

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS (UNA-SUS) – PORTO ALEGRE  
NÚCLEO DE TECNOLOGIAS EM EDUCAÇÃO A DISTÂNCIA EM SAÚDE  
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

**YAQUELIN BARROSO SÁNCHEZ**

**INTERVENÇÃO EDUCATIVA PARA MUDANÇAS DE ESTILOS DE VIDA EM  
PACIENTES HIPERTENSOS**

Porto Alegre

2018

**YAQUELIN BARROSO SÁNCHEZ**

**INTERVENÇÃO EDUCATIVA PARA MUDANÇAS DE ESTILOS DE VIDA EM  
PACIENTES HIPERTENSOS**

Trabalho de conclusão de Curso de Especialização apresentado ao Instituto de Ciências Básicas da Saúde da Universidade Federal do Rio Grande do Sul como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista em Saúde da Família.

Orientador: Prof. Luiz Farias de Lima Neto

Porto Alegre

2018

## SUMÁRIO DE FIGURAS

<b>FIGURA 1 – GENOGRAMA .....</b>	<b>11</b>
-----------------------------------	-----------

## LISTA DE ABREVEATURAS

**ACS – Agente Comunitário de Saúde**  
**Bmp – Batimentos por minuto**  
**cm – Centímetros**  
**C° - Graus Celsius**  
**cp – comprimido**  
**CT – Colesterol Total**  
**DCNT – Doenças Crônicas Não Transmissíveis**  
**dl – Decilitros**  
**DM – Diabetes Méllitus**  
**DST – Doenças Sexualmente Transmissíveis**  
**ECG – Eletrocardiograma**  
**ESF – Estratégia de Saúde da Família**  
**Fc – Frequencia cardíaca**  
**HAS – Hipertensão Arterial Sistêmica**  
**IMC – Índice de Massa Corporal**  
**Kg – Kilograma**  
**Kg/m<sup>2</sup> - Kilogramas por metro quadrado**  
**LDL – Colesterol**  
**MEV – Mudanças de Estilos de Vida**  
**Mg – Miligramas**  
**mg/dl – Miligramas por decilitros**  
**mmHg – Milímetros de mercúrio**  
**NASF – Núcleo de Apoio à Saúde Familiar**  
**PA – Pressão Arterial**  
**PMMB – Programa Mais Médicos para o Brasil**  
**SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica**  
**SO<sub>2</sub> – Saturação do oxigênio**  
**SUS – Sistema Único de Saúde**  
**UBS – Unidade Básica de Saúde**

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO DO PORTIFÓLIO.....</b>	<b>6</b>
<b>2</b>	<b>ESTUDO DE CASO CLÍNICO .....</b>	<b>8</b>
2.1	RELATO DE CASO .....	8
2.2	DISCUSSÃO .....	10
<b>3</b>	<b>PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DE DOENÇAS .....</b>	<b>12</b>
<b>4</b>	<b>ATENÇÃO DOMICILIAR .....</b>	<b>18</b>
<b>5</b>	<b>REFLEXÃO CONCLUSIVA .....</b>	<b>22</b>
	<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>25</b>
	<b>ANEXO A – PROJETO DE INTERVENÇÃO .....</b>	<b>27</b>

## 1 INTRODUÇÃO DO PORTIFÓLIO

Meu nome é Yaquelin Barroso Sánchez, tenho 43 anos, sou natural de Media Luna, Granma, Cuba, onde cresci. Inicie minha formação universitária na cidade de Manzanillo no ano 1992 na Universidade de Ciências Médicas Celia Sánchez Manduley. Iniciei minha carreira profissional como médica em Estratégia Saúde da Família (ESF) no município de Media Luna, no ano 1998, onde fiz a especialização em saúde da família de 2001 até 2004, durante dois anos posteriores trabalhei em comunidades rurais e urbanas dessa cidade.

No ano 2008 trabalhei em Ghana, na África, durante dois anos. Retornei, nos 2010 e, durante os anos 2012 e 2013 fiz um Diplomado de Oncologia Clínica e logo trabalhei como coordenadora municipal do Programa de Câncer.

Em julho de 2016, aderi ao Programa Mais Médico para o Brasil (PMMB) e, desde então, atuo na cidade de Minas do Leão/RS há cerca de um ano. Estou lotada na Unidade Básica de Saúde (UBS) Doutor João Thadeu de Vargas Alves, localizada na Rua Ulisses Guimarães, cuja área de abrangência atende aos bairros de São José, Recreio e Coréia. O território é distrito à UBS corresponde a cinco micros áreas sendo consideradas de risco, devido à presença de famílias de baixo nível socioeconômico, ausência de saneamento básico adequado e presença de esgoto a céu aberto perto dos domicílios.

Há oito Igrejas evangélicas (Assembleia de Deus, Adventista, Pente Costal, Congregação Cristã e outras), três escolas públicas, uma quadra de esportes e duas praças. A população atendida abrange um total de 3.968( três mil novecentos e sessenta e oito) usuários, segundo dados de dezembro de 2016 fornecidos pelo SIAB (Sistema de Informação da Atenção Básica).

As doenças mais prevalentes nos atendimentos são: hipertensão arterial sistêmica (HAS), diabetes mellitus tipo 2 (DM), infecções respiratórias agudas, osteoartrose, lombalgia, micoses cutâneas, parasitoses intestinais. A população atendida, em sua maioria, não tem acesso à água tratada e à rede de esgotos.

O Projeto de Intervenção na UBS foi sobre Intervenção educativa em pacientes hipertensos da Unidade Básica de Saúde Doutor João Tadeu de Vargas Alves, com o objetivo de aumentar o nível de conhecimento sobre o tema hipertensão arterial. E acreditamos que a intervenção foi positiva na modificação do nível de conhecimentos e cuidados nos pacientes objetos de estudo. A escolha desta temática foi relevante devido à alta prevalência de pacientes hipertensos no território. A metodologia foi através da identificação deste público e convite

peçoal feito por meio de uma carta de disposição para participar no projeto, seguindo o cronograma determinado.

## 2 ESTUDO DE CASO CLÍNICO

Nome do paciente: M.R.D.S, do sexo feminino, idade 61 anos. Reside à Rua Ulisses Guimarães, natural de Minas do Leão/ Rio Grande do Sul, escolaridade Ilustrada, profissão doméstica e estado civil - casada.

Condições socioeconômicas: Mora com seu esposo, seu filho, sua nora e a neta. Casa de madeira e piso de cimento, com dois quartos, um banheiro, cozinha, sala de estar, água de aqueduto. Alimentação: Refere que comem muita massa e poucas verduras e vegetal, toma muitos refrigerantes com gás e gosta das gorduras. Hábitos tóxicos: Nega tabagismo, alcoolismo ou uso de drogas. Queixa principal: Renovar receita de Hidroclorotiazida.

### 2.1 RELATO DE CASO

Na primeira consulta médica, em 10 de abril de 2017, a paciente refere que há um ano foi diagnosticada com HAS (Hipertensão arterial sistêmica) e foi indicado a Hidroclorotiazida 25 mg ao dia, uso contínuo, orientações sobre a dieta e assistir a consultas de acompanhamento, porém, a paciente refere que ela não tem tempo de vir ao médico porque tem muitas coisas que fazer em casa.

Além disso, tem aumento do peso nos últimos meses, mesmo sem fazer dieta ou atividade física. Tem problemas na sua casa, haja vista o esposo ter problemas com álcool e tem discussões contínuas com ela e seu filho e muitas vezes, com agressividade. Não gosta de tomar remédio de forma contínua, só quando precisa ou quando se sente ruim, refere em ocasiões dor de cabeça acompanhado de tonturas. Refere que no dia de hoje veio ao posto, porque se sentia muito ruim na casa e já não tinha remédios da pressão, nesta ocasião refere o mesmo dor de cabeça e que já tinha tomado café da manhã e estava fazendo os serviços da casa, após um tempinho trabalhando começou a ficar mal. Realiza-se o interrogatório sobre as características da dor de cabeça, hora de começo, localização, caráter, intensidade, irradiação, duração, alívio, piora e outros sintomas acompanhantes.

Seus antecedentes patológicos pessoais: HAS, e antecedentes patológicos familiares: mãe – HAS. Reação alérgica a medicamentos: Não refere.



Fazemos uma avaliação com história clínica pessoal e familiar completa, cujo fatores de risco modificáveis e não modificáveis, Índícios de HAS secundária e de lesões de órgãos alvo, aspectos socioeconômicos e características do estilo de vida, consumo pregresso ou atual de medicamentos ou drogas e exame físico completo (geral, regional e por sistemas) .

Exame físico: Pele e mucosas: coloreadas e úmidas. Temperatura: 36,4 graus C°. Sistema respiratório: tórax sem alterações, murmuro vesicular normal, não se auscultam estertores, SO<sub>2</sub>: 99 %%. Sistema cardiovascular: ruídos cardíacos rítmicos, não se auscultam sopros, FC:85bmp, PA: 160\110 mmHg.

