentos que as pessoas idosas possuem sobre hipertensão arterial e suas consequências;
- Analisar o comportamento do inadequado controle terapêutico nos pacientes estudados;
- Orientar sobre as consequências de a hipertensão no contexto biopsicossocial e neurológico;
- Realizar uma proposta de intervenção educativa com atividades que ajudem a diminuição da hipertensão arterial em pessoas idosas de nossa comunidad

3. REVISÃO DA LITERATURA

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e uma condição clínica multifatorial caracterizada por niveis elevados e sustentados de Pressão Arterial (PA). Associa-se frequentemente a alterações funcionais e/ou estruturais dos orgaos-alvo (coração, encéfalo, rims e vasos sanguíneos) e a alterações metabólicas, com consequente aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e nao fatais (BRASIL, 2013).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) a hipertensão arterial sistêmica (HAS) constitui um sério problema de saúde em todo o mundo, sendo responsável por 40% das mortes por doença arterial coronária, onde vinte nove porcento (29%) da população mundial têm HAS. (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2003).

A Hipertensão Arterial Sistêmica é a mais frequente das doenças cardiovasculares. É também oprincipal fator de risco para as complicações mais comuns como acidente vascular cerebral e infarto agudo do miocárdio, além da doença renal crônica terminal. (BRASIL, 2013).

A hipertensão é uma doença muito comum. A prevalência de hipertensão nos países latino-americanos é de 36%. A hipertensão ocorre em todas as idades, mas é mais comum em pessoas mais velhas. Os homens e as mulheres sofrem, mas eles sofrem frequentemente menos de 50 anos, que coincidem com a menopausa, aumenta o número de mulheres hipertensos para ser igual ou mesmo maior do que a dos homens. (GONZALEZ, 2011). De acordo com dados obtidos pela Organização Mundial de Saúde, as doenças cardiovasculares e hipertensão em si devem ser consideradas um problema prioritário de saúde nas Américas, com enorme impacto social e econômico. Isto é ainda mais evidente quando se considera o fato de que um número significativo de pacientes ao procurar atendimento para HTA ou são detectados pela equipe de centros de saúde, já apresentam complicações e danos aos órgãos-alvo, como explicado em parte pela ausência de sintomas em suas fases iniciais. (OMS, 2003).

Estima-se que quase um em cada três adultos norte-americanos tinham pressão arterial elevada no final da última década, um número que mostra uma mudança radical na tendência de queda que havia sido observado em anos anteriores. Prevalência HAP atingiu 29% da população adulta, o que implica um aumento de 4% 1988-1991 e inverte

a tendência de queda desde os anos sessenta. Estima-se que mais de 58 milhões de americanos eram hipertensos em 1999-2000. HAP é um grande problema na Europa do que nos Estados Unidos e Canadá, de acordo com um estudo internacional publicado na última edição da revista "JAMA"; os resultados mostram que a hipertensão no grupo de população mais de 35 anos (leituras de pressão arterial maior que 140/90 mm Hg) afeta 44% dos europeus e 28% dos norte- americanos. A doença é mais prevalente na Alemanha (55%), seguido da Finlândia (49%), Espanha (47%), Inglaterra (42%), Suécia (38%), Itália (38%), Estados Unidos (28%) e Canadá (27%). Além disso, o estudo mostra que se relaciona diretamente HAP mortalidade curso nesses países, onde as taxas são 41, 2 mortes por 100 mil na Europa de 27,6 por 100.000 na América do Norte. Ele salienta que a doença é tratada de forma mais agressiva nos Estados Unidos e Canadá, onde 33% dos hipertensos estão controlados, em relação a apenas 8% na Europa. (WOLF-MAIER, 2013).

Inqueritos populacionais em cidades brasileiras nos últimos 20 anos apontaram uma prevalencia de HAS acima de 30%. Considerando-se valores de PA ≥ 140/90 mmHg, 22 estudos encontraram prevalencias entre 22,3% e 43,9% (media de 32,5%), com mais de 50% entre 60 e 69 anos e 75% acima de 70 anos. (SOCIEDAD BRASILERA DE CARDIOLOGIA, 2006). Entre os generos, a prevalencia foi de 35,8% nos homens e de 30% em mulheres, semelhante a de outros países. Revisão sistematica quantitativa de 2003 a 2008, de 44 estudos em 35 países, revelou uma prevalencia global de 37,8% em homens e 32,1% em mulheres. (MALTA, 2006).

