



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS (UNA-SUS) - NÚCLEO DO CEARÁ
NÚCLEO DE TECNOLOGIAS EM EDUCAÇÃO A DISTÂNCIA EM SAÚDE
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO, PESQUISA E INOVAÇÃO EM SAÚDE DA
FAMÍLIA

SHIRLEY VAZQUEZ RODRIGUEZ

AÇÕES DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE PARA MELHORAR O CONHECIMENTO DA
POPULACAO SOBRE ESTILOS DE VIDA ADEQUADOS PARA EVITAR
HIPERTENÇÃO ARTERIAL NO MUNICIPIO LIMONEIRO DO NORTE - CE

FORTALEZA - CE

2018

SHIRLEY VAZQUEZ RODRIGUEZ

**AÇÕES DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE PARA MELHORAR OS CONHECIMENTOS
DE A POPULAÇÃO SOBRE ESTILOS DE VIDA ADEQUADOS PARA EVITAR
HIPERTENSÃO ARTERIAL NO MUNICÍPIO LIMOEIRO DO NORTE - CE**

Trabalho de Conclusão de Curso submetido à Coordenação do Curso de Especialização em Saúde da Família, modalidade semipresencial, Universidade Aberta do SUS (Una-SUS) - Núcleo Do Ceará, Núcleo de Tecnologias em Educação a Distância Em Saúde, Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para obtenção do Título de Especialista.

Orientador: Prof^o. Dr. Alexandre Nogueira.

FORTALEZA - CE

2018

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Biblioteca Universitária

Gerada automaticamente pelo módulo Catalog, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

R619a Rodriguez, Shirley Vazquez.

ações de educação em saúde para melhorar os conhecimentos de a população sobre estilos de vida adequados para evitar hipertensão arterial no município Limoeiro do Norte - CE : exploratório descritivo com abordagem metodológica quantitativa / Shirley Vazquez Rodriguez. – 2018.
26 f.

Trabalho de Conclusão de Curso (especialização) – Universidade Federal do Ceará, ,
Fortaleza, 2018.

Orientação: Prof. Me. Prof^o. Dr. Alexandre Nogueira.

1. Hipertensão Arterial Sistêmica, Educação para a Saúde, Qualidade de Vida
Relacionada à Saúde. I. Título.

CDD

**AÇÕES DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE PARA MELHORAR OS CONHECIMENTOS
DE A POPULAÇÃO SOBRE ESTILOS DE VIDA ADEQUADOS PARA EVITAR
HIPERTENSÃO ARTERIAL NO MUNICÍPIO LIMOEIRO DO NORTE - CE**

RESUMO

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial (PA) acima de 140 mmHg na sistólica e 90 mmHg na diastólica. Além de contribuírem como aumento de fatores de risco como infarto agudo do miocárdio - IAM, acidente vascular encefálico - AVE e insuficiência renal crônica - IRC. Muitos fatores de risco para hipertensão podem ser modificáveis e até mesmo substituíveis, a biologia humana, a herança genética e os processos vitais, o meio ambiente, o estilo de vida, do qual resultam na organização e favorecimento da assistência à saúde. O objetivo da pesquisa é elaborar práticas de ação educativa na estratégia saúde da família para hipertensos da unidade de saúde de Várzea do Cobra no município de Limoeiro do Norte. O trabalho retrata uma busca ativa de caráter exploratório descritivo com abordagem metodológica quantitativa. A pesquisa foi desenvolvida na cidade de Limoeiro do Norte, mais precisamente na comunidade de Várzea do Cobra, dentre o público alvo (hipertensos) consta atualmente com um total de 268 pacientes diagnosticados e acompanhados pela equipe da unidade. Foram analisados 268 prontuários referente aos pacientes diagnosticados hipertensos. Nesse sentido, inicialmente, será apresentado o perfil dos participantes em relação ao sexo, faixa etária, grau de escolaridade, raça, e por fim, a renda. Conclui-se que a equipe deve trabalhar de forma integrada para brindar um trabalho de qualidade, equitativo, realizando de forma sistemática ações de saúde de educação em saúde, podendo conhecer a realidade social de sua população.

Palavras-chave: Hipertensão Arterial Sistêmica, Educação para a Saúde, Qualidade de Vida Relacionada à Saúde.

Health education actions to improve the knowledge of the population on appropriate lifestyles to avoid arterial HIPERTENCAO in the north-EC Lemon Grove

ABSTRACT

Systemic arterial hypertension (has) is a multifactoric clinical condition characterized by high and sustained blood pressure levels (PA) above 140 mmhg in the systolic and 90 mmhg in the diastolic. In addition to contributing as an increase in risk factors such as acute myocardial infarction, bird stroke and chronic renal failure-IRC. Many risk factors for hypertension can be modifiable and even replaceable, human biology, genetic inheritance and vital processes, the environment, the lifestyle, which result in the organization and favor of health care. The objective of the research is to draw up practices of educational action in the Family Health strategy for hypertensions of the Cobra's Lowland health unit in the northern Lemon County. The work depicts an active search of descriptive exploratory character with quantitative methodological approach. The research was developed in the city of North Lemon, more precisely in the valley community of Cobra, among the target public (hypertensions) currently has a total of 268 patients diagnosed and accompanied by the team of the unit. 268 medical records were analyzed for patients diagnosed with hypertension. In this sense, initially, the profile of the participants will be presented in relation to sex, age group, degree of schooling, race, and finally, the income. It is concluded that the team must work in an integrated way to provide a quality, equitable work, systematically doing health education health actions, being able to know the social reality of its population.