Sistema digestivo: boca, língua e orofaringe, sem alterações. Abdômen: não se observam circulação colateral, não cicatrizes ou outras alterações, não doloroso a palpação, não se palpam massas tumoral, percussão normal e ruídos hidroaéreos presentes e normal.

Soma: extremidades superiores e inferiores sem alterações, simétricas, com boa movimentação e flexibilidade, pulsos presentes e sem alterações, não edema e sem presença de vasos dilatados. Sistema nervoso central: paciente consciente orientada em tempo espaço e pessoa, não alterações meninges.

Medidas antropométricas: peso: 82 kg, altura: 1,72cm IMC: 27,71 (sobrepeso) e circunferência abdominal: 115 cm. Impressão diagnóstica: Hipertensão arterial descompensada (justificado abandono de tratamento, malos hábitos de alimentação, não pratica de exercícios físicos entre outros fatores). Obesidade e estresse mantido.

Conduta: Orienta-se sobre o risco de complicações, se propõe consultas periódicas, acompanhamento multiprofissional e abordagem familiar. Oriento quanto à importância da adoção de medidas de mudança de estilo de vida (MEV) para a efetividade do tratamento, como manter uma alimentação adequada e a pratica de exercícios físicos (como as caminhadas).

Indica-se exames médicos (Hematologia completa, Glicose de jejum, Perfil lipídico, Colesterol total, Triglicerídeos, Uréia, Creatinina, Ácido úrico, Sumário de urina, Dosagem de potássio, ECG, Raio X de tórax, Ultrassonografia abdominal, Fundo de olho.

Orienta-se a mapear da PA durante sete dias. Também, sobre a importância de realizar o tratamento médico como está indicado: Hidroclorotiazida (25mg) 1 comprimido ao dia de manhã sempre, o que não pode esquecer nunca. Agendamos consulta medica para o dia 25 de abril de 2017, após a realização dos exames para nova avaliação.

Planejamos visita domiciliar com a equipe de saúde para avaliar características da família e oferecer orientações para melhorar estilo de vida e convivência. Além de facilitar a realização do genograma.

Incorporamos a paciente ao grupo cuidando com carinho de pessoas com HAS, onde recebem avaliação dos especialistas de nossa área, psicóloga, nutricionista, odontológica, oftalmológica, professor de educação física, e outros, além que realizam atividades em conjunto. No dia 13 de abril de 2017, a paciente vem à consulta com a Nutricionista que institui o plano alimentar e agenda retorno.

Na segunda consulta médica, no dia 25 de abril de 2017, retorna à consulta com os seguintes dados da triagem: PA: 140/90 mmHg; Peso: 79 kg. Avaliamos mapeio de PA por sete dias com valores entre 130/90 mmHg e 140/100 mmHg.

Traz consigo os exames solicitados, deles são positivos: CT: 250 mg/dl, Colesterol LDL: 187 mg/dl. Resto dos exames dentro de valores normais, cujos diagnósticos: HAS descompensada, Hipercolesterolemia e Obesidade.

Conduta: Oriente novamente ingerir alimentos baixos de sal e a prática de exercícios físicos. Indico modificações em quanto à redução do peso e alimentação saudável segundo protocolos e práticas médicas: Redução de peso: Manter IMC entre 18,5 e 24,9 Kg/m<sup>2</sup> e redução da PA entre 5 a 20 mmHg.

Alimentação saudável: Segundo o (Protocolo de Diagnóstico, deve ser rica em frutas e vegetais, pobre em gordura total e saturada. Indico tratamento com Sinvastatina (40 mg) 1 cp ao dia por 6 meses.

Seguimento e Tratamento de Dislipemias: Hidroclorotiazida (25 mg) 1 cp ao dia e Captopril (25 mg) 1 cp ao dia, seguindo o que trata VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. Continuar o mapeio da PA semanal, agendo retorno para 30 dias, controle do perfil lipídico cada 3 meses. Manter o acompanhamento com a nutricionista.

Orienta-se continuar acompanhamento com Psicólogo e equipe de saúde cada três meses, até lograr a diminuição do estresse e funcionalidade familiar para um melhor controle da doença.

## **2.2 DISCUSSÃO**

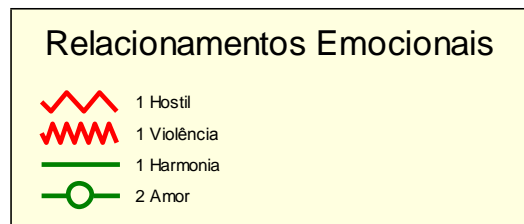
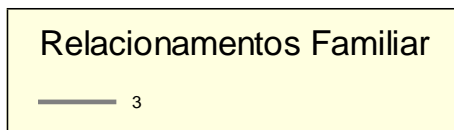
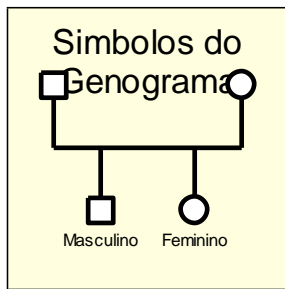
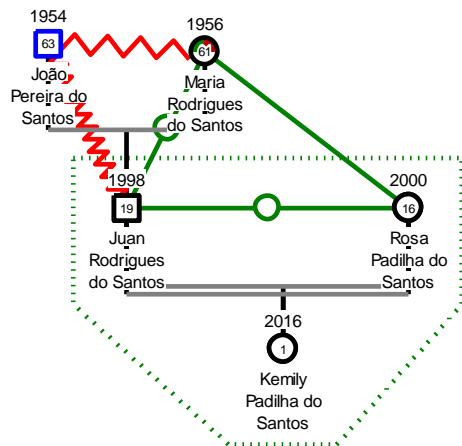
A HAS é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial PA (PA maior ou igual 140\90 mmHg). No que concerne a Sociedade Brasileira de Cardiologia (2016) associam-se, frequentemente, as alterações funcionais e\ou estruturais dos órgãos-alvo (coração, encéfalo, rins, e vasos sanguíneos) e as alterações metabólicas, com aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais.

O cuidado da pessoa com HAS deve ser multiprofissional. O objetivo do tratamento e manutenção dos níveis pressóricos controlados conforme as características do paciente e tem por finalidade reduzir o risco de doenças cardiovasculares, diminuir a morbimortalidade e melhorar a qualidade de vida dos indivíduos.

Segundo menciona o Caderno de Atenção Básica - Brasil (2010) CAB 37(2014) um dos desafios para as equipes de atenção básica e iniciar o tratamento dos casos diagnosticados e manter o acompanhamento regular dessas pessoas motivando-as a adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso.

O tratamento não medicamentoso e parte fundamental no controle da HAS e de outros fatores de risco para doenças cardiovasculares, como obesidade e dislipidemia. Este tratamento envolve mudança no estilo de vida que acompanham o paciente por toda sua vida.

FIGURA 1 - GENOGRAMA



Fonte: Autor(2017)

### **3. PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DE DOENÇAS**

Promoção da saúde consiste em proporcionar às pessoas e comunidades os meios necessários para melhorar sua saúde e exercer um maior controle sobre a mesma. É lograr mudanças positivas nos conhecimentos, hábitos de vida e costumes higiênicos- sanitárias. As ações de prevenção também são feitas com a mesma finalidade, mais estão dirigidas nos grupos específicos.

Segundo (DEMARZO, 2008) prevenção são as relações que estabelecemos com o meio onde moramos para melhorar o mesmo, com a finalidade de evitar, prevenir ou diminuir a influência desfavorável sobre a saúde, utilizando todos os recursos e no conhecimento em geral.

É durante o pré-natal, que um espaço de educação em saúde deve ser criado, a fim de possibilitar o preparo da mulher para viver a gestação e o parto de forma positiva, integradora, enriquecedora e feliz. Neste momento, entende-se que o processo educativo é fundamental não só para a aquisição de conhecimento sobre o processo de gestar e parir, mas também para o seu fortalecimento como ser e cidadã (Rios CTF, 2007).

A gravidez é um evento de muita significação na vida da mulher caracterizado por transformações que se constituem como ímpares, sendo experimentados de formas diferentes por cada mulher.

É um período de mudanças físicas e emocionais que determinam o acompanhamento pré-natal, com a prioridade do acolhimento à mulher, o oferecimento de respostas e de apoio aos sentimentos de medo, dúvidas, angústias, fantasias ou, simplesmente, à curiosidade de saber sobre o que acontece com o seu corpo (Ministério da Saúde; 2003).

Na Unidade de Saúde onde atuo, realizamos a promoção a saúde com objetivo de melhorar a qualidade de vida e diminuir a vulnerabilidade dos riscos da população abrangente, como o principal processo de fortalecimento e capacitação da população individual e coletiva, no sentido de que ampliem suas possibilidades de controlar os determinantes da saúde e com isso, enseje uma mudança positiva nos níveis de saúde. Para isso, identificamos os obstáculos e um modo de removê-los, além de a implementação de ações coletivas e comunitárias.