De acordo com Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010, p.1-48), no ano de 2000 as pessoas com mais de 60 anos, no Brasil, alcançavam aproximadamente os 15 milhões, em 2010 teve um incremento de 8,6 % a 11 %, chegando, neste ano, a mais 20 milhões de idosos. Segundo estimativas, em 2025 o país terá mais de 30 milhões de idosos e aproximadamente 85 % apresentarão pelo menos uma doença. (IBGE, 2010). Segundo a (V Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial, de 2006), utilizando-se o critério atual para diagnóstico de hipertensão arterial (140x90 mmHg), as taxas de prevalência na população urbana adulta brasileira em estudos selecionados variam de 22,3% a 44%. Em uma prevalência de hipertensão arterial de 41,4% da população estudada, 51,8% são homens e 33,1% mulheres. As

alterações próprias do envelhecimento tornam o indivíduo mais propenso ao desenvolvimento de HAS, sendo essa a principal doença crônica nessa população. Na população idosa a prevalência é em torno de 48,6% na faixa etária de 60 a 69 anos, e de 62,3% nos maiores de 70 anos, mostrando, nessa faixa etária, um maior número de hipertensos.

Segundo Litvoc; Brito (2004, p.226), envelhecer não é adoecer, é seguir sendo, seguir existindo, realizando, criando vida, é superar os limites dos que nos antecederam e de nossa própria geração, mas o sistema de saúde brasileiro, os trabalhadores da saúde e a população brasileira, ainda precisam de mais preparação ao respeito, para lograr um envelhecimento saudável. No Brasil, o crescimento dos índices das pessoas com sessenta anos ou mais é muito superior a de todas as demais faixas etárias, aumentando o peso dos cuidados com a saúde, é por isso que um novo saber de saúde, específico e avançado, faz-se necessário, com parâmetros técnicos, culturais, sociais e biomédicos, que tenham como foco a prevenção e a promoção da saúde.

Segundo Camacho; Coelho (2010), no âmbito da saúde, o idoso tem garantido a assistência nos diversos níveis de atendimento no Sistema Único de Saúde (SUS); prevenir, promover, proteger e recuperar a saúde do idoso, mediante programas e medidas profiláticas; incluir a geriatria como especialidade clínica, fazer estudos para detectar o caráter epidemiológico de determinadas doenças do idoso, com vistas à prevenção, tratamento e reabilitação.

Adesão ao tratamento é considerada um processo complexo, que recebe influências de fatores ambientais, individuais, de acolhimento pelos profissionais de saúde nas dimensões biológica, sociológica e psicológica, que são determinantes da qualidade do cuidado prestado. (PIRES; MUSSI, 2008). Também se somam fatores socioeconómicos, culturais e comportamentais, dificultando ainda mais o processo de adesão ao tratamento. Segundo Riera (2000), entre os pacientes que iniciam o tratamento para o controle da HAS, entre o 16% e 50% abandonam a medicação antihipertensiva durante o primeiro ano de uso, tornando-se prioritário aos profissionais de saúde desenvolver e programar estratégias que motivem ao paciente a continuar uma determinada terapêutica farmacológica ou não, fazendo intervenções com equipe multiprofissional. Tal panorama indica que o modo como as pessoas fazem seus

tratamentos está entre os maiores desafios no enfrentamento da doença, que o tratamento adequado pode consistir tanto na adoção de estilo de vida saudável, quanto no uso de medicação ou a associação de ambos.

Segundo GIROTTO, E (2007). A problemática da adesão ao tratamento é complexa, pois vários fatores estão associando se assim, divididos quando relacionados: à doença (cronicidade, assintomáticas, crenças, hábitos culturais e de vida, auto-estima, desconhecimento, contexto familiar, conceito saúde-doença, experiência com a doença); ao tratamento (efeitos indesejáveis, custo, esquemas complexos, qualidade de vida); e à instituição (acesso, distância, tempo de espera, atendimento e política de saúde, assim como relacionamento com a equipe de saúde, (envolvimento e relacionamento inadequados). Dosse et al. (2009).