Key words: systemic arterial hypertension, health education, health-related quality of life.

1. INTRODUÇÃO

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial (PA) acima de 140 mmHg na sistólica e 90 mmHg na diastólica, podendo também ser considerada como uma síndrome por estar frequentemente associada a um agregado de distúrbios metabólicos, bem como, a relação entre dois tipos de fatores, sendo eles: intrínsecos (hereditariedade, sexo, idade e raça) e os fatores extrínsecos (alimentação inadequada, excesso de sal, consumo abusivo de álcool, inatividade física, tabagismo, sedentarismo, obesidade, estresse, dislipidemia e dieta). Com base nesse conhecimento, mudanças no estilo de vida têm sido indicadas na prevenção e tratamento da HAS (MALTA, 2016).

A HAS é um tipo de patologia caracterizada por ser uma doença crônica não transmissível, de causas multifatoriais que está associada a diversos tipos de alterações como: funcionais, estruturais e metabólicas dos órgãos-alvo (coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos). Além de contribuírem como aumento de fatores de risco como infarto agudo do miocárdio - IAM, acidente vascular encefálico - AVE e insuficiência renal crônica - IRC. (MELLO, 2012).

Como fator preocupante pois os índices de casos só crescem a cada dia, a hipertensão arterial como já citada contribui como fator de risco a diversas doenças graves que o fim pode ser a morte prematura e incapacidade de reversão do quadro, portanto é considerada um problema de saúde pública em âmbito mundial, sendo responsável por aproximadamente 10% das despesas de saúde. Em 2000, a prevalência da HAS na população mundial era de 25% e a estimativa para o ano de 2025 é de 29% (PESSUNTO, 2015).

As estimativas da Organização Mundial de Saúde (OMS) indicam que as doenças crônicas não transmissíveis são responsáveis por 58,5% de todas as mortes ocorridas no mundo e por 45,9% da carga global de doença (BRASIL, 2011).

A experiência na área de saúde, no município de Limoeiro do Norte, nos últimos anos, vem mostrando que apesar das várias divulgações e campanhas em veículos de comunicação a respeito da HAS e seus fatores de risco, as pessoas portadoras dessa enfermidade ainda apresentam sérias dificuldades em lidar com este cuidado (PIRES, 2013).

Na Unidade de Saúde da Família na comunidade de Várzea do Cobra, no município de Limoeiro do Norte, onde será realizada a pesquisa, observa-se também uma elevada prevalência desta doença, o difícil controle, o crescente número de pessoas com fatores de risco e o abandono do tratamento. Estes são os principais motivos pelos quais podemos caracterizá-lo um problema de saúde pública e investir em estratégias de intervenção para prevenir e minimizar os riscos.

Muitos fatores de risco para hipertensão podem ser modificáveis e até mesmo substituíveis, o que torna a hipertensão evitável na maioria dos casos ou com alta probabilidade de controle, se já presente (LESSA, 2015).

A manifestação da doença não pode ser explicada apenas por relações de causa e efeito, mas por um conjunto de fatores que contribuem para o diagnóstico, além do social, biológico e psicológico que se encontra inserido, vem o estilo de vida, estilo esse que envolve a subjetividade do sujeito em seu contexto de modo que a objetivação da saúde e ou da doença em uma dimensão psicossomática, além da diversidade de aspectos fisiopatológicos, estão associados a emoção, condições corporais na qual afetam a mente e vice-versa, num processo complexo e relacionado (BOING, 2014).

Para uma melhor compreensão sobre o que deve ser favorável dentro do termo “estilo de vida”, é importante o entendimento do qual resultam em: decisões pessoais, lazer, cuidados com o corpo, trabalho, filosofia de vida, comportamentos aditivos, além da organização da assistência à saúde dentro de um contexto social (MALTA, 2016).

Seguindo o paradigma da saúde onde afirma e cada vez mais preconiza nas conferências nacionais e internacionais de saúde a complexidade, a determinação social e a perspectiva holística, onde se pode abranger toda a biologia humana, a herança genética e os processos vitais, o meio ambiente, o estilo de vida, do qual resultam na organização e favorecimento da assistência à saúde, que compreende a assistência e os serviços de saúde, nos diferentes níveis de atenção (FERREIRA, 2016).

Todos esses conceitos que contribuem para uma melhor qualidade de vida passaram a ser adotado para explicar a ocorrência de agravos à saúde, nos quais o modo de vida do sujeito tem um papel importante. Assim para determinados autores, a doença pode resultar de formas pouco “saudáveis” de viver (MELLO, 2012).

2. PROBLEMÁTICA

Conforme se observou no período compreendido entre o ano de 2017 e fevereiro 2018, um elevado número de casos novos diagnosticados de doenças cardiovasculares, entre elas a Hipertensão Arterial, chega a ser a mais cotada na comunidade de Várzea do Cobra no município de Limoeiro do Norte – Ceará, onde será realizado a coleta de dados para a pesquisa.

Sabendo que os fatores para aparição e agravo da doença estão fortemente relacionados com os hábitos e estilo de vida da população bem como os fatores ambientais, é preciso que seja trabalhado junto à população um plano de intervenções nesses fatores que potencializam o agravo.