Minha equipe trabalha de forma planejada e organizada em todas as áreas dando atenção à população, fazendo com que o atendimento tenha ampla facilidade para cobrir suas necessidades, assim possibilitamos o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos.

É a atenção pré-natal um dos programas mais importantes dentro da saúde do binômio mãe-filho para nossa equipe e é com essa visão que estamos trabalhando de forma contínua e organizada com as gestantes.

Durante nosso trabalho na UBS fomos capazes de identificar problemas que interferem no êxito da consulta pré-natal, pois algumas gestantes procuram atendimento tardio, percebendo desta forma o desconhecimento da importância da consulta pré-natal. Também outros fatores influenciam como a baixa renda, adolescência, o baixo nível de escolaridade, etc. Outras são faltosas a mais de uma consulta, não realizam os exames complementares na data certa.

Além disto, identificou-se nas comunidades um grande desconhecimento por parte das gestantes que em sua maioria são adolescentes e não sabem a importância do aleitamento materno e como resultado ao desmame precoce, o baixo peso para a idade gestacional, infecções e desnutrição, entre outras.

É por estas razões que percebemos que devíamos reforçar as ações educativas e formamos um grupo de gestantes que é um referencial importantíssimo no contexto educativo e promotor da saúde da mulher.

Com o objetivo de reforçar a promoção da saúde mediante a discussão sobre alimentação, prática de exercícios, conhecimento teórico sobre o processo global de gestação, a troca de experiências é o que possibilita a percepção do individual no coletivo, esclarecimentos de dúvidas e medos, diminuindo assim a ansiedade nas gestantes adolescentes que por primeira vez tem a benção de estar involucradas neste maravilhoso milagre da vida.

Proporcionamos informações sobre o processo de gestar, parir e ser mãe; a importância do acompanhamento médico nesta etapa para avaliar o desenvolvimento da gestação, prevenir doenças, diagnosticar e tratar precocemente; cuidados e higiene; sintomas comuns na gestação; vacinação; atividade sexual e prevenção das DST; importância do aleitamento materno, suas vantagens e desvantagens; técnicas para amamentar; o consumo de bebidas alcoólicas, tabaco e drogas e o uso de medicamentos sem orientação médica; maternidade e paternidade responsável.

Realizamos o trabalho com apoio do NASF no que participam Médico, Enfermeiras, ACS, Psicóloga, Nutricionista, Odontologista e Trabalhadora Social.

Segundo os preceitos de (Bardin L,2008), essa estratégia de ação educativa possibilita à mulher conhecer o seu corpo e aumentar a segurança e tranquilidade durante a gestação e o parto.

O principal objetivo da atenção pré-natal é acolher a mulher desde o início da gravidez, assegurando o bem-estar materno e neonatal e no fim da gestação, o nascimento de uma criança saudável.

Toda equipe é responsável pelo controle do acompanhamento das gestantes, mas são as agentes comunitárias de saúde (ACS) que dia a dia fazem as visitas domiciliares, avaliando o entorno familiar, procurando aquelas que não assistem as consultas e sempre as explicando a importância da atenção pré-natal para a saúde da mãe e a criança.

A HAS é um grave problema de saúde pública no Brasil e no mundo, além de ser causa direta de cardiopatia hipertensiva, é fator de risco para doenças decorrentes de aterosclerose e trombose, que se manifestam, predominantemente, por doença isquêmica cardíaca, cerebrovascular, vascular periférica e renal.

Em decorrência de cardiopatia hipertensiva e isquêmica, é também fator etiológico de insuficiência cardíaca. Déficits cognitivos, como doença de Alzheimer e demência vascular, também têm HAS em fases mais precoces da vida como fator de risco.

Essa multiplicidade de consequências coloca a HAS na origem de muitas doenças crônicas não transmissíveis e, portanto, caracteriza-a como uma das causas de maior redução da expectativa e da qualidade de vida dos indivíduos (DUNCAN; SCHMIDT; GIUGLIANI, 2006).

Minha equipe realiza o controle e prevenção da HAS e suas complicações e outras doenças crônicas, porque são, sobretudo, as principais ações de promoção e prevenção de saúde da atenção primária.

Em nosso processo de trabalho mantemos um vínculo com a comunidade e os grupos de riscos, levando em conta a diversidade racial, cultural, religiosa e os fatores sociais envolvidos. Nesse contexto, trabalhamos sobre as modificações de estilo de vida, fundamentais no processo terapêutico e na prevenção da hipertensão.

A alimentação adequada, sobretudo quanto ao consumo de sal e ao controle do peso, a prática de atividade física, o abandono do tabagismo porque são fatores que precisam ser adequadamente abordados e controlados, sem os quais os níveis desejados da pressão arterial poderão não ser atingidos e a diminuição de esta e outras doenças na população seria então só um sonho para a equipe e para a comunidade.

Os objetivos mais importantes das ações de promoção e prevenção de saúde na HAS que fazemos são: o controle da pressão arterial e a redução da morbimortalidade causada por essa patologia.

Portanto, o mais importante é a intervenção educativa, sistematizada e permanente na comunidade para mudar as práticas em relação a esses problemas, que levamos através de palestras e dos ACS como pilar fundamental para uma educação desde o domicílio e até na consulta.

Realizamos primeiramente uma avaliação integral a cada paciente, já que comumente a HAS está associada a outros fatores de risco/doenças. Fazemos busca ativa de riscos de doenças crônicas e a instalação da doença seja no domicílio ou na consulta. Por isso, todo adulto com 18 anos ou mais de idade, quando vier à Unidade Básica de Saúde (UBS) para consulta, atividades educativas, procedimentos, entre outros, e não tiver registro no prontuário de ao menos uma verificação da PA nos últimos dois anos verificaram e registraram a mesma. Muito importante é o cuidado de fazer o diagnóstico correto da HAS, uma vez que se trata de uma condição crônica que acompanhará o indivíduo por toda a vida, por isso evitamos verificar a PA em situações de estresse físico (dor) e emocional (luto, ansiedade), pois um valor elevado, muitas vezes, é consequência dessas condições.

A consulta de enfermagem está ligada ao processo educativo e em nossa equipe da saúde familiar tem motivado as pessoas em relação aos cuidados necessários para a manutenção de sua saúde. Para nós há representado um importante instrumento de estímulo à adesão às ações da equipe e tem sido fundamental no acompanhamento de pessoas com pressão arterial limítrofe e HAS, sensibilizando-as sobre a sua condição de saúde e pactuando com elas metas e planos de como seguir o cuidado. Quando tratamos com pessoas com pressão arterial limítrofe, nosso objetivo principal é trabalhar o processo de educação em Saúde para a prevenção primária da doença, por meio do estímulo à adoção de hábitos saudáveis de vida e também de avaliar e estratificar o risco para doenças cardiovasculares.

Trabalha-se sob o enfoque do risco ampliado. No caso, criamos um grupo de prevenção de doenças crônicas e hipertensão arterial, agrupando mulheres e homens adultos, de forma a abordar diferentes temáticas e ciclos de vida: saúde da mulher, do adulto (hipertensão, diabetes, obesidade, saúde do homem e enfoque nas DSTHIV/AIDS2).

A estratégia anteriormente e feita nas dependências da UBS, em geral programadas e conduzidas por mim, como médica generalista e a enfermeira. São abordados conteúdos previamente elaborados, com a finalidade de alertar e recomendar.

A exemplo, a primeira forma de prevenção é fazer o acompanhamento dos índices da PA. Pratique exercícios físicos com orientação médica. A atividade deve ser realizada por quarenta minutos, cinco vezes por semana. Intercalar pequenas corridas com caminhadas, fazer hidroginástica ou utilizar esteira e bicicleta ergométricas que auxiliam no melhoramento do

condicionamento físico. Hipertensos podem se exercitar desde que apresentem exames clínicos, eletrocardiogramas, testes ergométricos e exames de sangue atualizados.

Mantenha o organismo hidratado. Além de água, beba sucos naturais e água de coco. Cuide da alimentação: Receitas simples, como saladas, e pratos leves, ingerir frutas e reaproveitar cascas de legumes e vegetais, pois não aumentam o colesterol e são fáceis de ser preparadas em casa.

Somente faça dietas com acompanhamento nutricional. Desconfie de regimes milagrosos que prometem perda de peso em poucos dias. Além de não ser um hábito saudável, fechar a boca enfraquece o organismo e pode provocar hipoglicemia, ou seja, perda de açúcar no sangue.

Aprenda a controlar o estresse. Caminhadas diárias de no mínimo 30 minutos podem virar boas aliadas. O acompanhamento através das consultas programadas.

O fumo também é grande agravador do aumento da pressão arterial. Por isso, o indicado é parar de fumar. Não interrompa o tratamento com remédios de outras doenças sem a orientação do médico de confiança.

Nas consultas individuais ou coletivas em minha ESF são para incentivar a mudanças de estilos de vida e hábitos saudáveis como parte das ações de prevenção primária da HAS.