Sinalizaram que entre as principais dificuldades encontradas para uma boa adesão ao tratamento anti-hipertensivo está a ausência ou insuficiência de um trabalho de conscientização da equipe de profissionais de saúde da atenção primária mostrando a necessidade de adoção de um estilo de vida mais saudável, de comparecimento às consultas, do uso regular de medicamentos e do autocuidado do paciente idoso.

4. METODOLOGIA

CENÁRIO DO ESTUDO

O projeto de intervenção será desenvolvido no território de UBS Ponta dos Mangues da Secretaria Municipal de Saúde de Pacatuba, que tem um total de população de 2576 indivíduos. Será realizado um estudo de tipo intervenção educativa com o objetivo de modificar o nível de conhecimento em pacientes hipertensos maiores de 60 anos para melhorar seu controle terapêutico. O UBS Ponta dos Mangues, pertenece ao município Pacatuba, estado Sergipe. O universo é constituído por pacientes maiores de 60 anos com HTA.

SUJEITOS DA INTERVENÇÃO (POPULAÇÃO ALVO)

A população alvo deste projeto de intervenção serão 276 pacientes maiores de 60 anos cadastrados até este momento na UBS Ponta dos Mangues no Município Pacatuba, Sergipe. Pretende-se sensibilizar cerca de 276 pessoas maiores de 60 anos pertencentes à área de saúde do UBS Ponta dos Mangues.

ESTRATÉGIAS E AÇÕES

Realizar, inicialmente, uma reunião com todos os membros da equipe para sensibilizá-los sobre o projeto, em especial os agentes comunitários de saúde (ACS), por seus conhecimentos da comunidade na qual se encontram os pacientes.

Utilizar as visitas domiciliares, consultas e a sala de espera como espaços para orientação principalmente a aos familiares sobre a hipertensão arterial e complicações assim como as ações que proporemos realizar. Propõe-se a trabalhar por etapas:

ETAPA 1

Realizar convite para participação das pessoas cadastradas na UBS Ponta dos Mangues para o projeto, através de visitas domiciliares que serão realizadas pelos ACS. Realizar uma palestra com as pessoas que aceitarem participar do projeto. Conforme o número de participantes, poderá ocorrer a divisão do público alvo em dois ou mais

grupos. Nesse momento, as pessoas serão informadas das ações a serem realizadas; como palestras, dinâmicas grupais. A equipe fará a descrição do projeto de intervenção, seu objetivo importância, tendo com eles uma conversa sobre a sua participação. Pretendemos propiciar uma melhor aprendizagem dos diferentes temas sobre hipertensão para influenciar na modificação de atitudes respeito ao tema. Será aplicado um questionário de forma anônima sobre o tema para determinar necessidades de aprendizagem (anexo 1 – questionário inicial).

ETAPA 2

Criação dos grupos para a realização da capacitação que será feita pela equipe multiprofissional: médica, enfermeira, técnica de enfermagem, nutricionista e psicóloga. Nesses grupos, será realizada instrução das pessoas idosas sobre a hipertensão arterial e suas consequências. Trabalharemos em seções realizando ações de caráter educativo onde abordaremos os temas seguintes:

	TEMAS	PALESTRANTES
1	Conceito de hipertensão arterial	Médico
2	Alterações psicossociais e neurológicas	Psicóloga e Médico
3	Prevenção das reações adversas	Médico e equipe
4	Importância da participação da família e comunidade na prevenção da hipertensão arterial	Equipe

Durante as reuniões os participantes podem expor diferentes aspectos relacionados com o tema, experiências vividas ou conhecidas, intercâmbio de opiniões sobre o tema de que se estará tratando e conhecimento sobre os riscos que implicam a hipertensão arterial.

Etapa 3

Realizar reuniões com as pessoas com hipertensão arterial com frequência quinzenal, enfatizando os achados do questionário inicial. A equipe realizará reuniões com líderes da comunidade para criar grupos de apoio ao projeto para que a população se sinta envolvida e responsabilizada também com o problema.

AVALIAÇÃO E MONITORAMENTO

Realizar-se-ão reuniões nas segundas feiras às 16hr na unidade, lideradas pelo médico e enfermeira com todos os envolvidos na capacitação e a participação de todos os membros da equipe para monitoramento e avaliação da mesma. Finalizadas as atividades, propõe-se a aplicação de um questionário aos participantes sobre sua opinião a respeito dos encontros. (Anexo 2: Questionário Final). Os questionarios que seram aplicados aos participantes (analfabetos o com deficiencia motora), seram respondidos verbalmente, sendo consolidado os dados com esse público.