Com base no exposto, o que se observou junto à comunidade é a existência de uma carência no que diz respeito ao assunto abordado na pesquisa, ausência de um possível trabalho educativo em saúde a que propõe esse estudo, entre profissionais da área da saúde em conjunto com a comunidade da Várzea do Cobra, com o objetivo de uma melhor compreensão sobre prevenção, fatores de risco, diagnóstico e tratamento, visando a possibilidade de reduzir as incidências da mesma, colaborando para uma melhor da qualidade de vida da população, e controle para a doença.

3. JUSTIFICATIVA

A HAS é uma doença "democrática", onde acomete ambos os sexos, raças, classes sociais, idades variadas, com outros tipos de patologias entre outros. Assim, se traz uma estimativa em torno de 25 % da população brasileira adulta, chegando a mais de 50% após os 60 anos e está presente em 5% das crianças e adolescentes no Brasil, sendo responsável por 40% dos infartos, 80% dos derrames e 25% dos casos de insuficiência renal terminal (BRASIL, 2011).

Com a apresentação de todos esses dados, conclui-se que a hipertensão arterial sem dúvida alguma representa um sério problema de saúde no Brasil, com uma incidência crescente a cada coleta de dados, além das complicações que a própria patologia pode acarretar (BOING, 2014).

Diante tal contexto, a criação de planos de intervenções é um meio de descrever, intervir e orientar aumentando o conhecimento do público alvo sobre fatores de risco que ameaçam com rapidez, além de apresentar a doença em breve período de tempo e iniciar o tratamento o mais precoce possível (FERREIRA, 2016).

As programações educativas podem ter início pelas escolas, os ambientes familiares entre outros espaços na qual se considera propícios para implementação de programa de intervenção educativo, na perspectiva de melhorar o nível de conhecimento da população como um todo, além da redução e da incidência da doença (LESSA, 2015).

4. OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GERAL

Elaborar práticas de ação educativa na estratégia saúde da família para hipertensos da unidade de saúde de Várzea do Cobra no município de Limoeiro do Norte.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Conscientizar os moradores hipertensos da importância do uso correto da medicação;
- Observar a atuação da equipe de saúde para a melhoria da qualidade de vida dos hipertensos;
- Orientar os profissionais da unidade de saúde e os pacientes, principalmente, sobre os fatores de risco da Hipertensão Arterial.

5. REVISÃO DE LINTERATURA

5.1 Hipertensão Arterial Sistêmica

A HAS é um dos problemas mais modificáveis e importante na saúde pública no mundo atualmente, é uma doença com alta prevalência e baixas taxas de controle, além de ser um dos fatores determinantes de risco em pacientes vítimas de acidente vascular cerebral e o infarto agudo do miocárdio. No Brasil a prevalência está de 22 a 44%, de pacientes diagnosticados hipertensos e ainda existe uma média de 40% de indivíduos que desconhecem serem portadores do diagnóstico HAS. (BOING, 2014).

A pressão arterial tem seus fatores de riscos característicos e se eleva por diversos motivos que podem influenciar no desenvolvimento da hipertensão, tais como: histórico de hipertensão na família, obesidade, diabetes, dieta rica em sódio, tabagismo, excesso de gordura no sangue, excesso de bebida alcoólica, sedentarismo, estresse (SILVA, 2013).

É importante prestar atenção aos sintomas da hipertensão: dor na região da nuca, visão embaçada, cansaço, tontura, sangramento no nariz, náusea e vômito – esses normalmente aparecem em casos mais avançados. Portanto como a doença pode se manifestar de forma silenciosa é indispensável a realização de um check-up que deve ser feito periodicamente, além da ida ao médico caso apresente algo diferenciado do normal diário (COSTA, 2012).

As pessoas que sofrem de pressão alta devem ir ao cardiologista uma vez a cada seis meses; já as que possuem a pressão normal, uma vez ao ano. As crianças também devem ter o devido acompanhamento de sua pressão com seus pediatras (SILVA, 2013).

Como já mencionado, muitas vezes os sintomas da hipertensão não são detectados, porém existem exames laboratoriais que os detectam de forma precoce e precisa, parâmetros com alterações significantes como os seguintes: urinálise, hematócrito, ureia e/ou creatinina, potássio, glicose em jejum, cálcio, TSH e T4, lipidograma (CARVALHO, 2012).

Caso já tenha sido diagnosticado a doença e hoje está classificado como hipertenso, existem alguns fatores que contribuem positivamente tanto como prevenção de futuras patologias graves contra a doença quanto como tratamento para estabilizar a pressão arterial: reduzir o sal de cozinha e os alimentos que contenham muito sal, eliminar o consumo de álcool, abandonar o tabagismo, caso seja fumante, exercitar-se regularmente, controlar as alterações das gorduras sanguíneas (COSTA, 2012).

Como auxílio medicamentos para o controle da HAS existem uma larga e extensa lista de anti-hipertensivos usados para o tratamento, sendo citados alguns ofertados pela rede pública ou mais cogitados como escolha: aldactone, aradois, atenolol, besilato de anlodipino, captopril, enalapril, espironolactona, carvedilol, losartana potássica e diuréticos como: furosemida e hidroclorotiazida. Nunca se automedique ou interrompa o uso de um medicamento sem antes consultar um médico. Somente ele poderá dizer qual medicamento, dosagem e duração do tratamento é o mais indicado para o seu caso em específico (CARVALHO,2012).