Os resultados esperados e desejados é lograr que nos indivíduos com PA limítrofe ou riscos de HAS, reduzam a PA e a mortalidade cardiovascular. Estimulamos hábitos saudáveis de vida para toda a população, desde a infância, respeitando as características regionais, culturais, sociais e econômicas dos pacientes.

Com as ações desenvolvidas na comunidade, indicamos que conheçam como diminuir ou eliminar os fatores de riscos com medidas como: Redução de peso, manter IMC entre 18,5 e 24,9 kg/m<sup>2</sup>, uma alimentação saudável rica em frutas e vegetais, pobre em gordura total e saturada; atividade física na maioria dos dias da semana.

Barreiras culturais podem dificultar a implementação das opções, como mudança de hábitos alimentares, por exemplo, cultura alimentar com predileção por itens como grãos, tubérculos e farináceos, além do uso cotidiano do açúcar e frituras. Além disso, a aquisição de alimentos in natura, como verduras e legumes pode ser dificultada pelo custo adicional que podem representar à cesta básica de alimentos. Direcionar atividades educativas em saúde de forma especial para a população feminina, visto o papel das mulheres como gerenciadoras dos lares, o que as torna multiplicadoras das ações de promoção da saúde, pode ampliar impacto das ações, seguindo as orientações dos Cadernos de Atenção Básica, de 2014.



Em nosso município, junto à equipe, garantimos o acompanhamento e tratamento sistemático, por isso foi organizado o Hiperdia (Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos), um sistema informatizado para o cadastramento e acompanhamento de portadores de HAS atendidos na rede ambulatorial do SUS.

Segundo (CUNHA, 2009), o Hiperdia é uma iniciativa positiva, uma vez que para a grande maioria dos gestores estaduais e municipais é o início da tomada de consciência sobre o problema. Quando diagnosticada precocemente, a HAS é potencialmente controlável.

Dessa forma, investir na prevenção é decisivo não só para garantir a qualidade de vida, como também para evitar a hospitalização e os consequentes gastos, principalmente quando se considera o alto grau de sofisticação tecnológica da medicina moderna.

É fundamental a construção de um consenso de natureza política-administrativa e técnico-científica que sustente o trabalho em parceria entre os gestores do SUS, sociedades científicas e associações de portadores de HAS, identificando responsabilidades e necessidades de apoio mútuo, norteados por políticas públicas que abordem informação, comportamento, nutrição e cuidados assistenciais, relacionados à prevenção e ao controle da HAS. Haja vista que, a implementação de estratégias que visam aumentar a prevenção, diagnóstico, o tratamento e o controle da hipertensão arterial é o grande desafio para os profissionais e gestores das áreas de saúde.

#### 4 ATENÇÃO DOMICILIAR

A atenção domiciliar é um dispositivo para a produção da proporção do cuidado e novos arranjos tecnológicos do trabalho em saúde; traz um escopo amplo de objetos e finalidades para as equipes que cuidam dos pacientes no domicílio, não focando somente na assistência, mas também em aspectos de prevenção, promoção e reabilitação, utilizando, para isso, estratégias para a educação em saúde e tendo como uma das finalidades o aumento no grau de autonomia do paciente, de seu cuidador e familiares; possibilita que não existam rupturas no cuidado prestado ao paciente ao potencializar a construção de “pontes” entre os pontos de atenção e a pessoa, em seu próprio domicílio; potencializa a transversalidade da atenção ao colocar o usuário e suas necessidades no centro, devendo estar integrada à rede de atenção à saúde (BRASIL,2011).

É responsabilidade da equipe de atenção básica atender os cidadãos, conforme suas necessidades em saúde. Essas necessidades, que são produzidas socialmente, muitas vezes se traduzem também pela dificuldade que algumas pessoas possuem em acessar os serviços de saúde, seja pelas barreiras geográficas, pelas longas distâncias, pela forma como são organizados, seja pelo seu estado de saúde, que, muitas vezes, os impedem de se deslocarem até esses serviços, exigindo que a assistência seja dispensada em nível domiciliar.

Na equipe da saúde familiar onde eu atuo, realizamos as visitas domiciliares todas às quartas-feiras no horário da manhã, participamos: Médico, Enfermeira e as Agentes Comunitárias de Saúde, visitam pacientes idosos com processos crônicos como: cardiopatias, hepatopatias crônicas, neoplasia, doença pulmonar obstrutiva crônica, demência avançada, doenças terminais; pacientes em processo pós-cirúrgico imediato e tardio, aqueles com pneumonia, doenças vasculares e neurológicas, Pacientes em cuidados paliativos, com nutrição parenteral, aqueles com grandes úlceras varicosas.

Aos usuários com dependência funcional, tais como portadores de Alzheimer; portadores de sequelas de traumatismos crânios-encefálicos ou de acidente vascular cerebral, com ou sem restrição ao leito; diabéticos; hipertensos; portadores de insuficiência coronariana grave; insuficiência cardíaca; entre outras condições crônicas. Além disso, atende a crianças com histórico de longa permanência em instituições hospitalares, com comprometimentos neurológicos ou portadores de síndromes com estabilidade clínica, mas que demandam alguma tecnologia, tais como sonda nasoentérica, gastrectomia ou traqueostomia.

Aproveitamos cada visita para abordar de forma conjunta ações de saúde no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos,

o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde. Com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. Todo isto é possível com uma prática humanizada, competente e resolutive.

Os critérios que temos em nossa equipe para a Atenção Domiciliar são: Consentimento da família e/ou da pessoa enferma, existência de cuidador, condições de infraestrutura física no domicílio para assistência domiciliar, condição clínica da pessoa doente e residir na área de abrangência da Unidade de Saúde.

Caso a pessoa doente necessite de uso contínuo de infusões parenterais, entre outros deve ser avaliado pela equipe suas condições e recursos para prestar este tipo de procedimento. Este cuidado é fundamental, dada a efetividade da atenção domiciliar no cuidado ao idoso, a estratificação do risco a oferta de assistência domiciliar ao indivíduo com incapacidade permanente ou temporária, fazendo desta um instrumento eficiente de prevenção e promoção de saúde.

Com isto, pode-se proporcionar assistência e vigilância à saúde no domicílio, abrangendo o caso e a unidade familiar com ênfase nas doenças crônicas ativas, dando destaque às afecções cardiovasculares, diabetes e suas complicações, déficits sensoriais (auditivo e visual), estado nutricional e déficits cognitivos.

A partir da solicitação de um atendimento domiciliar pela família, pelo Agente Comunitário de Saúde (ACS), ou pelo próprio paciente. A Fisioterapeuta realiza atendimentos a domicílio para pacientes acamados ou impossibilitados de deambular, que não tenham condições de ir até a Fisioterapia local, após a visita da médica da equipe da saúde familiar.

Situações que justificam a assistência domiciliar: De emergência, em que o paciente não pode ser transportado rapidamente para o hospital, atendimento de situações ou doenças agudas que incapacitam o paciente a vir até a Unidade, intercorrências dos pacientes crônicos, terminais ou em internação domiciliar; visita periódica para pacientes com incapacidades funcionais, idosos acamados ou que moram sozinhos.

Visitas aos pacientes egressos hospitalares: Confirmação de óbito. Para dar cumprimento desta atividade realizamos a visita domiciliar a uma paciente com Hipertensão Arterial Sistêmica Grau I, descompensada na consulta anterior devido a abandono de tratamento, malos hábitos de alimentação, não prática de exercícios físicos, obesidade e estresse mantido.

Com o objetivo de comprovar se a paciente estava cumprindo ou não com as orientações indicadas e, além disso, realizar o genograma da família. A agente comunitária de saúde (ACS),

como uma das responsáveis pelo acompanhamento da família avisou ao paciente e família que na quarta feira de tarde seria a visita e agendo a mesma. Logo de revisar o prontuário do paciente e reunir todos os dados sobre a pessoa ou família que irão visitar; a doutora, enfermeira e agente comunitária se dirigem a casa do senhora M.R.D.S.

O primeiro passo para os objetivos da visita é a realização pelas agentes comunitárias de saúde (ACS) sob orientação do enfermeiro, do mapeio na sua área de atenção os indivíduos com HAS, encaminhando lós para a UBS para avaliação de seu estado de saúde (BRASIL, 2006). Haja vista que, neste caso já foi realizado este processo.

A senhora M.R.D.S é uma paciente de 61 anos de idade, procedência urbana, com antecedentes patológicos pessoais de Hipertensão arterial, obesidade, dislipidemia e com estresse mantido, casada e mora com seu esposo, seu filho, sua nora e a neta em uma casa de madeira com piso de cimento, iluminada e bem ventilada, com uma sala, cozinha, banheiro e duas habitações, bem limpa e organizada, pátio limpo e não tem animais domésticos; com adequada rede de esgoto e de água tratada.

Durante a anamnese, avaliamos o cumprimento das orientações e uso de medicamentos indicados na consulta anterior. A senhora M.R.D.S refere sentir-se muito bem, com bom estado geral, relata uso regular da medicação, diz que foi na consulta de nutrição e psicologia e que está cumprindo as orientações indicadas por elas, por isso há conseguido baixar de peso e melhorou quanto ao estresse, e com o qual logrou melhorar sua qualidade de vida e sua situação familiar.

Iniciamos o exame individual da paciente com a verificação de signos vitais. Para isso, a enfermeira procede a comprovar a pressão arterial e a mesma está normal: PA: 130/80 mm/g. Posteriormente a doutora realizou exame físico fazendo ênfase no aparelho cardiovascular e respiratório, estando todo normal.

A senhora M.R.D.S mostra os resultados dos complementários indicados na consulta anterior os quais estão normais. Demos ênfase no resultado de exame de colesterol e o mesmo encontra-se dentro de valores normais, na qual podemos dizer que não é portadora nesses momentos de Hipercolesterolêmia.

Avaliamos a situação familiar, e também por meio do SUS do município, sugerimos que o marido da paciente fora avaliado por Psicóloga e internado com melhoria e nesses momentos não ocorrem discussões entre eles na casa, desde que o mesmo reconheceu sua doença e esteve de acordo com o tratamento. Têm recaídas, porém com melhoria do ambiente familiar.

Avaliação: Paciente com Hipertensão Arterial Grau I compensada e Obesidade Grau I. Logo ao conversar com a família toda, fazemos o genograma da mesma e chegamos à conclusão

de que é uma família funcional, com boas relações entre seus membros onde tem apoio um do outro.

Plano: Fazemos conversa com a família sobre a doença da senhora M.R.D.S, pois precisa de ajuda para lograr manter mudanças no estilo de vida e de manter a adesão ao tratamento. Orientamos sobre a importância que tem manter modificações no seu estilo de vida para prevenir complicações futuras como: Alimentação saudável rica em frutas e verduras (restrição de sal, baixa em gorduras saturadas e totais); Controle de peso corporal, continuar acompanhamento com a nutricionista; Evitar o sedentarismo; Não ingerir bebidas alcoólicas; Prática regular de exercícios físicos (natação, bicicletas, caminhada) pelo menos 30 minutos por dia, cinco dias por semana; Evitar o tabagismo e Controle de estresse.

Orientamos sobre o cumprimento do tratamento farmacológico, explicando a importância da adesão ao tratamento como principal medida para o controle da doença.

Explicamos sobre a importância da realização dos exames periodicamente e, sobre o calendário das consultas.

Enfatizamos que foram atingidas as metas pressóricas de controle da PA, e os valores de colesterol e triglicérides estão normais, mas os cuidados devem ser mantidos, pois ainda tem que perder mais de peso, porque a pressão arterial é uma doença crônica que precisa de adesão ao tratamento e de manter o autocuidado.

Damos orientações sobre como melhorar o autocuidado incluindo nesta família toda. Agendamos consulta médica para três meses depois. Fazemos convite para que siga participando do grupo de HIPERDIA na UBS.

## 5 REFLEXÃO CONCLUSIVA

O estudo dentro do Curso de especialização em saúde da família foi uma ferramenta fundamental para minha prática profissional. Conhecer o correto manejo dos temas e das doenças estudadas nos eixos I e II respectivamente, assim como os casos complexos e também os fóruns, serviram para orientar-nos na conduta a seguir em cada caso, para compartilhar as descobertas, dúvidas e comentar situações de nosso cotidiano, estimulando o aprendizado para uma atenção médica de maior qualidade. No meu caso, as atividades ofereceram as ferramentas necessárias para um melhor atendimento dos pacientes e o planejamento de ações de promoção e prevenção em saúde. Muito importante foi o estudo de casos clínicos e as revisões de temas para a atualização de muitas doenças, com caráter prático e aplicado porque permitiu, com os casos interativos, conhecer o manejo das doenças no Brasil.

Na minha trajetória no curso, foi uma experiência completamente nova, reconheço que as barreiras iniciais e dificuldades enfrentadas foram muitas devido ao pouco manejo da língua portuguesa e da informática, mais com o passar do tempo foram vencidas com o apoio do tutor e do trabalho em equipe. Foi ótimo conhecer meus colegas, o tutor e a troca de experiências com o qual eu tive um avanço que me fez mais culta na área da medicina, crítica e reflexiva. Hoje agradeço as estratégias de apoio à aprendizagem que possibilitaram avanço no meu conhecimento da clínica, no planejamento estratégico e da compreensão dos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde. Também pude ter ganhos socioculturais devido na constante integração com as comunidades e outros entes do Município.

O estudo das diferentes doenças, foram as palavras chave para à construção do projeto de intervenção e, ao mesmo tempo influenciou na melhoria da cobertura e da qualidade de vários programas levados a cabo no posto de saúde como pré-natal e puerpério, prevenção de câncer de colo de útero e mama, saúde da criança, hipertensão, diabetes, saúde do idoso etc.

O trabalho de conclusão de curso como o resultado das atividades realizadas durante a especialização mostrou o seguimento que deviam ter as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) em minha área de abrangência, devido ao aumento exagerado das mesmas por diferentes causas. Uma delas é a Hipertensão arterial. O Projeto de Intervenção na UBS foi sobre Intervenção educativa em pacientes hipertensos com o objetivo de aumentar o nível de conhecimento sobre o tema hipertensão arterial. A escolha desta temática foi relevante devido à alta prevalência de pacientes hipertensos no território e as complicações devido a esta doença.

Segundo (DUNCAN; SCHMIDT; GIUGLIANI, 2006), além de ser causa direta de cardiopatia hipertensiva, é fator de risco para doenças decorrentes de aterosclerose e trombose, que se manifestam, predominantemente, por doença isquêmica cardíaca, cerebrovascular, vascular periférica e renal.

Em decorrência de cardiopatia hipertensiva e isquêmica, é também fator etiológico de insuficiência cardíaca. Déficits cognitivos, como doença de Alzheimer e demência vascular, também têm HAS em fases mais precoces da vida como fator de risco. Essa multiplicidade de consequências coloca a HAS na origem de muitas doenças crônicas não transmissíveis e, portanto, caracteriza-a como uma das causas de maior redução da expectativa e da qualidade de vida dos indivíduos.

Ter realizado o curso e o trabalho de conclusão representou maior segurança na prática clínica e a possibilidade de uma visão totalmente diferente em relação ao trabalho na Atenção Básica, pois aprendi a trabalhar seguindo protocolos estabelecidos para o atendimento, porque o uso dos mesmos faz um melhor e correto acompanhamento dos grupos prioritários.

Nesta rica caminhada de aprendizagem, pude conhecer a realidade brasileira e, principalmente da comunidade onde atuo, permitindo estabelecer estratégias de intervenção e avaliar o impacto destas ações para a população, para a equipe e também para a comunidade. Aprendi mais habilidades utilizando o método clínico, epidemiológico, aplicando os conhecimentos adquiridos no decorrer do curso, na prática diária, favorecendo assim a organização do processo de trabalho em relação ao cuidado e as decisões de condutas.

Com o estudo da especialização na atenção primária pude compreender que as ações em saúde devem ser planejadas começando com o diagnóstico e a identificação dos problemas próprios da comunidade, elaboração do plano de ação e cronograma de atividades até o monitoramento e avaliação das ações. Desta forma, as ações serão direcionadas às necessidades da população, para que promovamos um profundo impacto no processo saúde-doença da população adstrita. Pude conhecer muitas informações que antes desconhecia como os princípios do SUS, os direitos e deveres dos pacientes a problemática deste Sistema de Saúde, as deficiências em nossa UBS e a importância de desenvolver uma atenção integral, possibilitando o acesso universal e contínuo a nosso serviço de saúde.

As atividades do portfólio, como procedimento de avaliação formativa permitiram maior desenvolvimento a minha autocrítica, além de construir o meu desenvolvimento cognitivo em processos. Pude manusear múltiplas ferramentas, estabelecer a integração entre teoria e prática, lograr o cumprimento dos propósitos gerais e objetivo específico. Por isso, o Brasil tem sido outra escola em meu caminho pela vida, tem fortalecido meus conhecimentos

médicos, enriquecido minha experiência profissional e me fez melhor ser humano porque ajudou a reorganizar o serviço na UBS, a mudar conceitos, até mudar jeitos de trabalho, valorizar mais o trabalho da atenção básica em saúde como melhoramento na língua portuguesa e informática. Apesar da obrigatoriedade de aperfeiçoamento, ter participado da especialização significou superações e disposição à aprendizagem.



## REFERÊNCIAS

1. ÁLVAREZ S.R. Medicina Geral Integral. Terceira reimpressão. Editorial Ciências Médicas: 2011.
2. 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.
3. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Saúde Brasil 2011 : uma análise da situação de saúde e a vigilância da saúde da mulher / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise de Situação de Saúde. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2012. 444 p. : il.
4. COMAS, A; González-Novo, J.P; Praça, F; BARREDA, MJ. Protocolo de automedicação da pressão arterial domiciliária como método de avaliação do paciente hipertenso.1998; 22:142
5. GA MELLO, BJ BARCELLOS FONTANELLA, MM PIVA DEMARZO. Atenção básica e atenção primária à saúde-origens e diferenças conceituais [Basic care and primary health care - origins and conceptual differences].Revista de APS 12 (2), 2008.
6. CUNHA, Eleonora Schettini M. Conferência de Políticas Públicas de Inclusão Participativa, Rio de Janeiro, Maio de 2012.
7. DA SERRA, B.A; GOROSTIDIA, M; MARINHA, C.R. Avaliação e tratamento da hipertensão arterial em Espanha. Documento de consenso Med. Clín. (Barc).2012; 131(3):104-16.
8. DUNCAN, B.; SCHMIDT, M. I.; GIUGLIANI, E. R. J. Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseada em evidências. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006.
9. LESMES, S.A; SÁNCHEZ, M.A. Crise Hipertensivas e afecção a outros níveis [www.united.edu/tratado/co11604.html](http://www.united.edu/tratado/co11604.html). 2013.

10. MARCUS, V.B. Revista Brasileira de Hipertensão: VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão, Palavra do Presidente. Rio de Janeiro:v.17, n.1, p.2-3,2010.
11. 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)
12. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: princípios e diretrizes. 92p. Brasília, 2009d.
13. NOBRE,F.*et al.*VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. Revista Brasileira de Hipertensão, Rio de Janeiro, v.17, n.1, p 57, 2010.
14. Programa Nacional de Prevenção, Diagnóstico, Avaliação e Controle e Tratamento da Hipertensão Arterial vigente em Cuba. Editorial povo e Ed.
15. ROCHA, G.R. Temas de Medicina Interna. Editorial povo e Educação. A Habana 2002; 3: 31-40.
16. SCALA LCN, MAGALHÃES LBNC, MACHADO CA. Epidemiologia e prevenção primária da hipertensão arterial. In: Paola AAV, Barbosa MB, Guimarães JI. Cardiologia. Livro Texto da Sociedade Brasileira de Cardiologia. Barueri: Manole; 2012. p. 235-8.
17. SBEM – Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabiologia: Hipertensão Sobe não Brasil. Disponível em <<http://www.endocrino.org.br/hipertensao-sobe-no-brasil/>>. Data de acesso:

**ANEXO A – PROJETO DE INTERVENÇÃO**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE RIO GRANDE DO SUL  
UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS (UNA-SUS) – PORTO ALEGRE  
NÚCLEO DE TECNOLOGIAS EM EDUCAÇÃO A DISTÂNCIA EM SAÚDE  
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

**YAQUELIN BARROSO SÁNCHEZ**

**INTERVENÇÃO EDUCATIVA EM PACIENTES HIPERTENSOS DA  
UNIDAD BÁSICA DE SAÚDE Dr.JOÃO TADEU DE VARGAS ALVES, MINAS DO  
LEÃO/RS.**

**PORTO ALEGRE/RS**

**2017**

**INTERVENÇÃO EDUCATIVA EM PACIENTES HIPERTENSOS DA  
UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE Dr. JOÃO TADEU DE VARGAS ALVES, MINAS DO  
LEÃO/RS.**

Trabalho de Conclusão do Curso de Especialização em Saúde da Família, modalidade semipresencial, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Universidade Aberta do SUS (UnasUS) Núcleo de Tecnologias em Educação a Distância Em Saúde.

**Orientadora:** Prof<sup>ª</sup>. Camilla Maia Franco.

Porto Alegre  
2017

## RESUMO

A hipertensão arterial é uma das principais causas de morbimortalidade para qualquer nível de atenção sanitária, um inadequado controle das cifras tencionares implica ao paciente a diminuir sua qualidade de vida e apresentar sérias complicações, à educação do paciente hipertenso é o elemento primordial para seu adequado controle. Realizou-se um estudo de intervenção educativa com o objetivo de aumentar o nível de conhecimento sobre o tema hipertensão arterial em um grupo de adultos hipertensos; na UBS Dr. João Tadeu de Vargas Alves, O Recreio, Minas do Leão/RS/2017. O universo de estudo foi constituído por todos os pacientes hipertensos, ou tamanho amostral se selecionou segundo critérios de inclusão. A fonte primária de informação foram os prontuários, no primeiro momento aplica-se um questionário de múltiplas variáveis para identificar o conhecimento destes pacientes sobre a hipertensão e após a intervenção educativa aplica-se dita questionário para avaliar os resultados alcançados. A informação elabora-se com uma PC laptop com ambiente de Windows 8. Esperamos colher informação do predomínio de idades, cor da pele, nível de informação diante da intervenção e posterior a ela. E acreditamos que a intervenção seja positiva na modificação do nível de conhecimentos e cuidados nos paciente objeto de estudo.

Palavras-chave: Hipertensão Arterial, Paciente, Educação

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>6</b>
1.1	OBJETIVOS.....	8
1.1.1	Objetivo geral.....	8
1.1.2	Objetivos específicos.....	8
<b>2</b>	<b>REVISÃO DE BIBLIOGRAFIA .....</b>	<b>9</b>
<b>3</b>	<b>METODOLOGIA.....</b>	<b>11</b>
<b>4</b>	<b>CRONOGRAMA DE ATIVIDADES .....</b>	<b>11</b>
<b>5</b>	<b>RECURSOS NECESSÁRIOS .....</b>	<b>13</b>
<b>6</b>	<b>RESULTADOS ESPERADOS .....</b>	<b>15</b>
	<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>25</b>

## 1 INTRODUÇÃO

A hipertensão arterial (HTA), segundo ALVARES(2011) pode ser definida como a elevação persistente e/ou crônica das pressões arteriais, sistólica e diastólica. Segundo a organização mundial da saúde é a elevação crônica da pressão sanguínea sistólica, da diastólica, ou de ambas, nas artérias.

É um processo dinâmico e com diferentes graus de expressão clínica, pode ser apresentado com um amplo leque de sinais e sintomas em pacientes que realmente o que compartilham são apenas as cifras elevadas de pressão arterial (PA).

A HTA divide-se em essencial ou primária e secundária, acerca do que trata o autor ROCHA(2002) falamos de hipertensão arterial essencial ou primária quando não pode ser identificada uma causa específica da mesma, representando o 95% dos pacientes. A hipertensão secundária é aquela na que se demonstra uma causa reconcilie, representa cinco por cento.

É especificada como a pressão sistólica (PAS) de 140 mmhg ou mais (se tem em conta o primeiro aparecimento dos ruídos) ou uma pressão arterial diastólica (PDA) de 90 mmhg ou mais (se tem em conta o desaparecimento dos ruídos, ou ambas cifras inclusive). Esta definição é aplicável em adultos.

Como já se assinalou, constitui um fator de risco essencial das doenças cardiovasculares, não obstante os numerosos estudos realizados ainda não revelam com certeza, o conhecimento da etiopatogenia da HTA primária, bem como o estudo não só da associação desta, com fatores de risco cardiovascular senão também o descubram de fatores que desenvolve-a.

O controle da HTA, a nível mundial, segundo COMAS; GONZALES apud BARREDAS (1998) constitui um dos pilares da prevenção das doenças cardiovasculares; no entanto, sua situação dista do que poderíamos considerar adequado tanto no âmbito da prevenção primária como secundária. Constitui um dos problemas médicos sanitários mais importantes da medicina contemporânea nos países; e o controle da mesma é a pedra angular sobre a que há que atuar para diminuir, em forma significativa, a morbimortalidade pelas complicações que acarreta.

A adequada percepção do risco que significa padecer de HTA obriga a executar medidas de prevenção, educação e promoção dirigidas a diminuir a pressão arterial média da população impactando sobre os fatores de risco associados.

Apesar de que desde a década dos 50 sabia-se que a hipertensão arterial intervia no aumento da mobilidade cardiovascular nos países desenvolvidos, para LESMES apud



SÁNCHEZ (2013) foram os estudos efetuados nas décadas dos 60 e 70 os que claramente mostraram a relação entre hipertensão arterial e as mortes por complicações vasculares nos órgãos brancos: coração, cérebro, rins e vasos sanguíneos.

Para MARCOS (2010) as cifras alarmantes indicam que poderia existir um incremento de até o 60 % de hipertensos a nível mundial para o ano 2025, em todos os anos morrem 7,6 milhões de pessoas em todo mundo, sendo o 80% dessas mortes em países em desenvolvimento como Brasil, más da metade das vítimas têm entre 45 e 69 anos.

O Ministério da Saúde divulgou dados que mostram que a porcentagem de pessoas com pressão alta no Brasil afeta a mais de 30 milhões destes, 36% dos homens adultos e 30% das mulheres sendo o fator de risco, mas importante para o desenvolvimento das enfermidades cardiovasculares. A cidade do Rio de Janeiro foi a capital com o maior percentual de pessoas que se declararam hipertenso, com 28%. Na sequência, aparecem Recife (27,6%), São Paulo (26,5%) e Campo Grande (26,5%). O menor índice foi registrado na cidade de Palmas, com 14,9% de pessoas com a doença.