5. RESULTADOS ESPERADOS

Espera-se melhorar o conhecimento da população maior de 60 anos sobre hipertensão arterial e as consequências, bem como contribuir para mudanças no estilo de vida. Através deste projeto e da participação ativa da equipe e membros da comunidade envolvidos, pretende-se que as pessoas maiores de 60 anos adquiram conhecimentos sobre o tema e recebam a orientação adequada que contribua com a diminuição, bem como se espera que as pessoas participantes se tornem multiplicadoras dos conhecimentos adquiridos na comunidade.

6. CRONOGRAMA

		P	ERÍOI	DO DE	EREAI	.IZAÇ	ÃO					
AÇÃO			I									
			AGO	SET	OUT	NOV	DIZ	JAN	FEV	MAR	ABR	MAIO
Elaboração do	Constr	ucão dos										
projeto de	Construção dos tópicos do Projeto		X	X	X	X						
intervenção.	topicos	uo 110jeio										
		o dos idosos a atividade				X						
	Treina equipe na ativ	para se inserii				X	X					
	Realiza primeii	ação da ra avaliação					X					
Procedimento de Intervenção	Elabora	ação do cial teórico					X	X				
inter venção	Execuç							X	X	X		
	Avalia	ção final								X		
	Análise	e dos dados									X	X

7. RECURSOS NECESSÁRIOS

Para desenvolver o projeto necessita-se dos seguintes recursos:

Humanos: Equipe de Saúde da Família (médica, enfermeira, técnicas de enfermagem, Agentes Comunitários de Saúde), Psicóloga, Nutricionista, Farmacêutica.

Materiais:

- Prontuários dos pacientes
- Ficha para a avaliação dos pacientes
- Cartolinas
- Canetas
- Resma de papel
- Computador
- Cartilhas educativas com temáticas sobre a Hipertensão Arterial.

Recurso Organizacional: Sala de aula de reuniões para o desenvolvimento das aulas e atividades educativas.

8. ORÇAMENTO/FINANCIAMENTO

O financiamento será efetivado pela prefeitura municipal

0 4:1 1	Valor Uni	tário Valor Total
Quantidade	(Reais)	(Reais)
1	25,00	25,00
12	4,00	48,00
5	25,00	125,00
1	15,00	15,00
		213,00
1	2.000,00	2.000,00
		2.213.00
		2.213,00
	12 5	Quantidade (Reais) 1 25,00 12 4,00 5 25,00 1 15,00

REFÊRENCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Cadernos de Atenção Básica, n. 37 — Brasília: Ministério da Saúde, 2013, 128.p.

CAMACHO A. C. L. F.; COELHO, M. J. Políticas públicas para a saúde do idoso: revisão sistemática. Ver. Bras. Enferm. 2010, v. 2, n. 63, p. 279-784.

CASTILLO, Alvarez. C. et al. Incidencia y prevalencia de hipertensión arterial registrada en el Día Mundial de la Lucha contra la Hipertensión Arterial. Experiencia de un grupo de trabajo. Revista cubana médica. 2012, v.1, n.5, p. 126-148.

CEBALLOS, Atienza. R; CALVO, Gomez. C; Gil Extremera. B. Tratamiento de la Hipertensión, Actualización en el control y toma de decisiones clínicas en Hipertensión Arterial. Alcalá la Real (Jaén), Ed. Formación Alcalá. 2009, p.97-136.

DE LA FIGUERA, M. et al. Manejo de Urgencias Hipertensivas, Hipertensión Arterial en Atención Primaria, evidencia y práctica clínica. EUROMEDICE; 2007, p 443-463.

DOSSE, C. et al. Fatores associados á não adesão dos pacientes ao tratamento de hipertensão arterial. In: Revista Latino-Americana de Enfermagem. Ribeirão Preto, v.17, n2, abr.2009.

GONZALEZ, Pérez. U. El concepto de Calidad de Vida y la evolución de los paradigmas de las ciencias de la salud. Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana. 2011.

GOROSTIDI, Perez. M. et al. Urgencias en Hipertensión Arterial; Revisiones de la Sociedad española de Hipertensión-Liga Española para la Lucha contra la Hipertensión Arterial. España, v.3, p. 38-57. 2010.