É uma doença considerada fator predominante em relação a mortalidade em doenças cardiovasculares. Em 2015, cerca de 7,6 milhões de mortes no mundo foram atribuídas à elevação da PA (54%por acidente vascular encefálico e 47% por doença isquêmica do coração. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2016).

Esses índices estão relacionados ao crescimento cada vez mais cedo, sem precedentes e de forma acelerada da população de idosos em números absolutos e relativos, além de ser um fenômeno mundial. Em 1950 eram cerca de 204 milhões de idosos no mundo, e em 1998 esse número passou para 579 milhões de pessoas, um crescimento de mais de oito milhões de idosos por ano. Sendo assim, as projeções indicam que em 2050 serão mais de 1.900 milhões de idosos (SILVA, 2012).

Nesse sentido o ministério da saúde tem investido em programas de educação e saúde para a melhor idade (acima de 60 anos), visando subsidiar a crescente proporção das doenças do aparelho circulatório no perfil epidemiológico da população brasileira, pois assim incentiva o idoso a realizar exames de rotina e controlar a HAS como importante condição para se evitar ocorrência dos agravos dessa natureza (BORGES, 2012).

5.2 Programa Saúde da Família - PSF

O Programa Saúde da Família teve início na década de 90, sendo inspirado em experiências de outros países como (Cuba, Inglaterra e Canadá), nos quais proporcionou interesse na melhoria da qualidade na saúde pública, com investimento na promoção e prevenção da saúde (BRASIL, 2001b).

Sua implantação foi precedida, em 1991, pelo Programa de Agentes Comunitários de Saúde e, a partir de 1994, começaram a ser formadas as primeiras equipes do PSF, incorporando e ampliando a atuação dos agentes comunitários de saúde (BRASIL, 2001b).

A implantação desse serviço abrange uma série de exigências burocráticas: território específico, espaço geofísico, espaço da cultura, número populacional, equipe de agentes comunitários de saúde no trabalho local com a população, estabelecimento de vínculos, produção de acolhimento e responsabilização, aproximam o profissional e suas ferramentas de ação ao âmbito da micropolítica nos processos de trabalho. Em seguida vem a implantação de uma equipe multidisciplinar composta (médico, enfermeiro, técnico de enfermagem, agente comunitário de saúde, serviço gerais) (PACHECO, 2013).

De acordo com Borges (2012), o Programa de Saúde da Família (PSF) tem sido compreendido, pelo governo federal, como um investimento necessário para as políticas públicas de atenção primária à saúde. Pois é onde ocorre o primeiro contato da população com o serviço de saúde, além de proporcionar uma estratégia para reorientação do mesmo, auxiliando a operacionalização dos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) e tornando viável o funcionamento da rede articulada com os outros níveis de atenção.

O objetivo desse serviço de saúde compreende em atuar na promoção, prevenção, recuperação e manutenção da saúde da população, com ações que favoreçam uma atenção universalizada, integralizada e igualitária de saúde a toda a comunidade. Nesta estratégia em saúde, a família de um modo geral passa a ser o foco do atendimento, levando-se em consideração suas necessidades, suas condições sociais e o meio onde está inserida, para que a equipe possa planejar e promover as ações de saúde de forma integral e com qualidade (SENA, 2013).

5.3 Hiperdia a HAS

É importante o atendimento nos postos de saúde facilitando assim o controle de doenças existente na área cadastradas na rede pública de saúde. Dentro dos programas de atendimento nos PSF, existe o “hiperdia” é específico a atenção ao cliente com HAS, elaborado pelo Ministério da Saúde (MS) em 2001, com o objetivo

de reestruturar o atendimento aos portadores dessas doenças, proporcionando um atendimento resolutivo e de qualidade na rede pública de serviços de saúde (BRASIL, 2001b).

Além do cadastro, o serviço proporciona o acompanhamento, a garantia do recebimento dos medicamentos prescritos gratuito, as estratégias de saúde pública estão sempre em atualizações com o intuito da modificação do quadro atual, investindo na melhoria da qualidade de vida dessas pessoas e a redução do custo social (BRASIL, 2006 b).

A qualidade de vida é o objetivo principal de todo programa de saúde desenvolvido para o indivíduo ou para a coletividade. Periodicamente o MS revisa a alimentação dos sistemas, além das ações tomadas, verificando as metas alcançadas, propondo quando necessária reorganização das Ações Programáticas da Atenção Básica (MENDES, 2014).

Sendo assim, a maneira como o portador de HAS visualiza a sua doença, repercute no tratamento e no prognóstico de sua patologia, portanto o diagnóstico precoce leva a redução do agravo e com isso possibilita que o paciente inicie o manejo terapêutico dessa doença, como ponto de partida a mudança do estilo de vida como atividade física, reeducação alimentar, e quando necessário tratamento com terapia farmacológica. (RIBEIRO, 2015).

5.4 Estilo de vida

O estado de saúde de um indivíduo pode ser modificado pelo meio em que vive, por suas relações sociais, bem como por suas condições socioeconômico culturais, sendo precisamente indicada por sinais fisiológicos, entre eles a pressão arterial. A família como um todo deve trabalhar no intuito de colaborar para o bem-estar do próximo, já que cada indivíduo tem vida própria, atuar em conjunto desde a resolução de problemas, na simples preparação das refeições, lazer e até mesmo na rotina do uso de medicamentos e de consultas periódicas.

Os cuidados oferecidos por cada membro familiar têm a finalidade de preservar a vida de seus familiares, com o dever e respeito de cada um, suas próprias possibilidades, padrões culturais, necessidades particulares de cada indivíduo e às condições do meio onde vive (SENA, 2013).

Para famílias que tem membros portadores de HAS, é indicado a adoção de um estilo de vida saudável e frequentemente associado ao uso de medicamentos anti-hipertensivos que deve ser realizado no horário e dosagem conforme prescrição médica, principalmente quando o paciente for idoso (BORGES, 2012).

Portanto a adesão no PSF junto à comunidade de ações educativas em saúde deve ser um processo contínuo, dinâmico e participativo, tendo como objetivos e benefícios, a melhoria das condições de saúde, estimulando o diálogo trazendo o repasse de informações e orientando quando necessário (PACHECO, 2013).

6. METODOLOGIA

Para a elaboração deste Projeto de Intervenção foram utilizados três planos organizativo: sendo eles a busca ativa de caráter exploratório descritivo com abordagem metodológica quantitativa, por meio deste se pôde detectar os problemas identificados, seguindo com o diagnóstico situacional da área de abrangência em estudo e em terceiro a elaboração de possível plano de ação para intervenção sobre o problema identificado como prioritário.

Para Minayo (2010), a pesquisa quantitativa atua em níveis de realidade onde existe a necessidade de extrair e evidenciar indicadores e tendências a partir de grande quantidade de dados. De caráter exploratório, pois visa proporcionar maior familiaridade com o problema, com vistas a torná-lo mais explícito ou a construir hipóteses. A grande maioria dessas pesquisas envolve: (a) levantamento bibliográfico; (b) entrevistas com pessoas que tiveram experiências práticas com o problema pesquisado; e (c) análise de exemplos que estimulem a compreensão (GIL, 2007). A pesquisa de campo caracteriza-se pelas investigações em que, além da pesquisa bibliográfica e/ou documental, se realiza coleta de dados junto a pessoas, com o recurso de diferentes tipos de pesquisa (pesquisa ex-post-facto, pesquisa-ação).

A pesquisa foi desenvolvida na cidade de Limoeiro do Norte, mais precisamente na comunidade de Várzea do Cobra, localização da área do Posto de Saúde da Família - PSF da área, um dos 18 existentes na cidade, onde foi realizada

a coleta de dados com o enfermeiro (a), membro responsável pela equipe, bem como, pelas informações necessárias para o estudo.

O PSF em estudo dispõe do seguinte quadro de funcionários: 01 médico, 01 enfermeira, 01 técnica em enfermagem, 01 serviços gerais, 10 agentes comunitários de saúde. Esse posto abrange uma demanda de 2.263 habitantes, divididas em 932 famílias devidamente cadastradas.

Dentre o público alvo (hipertensos) consta atualmente com um total de 268 pacientes diagnosticados e acompanhados pela equipe da unidade, no período de janeiro a dezembro de 2017. Seguem divididos em (108) do sexo masculino e (160) do sexo feminino, a faixa etária consta conforme o número de agravos mais frequentes no período de 2017, descritos da seguinte forma: até 20 anos (37), 21-40 (99), 41-60 (80), acima de 60 anos (89), referente ao grau de escolaridade teve como predominância analfabeto e ensino fundamental incompleto.

Como requisito de inclusão para a amostra foram contabilizados indivíduos que eram da área e estavam devidamente com cadastros ativos e atualizados, além de conter em seu prontuário individual: anexos de resultados de exames, diagnosticados como hipertensos e prescrições médicas com tratamentos específicos. Já em caráter de exclusão destacou-se os indivíduos que não habitavam mas na área ou já tinham ido a óbito, embora estivessem ainda com cadastros ativos, prontuários individuais incompletos sem anexos de resultados de exames e/ou diagnósticos que comprovassem serem hipertensos e sem prescrições médicas com tratamentos específicos.

O instrumento de trabalho utilizado como escolha foi uma busca ativa nos prontuários individuais, nas fichas para acompanhamento de hipertensos (B-HA) registrados no e- SUS, existentes no posto e como comprovação e veracidade a cada informação encontrada, foi comparado os dados numéricos expressados no programa informatizado do Sistema de Informação de Atenção Básica – SIAB, encontrados da secretará de saúde tendo como objetivo construir informações pertinentes para um objeto de pesquisa, sendo realizado pelo pesquisador.

Forão realizadas duas análises, a primeira teve como critério de descrição as seguintes variáveis: sexo, idade, escolaridade, raça, profissão, métodos diagnósticos, tratamento utilizado e resposta a terapia farmacológica.

A segunda foi para avaliar as diferenças nos números de casos notificados conforme as variáveis estudadas, foram feitas em forma de tabelas descrevendo os

dados de cada mês em estudo, quantidade de dados encontrados por área. Em seguida foi realizada proporções, comparadas conforme o aumento ou diminuição de casos, bem como variáveis contínuas, levando em conta as diferenças consideradas significativas quando a probabilidade da ocorrência do evento por áreas diferenciadas e com maior probabilidade da presença de casos.

Este estudo foi parte de uma pesquisa sobre doenças epidemiológicas, tendo como foco principal a hipertensão arterial sistêmica - HAS no município de Limoeiro do Norte Ceará.

Foram previstos riscos mínimos de desconforto ou constrangimento na coleta de dados na participação neste estudo. Desse modo, respeitando os preceitos éticos, determinados pela Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde (BRASIL, 2011). Por se tratar de uma pesquisa envolvendo seres humanos, afirma-se manter sigilo dos dados pessoais e patológicos da doença apresentada.

Como benéficos poderão gerar oportunidades de novos projetos serem implantados no posto de saúde, despertando interesse aos membros da secretaria de saúde, colaboradores e os próprios profissionais em modificarem as condutas utilizadas em benfeitoria dos pacientes existentes.

Os dados foram fornecidos a pesquisadora com o consentimento do secretário de saúde e o coordenador do programa saúde da família do município, onde foi dado seguimento com a elaboração e expedição do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE, para leitura e assinatura dos colaboradores (as), após aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa e o recebimento da certidão provisória.

Por fim FOI feita uma análise criteriosa dos dados colhidos pelo público selecionado, seguindo com uma possível síntese do conteúdo, abordando descrição objetiva, sistemática, e quantitativa do conteúdo evidente em estudo, seguindo para a realização estatística descritiva simples e posteriormente e finalizar com a coleta.

7. ANÁLISE DE DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Foram analisados 268 prontuários referente aos pacientes diagnosticados hipertensos. Nesse sentido, inicialmente, será apresentado o perfil dos participantes em relação ao sexo, faixa etária, grau de escolaridade, raça, e por fim, a renda.

No que concerne à sexualidade ficaram divididos entre: 160 do sexo feminino e 108 do sexo masculino, com faixa etária predominante de HAS sendo, 21 a 40 anos (99 pacientes) e mais de 61anos (89 pacientes), quanto ao grau de escolaridade obteve unanimidade em ensino fundamental incompleto, a raça se destacou preta (120), parda (80), a renda se estendeu em sua maioria entre dois salários até a aposentado (a).

Considerou-se pertinente empreender esse breve perfil dos sujeitos, porque se acredita que as características sociodemográficas, bem como o período que foi diagnosticado, interferem diretamente no nível de gravidade da doença, além das estratégias de detecção de hipertensos.

Neste estudo, identifica-se que os prontuários individuais e o programa e-SUS, foram as fontes de informação mais precisa, objetiva e fidedigna quanto a veracidade das informações colhidas, o que merece ser destacado, visto que, é uma doença com fatores de riscos importantes de serem diagnosticados precocemente, além de apresentar como fatores de risco de diversos tipos de doenças graves como: AVC, IAM entre outras.

De acordo com a meta da Organização Mundial da Saúde (OMS) o foco é reduzir a mortalidade por doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) em 2% ao ano, onde requer uma ação política global de redução do risco cardiovascular através de implantação de medidas ao nível da comunidade, com intervenções populacionais custo-efetivas para reduzir as DCNT e os seus fatores de risco (FR).

A detecção precoce de hipertensão acontece de forma eficaz quando a atenção primária atua no que diz respeito a promoção, prevenção e busca ativa, em todos os níveis de faixa etárias, já que de acordo com análises do Ministério da Saúde, as tendências dos níveis de pressão arterial (PA) de 19,1 milhões de adultos de diversos estudos populacionais feitos nas últimas quatro décadas (1975-2015), foi observado um aumento considerado nessa faixa etária, como também se comprova na pesquisa que realmente o índice de casos em adultos está em predominância.

Como qualquer outra doença a hipertensão apresenta manifestações clínicas, são na grande maioria o momento na qual o paciente procura o serviço

médico, estando muitas vezes em fase avançada da doença, tendo como destaque as respostas encontradas que mais se destacaram na pesquisa, cefaleia (67), Cansaço (40), dor na nuca (48), conforme será demonstrado no quadro 1 a seguir:

QUADRO 1 – Diversidade em manifestações clínicas encontradas nas prescrições no ano de 2017.

Manifestações Clínicas	Número
Fadiga	30
Cefaleia	67
Insônia	24
Presença de edemas	37
Cansaço	40
Tontura	18
Sangramento nasal	04
Dor na nuca	48
Apresentou dois ou mais sintomas	185

Fonte: dados da pesquisa, 2018.

Seguindo como descrição quanto aos fatores de risco na qual deve sempre ser motivos de alerta. Foi obtido as seguintes informações conforme a busca que relataram mediante a consulta descrita no prontuário, o que mais se considerou dentre os itens foram: história familiar em parentes de primeiro grau (70), tabagista (88) e sedentário (130). Conforme será mostrado no quadro 2:

Quadro 2- Fatores de risco que foram detectados na pesquisa referente ao ano de 2017.

Fatores de risco para hipertensos	Número
História familiar em parentes de primeiro grau	70

Predisposição genética	54
Tabagista	88
Faz uso de álcool	55
Sedentarismo	130
Alimentação	40
Faz uso abusivo de sal	28
Apresentou dois ou mais	280

Fonte: dados da pesquisa, 2018.

Como já mencionado os sintomas da hipertensão, muitas vezes não são detectados, ou apontados como comprovação da patologia, porém existem exames laboratoriais que os detectam de forma precoce, como os seguintes:

QUADRO 3 – Tipos de exames utilizados para comprovação de diagnóstico em pacientes hipertensos.

Exames	Número
Urinálise;	30
Hematócrito	TODOS
Triglicerídeo	TODOS
Colesterol	TODOS
Ureia e/ou Creatinina	80
Potássio;	56
Glicose em jejum	TODOS
Cálcio	28
TSH e T4	32
Lipidograma	12

Realizou dois ou mais exames	127
------------------------------	-----

Fonte: dados da pesquisa, 2018.

Todo tratamento surte o efeito adequando quando o paciente toma a medicação prescrita pelo médico, seguindo a dosagem e horários adequados, sendo assim com certeza os resultados serão o esperado. Mas existem os casos onde o paciente não segue as orientações devidas, bem como, abandonam o tratamento, com isso não se pode descartar futuras sequelas por parte da elevação das taxas de colesterol, triglicerídeos, glicose entre outros, tornando o tratamento por parte do paciente.

TRATAMENTO	Número
Sim, faz o efeito adequado.	138
Está sentindo o efeito com o uso correto do tratamento.	100
Após um certo tempo de uso não faz, mas o efeito adequado.	04
Aliviou, porém dores voltaram devido a interrupção do tratamento.	08
Atualmente não vem fazendo efeito esperado.	06
Relata alívio, mas a dor volta e intensa.	12

Fonte: dados da pesquisa, 2018.

Machado e Júnior (2015 e 2016), defende a teoria de que considerando o potencial do paciente hipertenso, o acompanhamento do mesmo para que se obtenha resultados favoráveis e de vista funcional deve ocorrer com orientação, programas terapêuticos, proteção alimentar, manutenção do estado funcional do e do sistema cardiorrespiratório. Mas a estratégia terapêutica deverá contemplar o tratamento de rotina caso necessário que varia de acordo com o estágio da doença, sua atividade e gravidade.

Carvalho e Mello (2012, 2012), salientam que para o tratamento e evolução do paciente não se faz necessário somente a parte medicamentosa, todo paciente necessita de cuidados que são realizados pela equipe da atenção primária, onde

consiste em um “método sistematizado por etapas com o objetivo de estabelecer os cuidados e as ações necessárias para a resolução dos problemas encontrados para cada caso atendido na perspectiva individual e coletiva”.

Malta e Silva (2016, 2013) ainda ressaltam que desta forma, a equipe deve pensar na utilização de técnicas, instrumentos e metodologias diferenciadas para a obtenção de dados que respaldem e subsidiem o cuidado que será direcionado ao paciente, avaliando se cada fase foi esgotada nas suas especificidades. Complementam ainda afirmando que a última etapa para um plano de assistência corresponde à avaliação, sendo possível realizar um feedback a fim de reavaliar se o objetivo estabelecido foi alcançado, levando-se em conta a satisfação desta perante a qualificação dos cuidados de saúde prestados.

Vieira e Martins (2018, 2017), concluem em concordância que o conhecimento e a detecção precoce colaboram para uma evolução desejada e um tratamento seguro, eliminado em larga escala a possibilidade de agravos funcionais a diversas doenças, ou até mesmo óbitos.

8. CRONOGRAMA



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ

UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS

Núcleo de Tecnologias e Educação a Distância em Saúde_ NUTEDS

Curso de Especialização, Pesquisa e Inovação em Saúde da Família – Modalidade Semipresencial

ATIVIDADES 2018	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Maio
Pesquisa Bibliográfica	x	x			
Orientações para Projeto de Pesquisa		x	x		
Elaboração do Projeto de Pesquisa			x	x	
Aplicação da coleta de dados			x	x	
Fazer Correção Ortográfica e Formatações			x	x	
Correções Finais				x	
Entrega do TCC					x
Envio a biblioteca da faculdade					x

9. RECURSOS NECESSÁRIOS

Neste tópico apresenta-se uma previsão dos recursos necessários para o desenvolvimento do projeto, pode-se dividir em: recursos materiais e recursos financeiros.

RECURSOS MATERIAIS FINANCEIROS	QUANTIDADE	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL
Notebook	01	2.000,00	2.000,00
Impressora	01	300,00	300,00
Recargas para impressora	01	40,00	40,00
Resma de papel	01	20,00	20,00
Xerox	30	0,30	9,00
Impressões	30	0,50	15,00
Deslocamento	06	20,00	120,00
Lanches	04	10,00	40,00
Valor total	74	2.390,80	2.544,00

10. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com este projeto de ações educativas demonstrou que a HAS é um problema de saúde pública na população na cidade de Limoeiro do Norte, Ceará, onde se faz necessário também a qualificação da equipe de saúde contribuindo assim no que diz respeito ao enfrentamento dos problemas relatados para a realização de educação em saúde de forma integrada, que promovam adoção de hábitos saudáveis pela população.

Com isto percebi a importância e a necessidade da continuidade desse projeto e amplia-lo através do apoio dos profissionais da unidade, capacitados para orientar os pacientes referente a este e outros temas relacionados as doenças crônicas, assim como outras atividades educativas na unidade, nas escolas e em outros espaços de convívio social, desenvolvendo estratégias de saúde para melhorar a qualidade de vida da população em geral.

Conclui-se que a equipe deve trabalhar de forma integrada para brindar um trabalho de qualidade, equitativo, realizando de forma sistemática ações de saúde de educação em saúde, podendo conhecer a realidade social de sua população. Além de participar do processo de identificação dos problemas, vislumbrando uma atenção de qualidade e a construção de estratégias de educação em saúde, com uma assistência integral ao indivíduo, as famílias e comunidade, com a implantação desse projeto será possível a construção de estratégias de atenção em saúde para diminuir a morbimortalidade por doenças como a hipertensão arterial.

REFERÊNCIAS

- BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de atenção básica. Coordenação Nacional de Hipertensão e Diabetes. **Hipertensão arterial e diabetes mellitus**. Morbidade auto referida segundo o VIGTEL, 2009. Cadastro de Portadores do SIS HIPERDIA, 2010. Brasília: Ministério da Saúde; 2011. Disponível em: https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S1415790X2016000100038&script=sci_abstract&. Acesso em: 18 /03 / 2018.
- BOING, A.C. Hipertensão arterial sistêmica: o que nos dizem os sistemas brasileiros de cadastramentos e informações em saúde. **Rev Bras Hipertens**. 14(2):84-8. 2014.
- BORGES, C.C. **Sentidos de saúde/doença produzidos em grupo numa comunidade alvo do Programa de Saúde da Família (PSF)**. 2012.
- CARVALHO, A.L.M. Adesão ao tratamento medicamentoso em usuários cadastrados no Programa Hiperdia no município de Teresina (PI). *Ciênc Saúde Coletiva*. 17(7):1885-92. 2012.

COSTA, J.M. Avaliação da implantação da atenção à hipertensão arterial pelas equipes de Saúde da Família do município do Recife (PE, Brasil). **Cienc Saúde Coletiva**.16(2):623-33. 2012.

FADDEN, M.A.J. Aspectos psicológicos e hipertensão essencial. **Rev Assoc Med Bras Hipertensão**. jan/mar; 44 (1): 5-8. 2016.

FERREIRA, R.G. Frequência de Hipertensão Arterial e Fatores de Riscos Associados: Brasil. **Rev de Saúde Pública**. 43(sup2):98-106. 2016.

JÚNIOR, M.D. Aspectos psicológicos e hipertensão essencial. **Rev Assoc Med Bras Hipertensão**. jan/mar; 44 (1): 5-8. 2016.

LESSA I. Impacto social da não-adesão ao tratamento da hipertensão arterial. **Rev. Bras. Hipertens**. 13(1):39-46. 2015.

MACHADO, S.C. Clientes com hipertensão arterial: perspectiva da gerência do cuidado de enfermagem. Esc Anna Nery. **Rev Enferm**. abr; 9(1): 64-71. 2015.

MALTA, D.C. **Doenças crônicas não-transmissíveis: mortalidade e fatores de risco no Brasil, 2006 a 2015** in Saúde Brasil. Ministério da Saúde, Brasília. 2016.

MARTINS, I.S. Doenças cardiovasculares ateroscleróticas, dislipidemias, hipertensão, obesidade e diabetes mellitus em população da área metropolitana da região sudeste do Brasil. **Rev Saúde Pública**. out; 31(5): 466-471. 2017.

MELLO, F.J. **Psicossomática hoje**. Porto Alegre (RS): Artes Médicas; 11. 2012.

MENDES, E.V. **A atenção primária à saúde no SUS**. São Paulo: Mimeo.37. p. 2014.

----- MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Secretaria de Políticas de Saúde**. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Plano de reorganização da atenção a

hipertensão arterial e ao diabetes mellitus. Brasília: Ministério da Saúde, 2001 b. p 27.

----- MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Hipertensão Arterial Sistêmica**. Caderno de Atenção Básica número 15, Brasília – DF 2006 b. p 9.

PESSUTO, J.C. Fatores de risco em indivíduos com hipertensão arterial. **Rev Latino-Am Enfermagem**. jan; 6(1): 33-9. 12. 2015.

PACHECO, W.N. **Necessidades de educação em saúde dos cuidadores de pessoas idosas no domicílio**. 2015.

PIRES, Z.R.S. Autonomia e capacidade decisória dos idosos de baixa renda: uma problemática a ser considerada na saúde do idoso. **Rev Eletrônica Enfermagem Goiânia**. jul/dez, 3 (2). 2013.

RIBEIRO, I.B. **Percepção de pacientes hipertensos cadastrados no Programa Hiperdia de um município do sul do Brasil sobre a doença e o manejo terapêutico - Vida Saudável - Pesquisa Qualitativa**. 2015.

SENA, V.L. **O processo de viver do familiar cuidador na adesão do usuário hipertenso ao tratamento**, 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072007000100008&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em 06 de mar de 2018.

SILVA, M.P. **Estilo de vida de idosos hipertensos institucionalizados: análise com foco na educação em saúde**, 2012. Disponível em: <http://www.revistarene.ufc.br/10.3/html/5.htm>. Acesso em 06 de mar de 2018.

SILVA, L.O.L. “Tô sentindo nada”: percepções de pacientes idosos sobre o tratamento da hipertensão arterial sistêmica. **Rev Saúde Coletiva**. 23(1):227-42. 2013.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. **VI Diretrizes Brasileiras de**

Hipertensão I, 2016. Disponível em:
http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2010/Diretriz_hipertensao_associados.pdf.

Acesso em 07 maio. 2018.

Sociedade Brasileira de Hipertensão-SBH. **IV Diretrizes Brasileiras de Hipertensão**. 4 Campos do Jordão (SP) 2002 jun; [citado nov 2004]. Disponível em:
<http://www.sbh.org.br/documentos/index.asp>. Acesso em: 24/05/2018.

VIEIRA, Z.M. Atividade física e hipertensão. Rev Digital Buenos Aires. 2014 out; 10 (77). Disponível em: <http://www.efdeportes.com>. Acesso em: 15/05/2018.