Para o autor DA SERRA; GOROSTIDIA *eat* MARINHA(2012) faz-se necessário e primordial o controle adequado da hipertensão arterial para evitar o desencadeamento das crises hipertensivas, sobretudo as formas mais graves, porque com frequência são causa de morte e de importantes sequelas e limitações nos pacientes que a padecem Este controle deve ser executado desde a área de saúde de atenção primária e sensibilizar ao paciente com o cumprimento adequado do mesmo.

A educação do paciente hipertenso é o elemento primordial para o adequado controle da HTA, pois lhe permite compreender melhor sua doença e as consequências, facilitando-lhe uma melhor adesão ao tratamento e uma longa sobrevivência com maior qualidade de vida, e ali a motivação de nosso trabalho que não se trata só de informar aos indivíduos, senão de como os convencer, os interessar e conseguir sua participação ativa a fim dos orientar para que adotem uma forma de vida mais sã, capaz de induzir uma mudança gradual nos hábitos que propiciam o aparecimento do processo e diminuir as elevadas taxas de morbidade e mortalidade por essa.

## 1.1 OBJETIVOS

### 1.1.1 Objetivo geral

Aumentar o nível de conhecimento sobre a hipertensão arterial em um grupo de pacientes hipertensos da UBS Dr. João Tadeu de Vargas Alves, Minas do Leão/2017.

### 1.1.2 Objetivos específicos

Determinar características sociodemográficas nos pacientes a estudar.

Avaliar o nível de conhecimento que os pacientes têm em relação à hipertensão no início da investigação.

Analisar as mudanças no nível de conhecimento dos pacientes hipertensos após da aplicação da intervenção educativa.

## 2 REVISÃO DE LITERATURA

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial (PA). Associa-se frequentemente a alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo (coração, cérebro, rins e vasos sanguíneos) e a alterações metabólicas, com consequente aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não-fatais. (NOBRE *et al.*,2010).

A hipertensão arterial é a mais comum das doenças cardiovasculares, além ser o principal fator de risco para outras doenças cardiovasculares. É uma doença silenciosa, inicialmente sem sintomas, e diagnosticada muitas vezes no aparecimento das complicações e comumente, nas unidades de emergência, tardiamente, causando significativa perda na qualidade de vida e aumento nas taxas de morbidade e mortalidade. (NOBRE *et al.*,2010).

Estima-se que na realidade brasileira são encontrados cerca de 1/4 da população adulta de portadores de hipertensão arterial, a partir dos 40 anos de idade, e esse número é crescente, sendo que o seu aparecimento está cada vez mais precoce (BRASIL, 2010). As VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial (2010) enfatizam que a prevalência de hipertensão arterial está entre 22,3% e 43,9% (média de 32,5%). (NOBRE *et al.*,2010).

A HAS tem alta prevalência e baixas taxas de controle, é considerada um dos principais fatores de risco (FR) modificáveis e um dos mais importantes problemas de saúde pública. A mortalidade por doença cardiovascular (DCV) aumenta progressivamente com a elevação da PA a partir de 115/75 mmHg de forma linear, contínua e independente. (V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial,2006)

A transição epidemiológica no Brasil, caracterizada pela queda das taxas de mortalidade, aumento da expectativa de vida ao nascer, envelhecimento e, principalmente, pela mudança do perfil nosológico da população, resultou em aumento considerável da morbidade e da mortalidade por doenças crônicas não transmissíveis entre as quais a hipertensão é a principal representante. (World Health Organization,2012).

Atualmente, a Organização Mundial da Saúde próprio tabagismo como fator de risco cardiovascular evitável. Estima-se que 25% da população mundial adulta, cerca de 1,56 bilhão de pessoas, vai apresentar hipertensão em 2025, que será responsável por, aproximadamente, 13% da mortalidade global. (World Health Organization,2012)

Considerando-se que a HAS afeta mais de 1,2 bilhão de pessoas no mundo, 70 milhões de pessoas nos Estados Unidos e cerca de 36 milhões no Brasil e que, na maioria dos casos, é

assintomática e muitos hipertensos não consultam o médico, a detecção, o tratamento e o controle da PA são cruciais na prevenção dessas consequências adversas. (Scala LCN,2012).

De acordo com o Sistema de Informações sobre Mortalidade do Ministério da Saúde (SIM) de 2010, as doenças do aparelho circulatório representam a principal causa de morte no país, representando cerca de 30% dos óbitos em todas as regiões do país. (BRASIL,2006).

É por isso que o controle adequado dos pacientes com HAS deve ser prioridade da Atenção Básica a partir do princípio de que o diagnóstico precoce, o bom controle e o tratamento adequado dessa afecção são essenciais para diminuição dos eventos cardiovasculares e de possível alcance com os recursos disponíveis (NOBRE *et al.*,2010).<sup>9</sup>

Para BOULWARE (2001), a hipertensão arterial fornece um excelente campo de atuação para o trabalho de uma equipe multiprofissional, por ser uma doença multifatorial que envolve orientações voltadas para vários objetivos e tem seu tratamento mais efetivo com o apoio de vários profissionais de saúde.

A aquisição do conhecimento é fundamental, mas é apenas o primeiro passo. No que tange a implementação efetiva das mudanças é lenta e, segundo GIORGI (2010) por dependerem de medidas educativas, necessitam de continuidade, as quais devem ser promovidas por meio de ações individualizadas, elaboradas para atender às necessidades específicas de cada paciente e de ações coletivas de modo a ampliar o campo de ação e apresentar a melhor relação custo-benefício podendo assim ser mantido longo prazo.

Na UBS João Tadeu Alves de Vargas são constantes os atendimentos de pacientes com hipertensão arterial sistêmica, com mau controle, que evoluíram com complicações graves, mas podem ser evitáveis. Durante as consultas médicas e de enfermagem são evidentes a falta de adesão dos pacientes às mudanças de estilo de vida e ao tratamento adequado.

A educação do paciente hipertenso é importante e constitui um elemento chave para o controle adequado da hipertensão arterial sistêmica, e sobre os preceitos de SOARES (*et al.*,2009), além pode proporcionar melhor qualidade de vida, sobrevida e produtividade, diminuindo a alta frequência de internações com excessivos custos econômicos, hospitalares e sociais ao país.

Devido à alta prevalência de hipertensão arterial sistêmica na população da área de abrangência, alta incidência de complicações cardiovasculares e ao evidente grau de descontrole desses pacientes, o trabalho da equipe contribuirá para oferecer aos pacientes uma visão mais ampla do problema e os conhecimentos necessários, que contribuirão para adotar atitudes e estilos de vida saudável; melhorando a qualidade de vida, reduzindo os danos cardiovasculares, sociais e econômicos que proporciona esta doença.

### **3 METODOLOGIA**

Público-alvo: Trata-se de uma pesquisa-ação, que incluirá todos os pacientes portadores de hipertensão arterial com critérios de inclusão para conformar o tamanho amostral acompanhado pela UBS Dr.João Tadeu de Vargas Alves, Minas do Leão/RS/2017

Realizara-se um estudo tipo intervenção sobre o tema hipertensão arterial na UBS Dr.João Tadeu de Vargas Alves, Minas do Leão/RS/2017.

O universo constituiu-se por 345 pacientes hipertensos a partir de 18 anos. A mostra ficara constituída por 175 paciente que cumpriram com os critérios de inclusão. A fonte primária foi através dos prontuários e a secundária a questionário realizado a cada paciente.

#### **3.1 Critérios de inclusão**

- Pertencer ao UBS Dr.João Tadeu de Vargas Alves, Minas do Leão.
- Idade a partir de 18 anos.
- Capacidade mental e física normal.
- Ser hipertenso.
- Oferecer sua disposição para participar na investigação.
- Saber ler.

#### **3.2 O estudo será dividido em três etapas:**

1. Etapa diagnóstica.
2. Etapa de intervenção.
3. Etapa de avaliação.

#### **3.3 Etapa 1 - Diagnóstica**

Realizando uma listagem com os nomes e sobrenomes de todos os pacientes. Aplicaremos um questionário inicial através da qual se obtiveram os dados gerais da cada paciente e relacionados com os conhecimentos sobre a hipertensão arterial.

### **Teve-se em conta as variáveis**

- Grupo de idades.
- Sexo.
- Cor da pele.
- Nível de escolaridade.

Inclui as variáveis que se relaciona a seguir com Nível de conhecimento:

- Fatores de risco
- Sintomas mais frequentes.
- Dieta.
- Exercício físico.
- Tratamento.

### **3.4 Etapa 2 - Intervenção educativa**

Uma vez analisado os resultados se o procedera a traçar a estratégia educativa, com o objetivo de aumentar o nível de conhecimento sobre a hipertensão arterial nos pacientes estudados.

A intervenção realiza-se com uma frequência semanal no horário de 16 – 17 da tarde, no mesmo salão do consultório e será desenvolvida pela autora da investigação em questão. Para facilitar a aplicação do programa educativo é dividido o grupo em dois; as técnicas educativas que se utilizassem: chuva de ideias, palestra educativa, discussão de grupo e positivo–negativo e interessante (PNI). Na cada encontro realizou-se a retroalimentação do encontro anterior, com o objetivo de reconectar ao grupo com a sessão anterior e identificar os avanços e/ou retrocessos.

Iniciaremos o intercâmbio realizando a pergunta: “que aprendemos” por todo o grupo para recolher vários contribua. Depois se realizará uma síntese final com ênfase nas aprendizagens relacionadas com os objetivos do programa.

### **3.5 Etapa 3 - Avaliação**

Ao mês de realizada a intervenção aplica-se novamente o questionário. Desta vez sem incluir os dados gerais para avaliar os conhecimentos adquiridos através da intervenção.

O nível de conhecimento será avaliado pelo questionário onde a cada paciente devia marcar com um X somente o agrupamento que considerará correta em cada pergunta. Onde

cada uma sua valor era de cinco pontos: com um total de 25 pontos classificaremos como nível alto; entre 15 e 20 pontos como nível meio e menos de 15 pontos nível baixo.

#### 4 CRONOGRAMA DE ATIVIDADES

ATIVIDADES	PERÍODO EM 2017							
	JAN	FEV	MAR	ABR	MAIO	JUN	JUL	AGO
Apresentação do projeto de intervenção aos membros da equipe de saúde.			X					
Busca da informação nos prontuários e com as Agentes Comunitárias de Saúde.			X					
Obter a aprovação dos pacientes para participar na investigação.			X					
Encontro com todos os pacientes hipertensos que participaram no projeto para aplicar o questionário inicial.			X					
Intervenção educativa sobre Hipertensão Arterial aplicando técnicas educativas.			X	X	X			
Aplicação novamente do questionário para avaliar o nível de conhecimentos adquiridos através da intervenção.					X			
Avaliação em equipe do resultado final da implementação do plano de ação e determinação dos aspectos principais a modificar como elemento necessário para uma atenção continuada e possíveis redirecionamentos.						X	X	X



## **5 RECURSOS NECESSÁRIOS**

### **5.1 Recursos Humanos**

- Profissionais Médico.
- Enfermeiro.
- Téc./Aux. Enfermagem.
- Agentes Comunitários de Saúde

### **5.2 Recursos Materiais**

- Sala para realização das atividades.
- Equipamento de multimídia.
- Canetas, folhas.
- Pasta para arquivo do planejamento das atividades.
- Listas com pacientes hipertensos disponíveis para a intervenção.
- Prontuários dos pacientes presentes na atividade.

## **6 RESULTADOS ESPERADOS**

Com a execução deste Plano de Ação, espera-se lograr que os pacientes com Hipertensão Arterial da Unidade Básica de Saúde João Tadeu de Vargas, do Município Minas do Leão, alcance um maior nível de conhecimento sobre hipertensão arterial, mudanças saudáveis no estilo de vida que lhes permita viver sem complicações e com melhor qualidade de vida. Lograr a redução nos indicadores de morbimortalidade por esta doença. Garantindo assim maior adesão dos pacientes aos programas oferecidos e melhor acompanhamento pela equipe de saúde.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Álvarez S.R. Medicina Geral Integral. Terceira reimpressão. Editorial Ciências Médicas: 2011.
2. Comas, A; González-Novo, J.P; Praça, F; Barreda, MJ. Protocolo de automedicação da pressão arterial domiciliária como método de avaliação do paciente hipertenso. 1998; 22:142-8.
3. Da Serra, B.A; Gorostidia, M; Marinha, C.R. Avaliação e tratamento da hipertensão arterial em Espanha. Documento de consenso Med. Clín. (Barc).2012; 131(3):104-16.
4. Hipertensão Sobe não Brasil. <http://www.endocrino.org.br/hipertensao-sobe-no-brasil/>. Acesso em fevereiro de 2017.
5. Lesmes, S.A; Sánchez, M.A. Crise Hipertensivas e afecção a outros níveis [www.united.edu/tratado/co11604.html](http://www.united.edu/tratado/co11604.html). 2013.
6. Marcus, V.B. Revista Brasileira de Hipertensão: VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão, Palavra do Presidente. Rio de Janeiro:v.17, n.1, p.2-3,2010.
7. NOBRE,F.*et al*.VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. Revista Brasileira de Hipertensão, Rio de Janeiro, v.17, n.1, p 57, 2010.
8. Programa Nacional de Prevenção, Diagnóstico, Avaliação e Controle e Tratamento da Hipertensão Arterial vigente em Cuba. Editorial povo e Ed
9. Rocha, G.R. Temas de Medicina Interna. Editorial povo e Educação. A Habana 2002; 3: 31-40.
10. Scala LCN, Magalhães LBNC, Machado CA. Epidemiologia e prevenção primária da hipertensão arterial. In: Paola AAV, Barbosa MB, Guimarães JI. Cardiologia. Livro Texto da Sociedade Brasileira de Cardiologia. Barueri: Manole; 2012. p. 235-8.

11. V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial - Publicações SBCh<http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2006/VDiretriz-HA.pdf> 13 fev. 2006 ... Sociedade Brasileira de Cardiologia – SBC ... participando ativamente da reunião plenária no dia 13 de fevereiro de 2006, em São Paulo, SP

ANEXO A - Carta de disposição para participar no projeto: intervenção educativa em pacientes hipertensos da Unidade Básica de Saúde Dr. João Tadeu de Vargas Alves.

Eu ----- estou de acordo em participar no projeto.

-----

Assinatura.

**ANEXO B: QUESTIONÁRIO**

Nome completo:----- Sexo:-----

Idade:----- Cor da pele:----- Nível Escolar:-----

1-De acordo ao conhecimento que você tem sobre Hipertensão Arterial Sistêmica (Pressão Alta) marque com uma **x** o grupo correto.

a) Os fatores de risco da Pressão alta são:

----- O tabagismo, o consumo excessivo de álcool, o stress, o alto consumo de sal e gorduras nos alimentos, a não pratica de exercícios físicos, a idade avançada e a obesidade.

-----Os antecedentes familiares de pressão alta, a pratica de exercícios físicos, os alimentos com pouca sal e gorduras.

b) Os sintomas mais frequentes são:

----- Dor de cabeça, dor no peito, tonturas, zumbido no ouvido e visão turva.

----- A pressão alta aparece sempre com dor de cabeça, dor no peito, tonturas, zumbido no ouvido e visão turva.

c) A dieta para controlar a pressão alta é:

----- Consumir frutas e vegetais, alimentos baixos em sal e ricos em óleo vegetal.

-----Consumir alimentos gordurosos, salgados e ricos em açúcar.

d) A pratica de exercícios físicos:

----- Aumenta a pressão arterial.

-----Ajuda à manutenção da pressão arterial abaixo de 130/80mmhg (manteie controlada a pressão arterial).

e) O tratamento correto:

-----Inicia-se a mudança do estilo de vida associado ou não a medicamentos.

-----Só consiste no uso de medicamentos.

## ANEXO C

**QUADRO 1 - DISTRIBUIÇÃO POR GRUPOS DE IDADE E SEXO DOS PACIENTES HIPERTENSOS**

Grupos Etários	Sex	
	M %	F %
18-31		
32-45		
46-60		
61 e mais		

Fonte: autoria própria (2017)

**QUADRO 2 - DISTRIBUIÇÃO POR COR DA PELE DOS PACIENTES HIPERTENSOS**

Raça	Quantidade	%
Branca		
Preta		
Mestiça		

Fonte: autoria própria (2017)

**QUADRO 3 - DISTRIBUIÇÃO POR NÍVEL DE ESCOLARIDADE DOS PACIENTES HIPERTENSOS.**

Nível de Escolaridade	Quantidade	%
Fundamental		
Médio		
Superior		
Ilustrados		

Fonte: autoria própria (2017)

**QUADRO 4 - DISTRIBUIÇÃO DOS PACIENTES HIPERTENSOS POR NÍVEL DE CONHECIMENTO NA ETAPA DIAGNOSTICA.**

<b>Objetivos Avaliados</b>	<b>Nível Bajo de % Conhecimento</b>	<b>Nível Médio de % Conhecimento</b>	<b>Nível Alto de % Conhecimento</b>
<b>Fatores de Risco</b>			
<b>Sintomas mais frequentes</b>			
<b>Dieta</b>			
<b>Exercício Físico</b>			
<b>Tratamento</b>			

Fonte: autoria própria (2017)

**QUADRO 5: DISTRIBUIÇÃO DOS PACIENTES HIPERTENSOS POR NÍVEL DE CONHECIMENTO NA ETAPA DE AVALIAÇÃO.**

<b>Objetivos Avaliados</b>	<b>Nível Bajo de % Conhecimento</b>	<b>Nível Médio de % Conhecimento</b>	<b>Nível Alto de % Conhecimento</b>
<b>Fatores de Risco</b>			
<b>Sintomas mais frequentes</b>			
<b>Dieta</b>			
<b>Exercício Físico</b>			
<b>Tratamento</b>			

Fonte: autoria própria (2017)