GIROTTO, E. Adesão ao tratamento anti-hipertensivo e fatores associados na área de Abrangência de uma Unidade de Saúde da Família, Londrina, PR, 2007.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTADISTICA (IBGE) 2010. Sinopse do Censo Demográfico 2010. [página na internet]. 2010. Disponível em: http://www.censo2010.ibge.gov.br/sinopse/index.php?dados=12&uf=00. Acesso em: 05/08/2016

JNC 7 REPORT. The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. 2009.

KAPLAN,NM. Crisis Hipertensivas. En: Hipertensión Clínica. 4ª ed. Buenos Aires: Waverly. Hispánica; 2009, p. 339-356.

LITVOC, J; BRITO, F. C. Envelhecimento: prevenção e promoção da saúde. São Paulo: Atheneu. 2004, p. 226.

LOMBERA, Romero. F. et.al. Guías de práctica clínica de la Sociedad Española de Cardiología en hipertensión arterial. Rev. Española de Cardiologia, v. 53, n. 1. Enero 2009; p. 66-90.

MALTA, D. C, et al. Doencas cronicas não transmissiveis: mortalidade e fatores de risco no Brasil, 1990 a 2006. In: Saude Brasil 2008 Ministerio da Saude, Brasilia. 2009, p. 337-62.

OMS. Adherence to long-term therapies: coidence for actions: Genova: World Health Organization. 2003.

PIRES C. G. S.; MUSSI F. C. Crenças em saúde para o controle da hipertensão arterial. Cienc. Saúde colet. 2008, v.2, n. 13: p. 2257-67.

RIERA A. R. P. Hipertensão arterial: conceitos práticos e terapêutica. São Paulo: Atheneu. 2000.

RIZO, González R; VAZQUEZ, Trigo. Modificações de la tensión arterial en pacientes hipertensos sometidos a un ensayo comunitario. Rev. Cubana. Medicina Genera Integral. Habana. 2011, v.2, n.3, p.4-17, Feb/Abr.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. Arg. Bras Cardiol. 2006, p.1-48.

THE SIXTH REPORT of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. Arch Intern Med. 2011.

VALDES, G.; ROESSLER, E. Recomendaciones para el manejo de las crisis hipertensivas: Documento de Consenso de la Sociedad Chilena de Hipertensión Arterial Rev. méd. Chile, v.130 n.3 Santiago mar. 2008, p.10-24.

WOLF-MAIER, Cooper, Banegas, Giampaoli, Hense. et. al. (2013).

ANEXO 1 - QUESTIONÁRIO INICIAL

1. Aceita você participar no estudo?
-Sim:
-Não:
2 Nome e apelidos:
-Idade:
-Sexo:
-Escolaridade:
3. Com quem você mora?
Só:
-Esposa:
-Familiares:
4. Você faz tratamento para a hipertensão?
-Sim:
-Não:
*Não farmacológico
-Dieta:
-Exercícios:
-Nenhum dos anteriores:

*Farmacológico:
-Medicamentos utilizados:
5. Com que frequência toma o medicamento?
-Sempre:
- Ocasionalmente:
-De vez em quando:
6. Há alguém em sua família com hipertensão arterial?
-Sim:
-Não:
7. Você conhece os danos que provoca a hipertensão arterial?
-Sim
-Não:
8. Número de vezes que tem ido ao centro de saúde nos últimos 3 meses
por aumento da pressão arterial:
9. Possíveis causas que têm ocasionado os aumentos dos níveis de pressão arterial
-Abandono de tratamento:
-Hipertenso ocasional sem tratamento:
-Falha do tratamento:

ANEXO 2 - QUESTIONÁRIO FINAL

1. Como você considera seu nível de conhecimentos a respeito da
hipertensão arterial após os encontros?
-Alto:
-Médio:
-Baixo:
2. Você gostou de participar nas atividades educativas?
-Sim:
-Não:
3. Um melhor conhecimento da doença por parte da população teria melhor
efeito para evitar o aumento do número de pessoas hipertensas:
- Sim:
- Não:
Justifique sua resposta.
4. Em sua opinião, uma mudança no estilo de vida das pessoas diminuiria o
índice de hipertensão arterial nas pessoas?
- Justifique sua resposta.
5. Você foi capaz de compreender a importância do tratamento da
hipertensão arterial para evitar complicações durante toda a vida?
-Sim:
-Não: