



UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS
Especialização em Saúde da Família



Marta Lidia Valle Cruz.

Efetividade da Intervenção educativa no Controle da Hipertensão Arterial em pacientes adscritos a Comunidade Arranchadouro no Município de Santa Maria Madalena,RJ.

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado, como requisito parcial para
obtenção do título de especialista em Saúde
da Família.

Orientador: Prof. Dr. Paulo Cavalcante Apratto Júnior

Rio de Janeiro

2015

Dedicatória

A Deus, pela oportunidade de realizar este sonho. Aos tutores, pela paciência e dedicação. Aos familiares que de forma direta ou indireta fizeram parte desta etapa; A universidade, pelas didáticas que me proporcionou concluir com êxito e segurança. Aos que acreditam no meu trabalho.

Agradecimentos

Aos Brasileiros, pela hospitalidade e por fazer possível este sonho. A todos meus companheiros de trabalho que apoiarão em na realização deste trabalho.

RESUMO

A Hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma condição clínica multifatorial caracterizada por elevados e sustentados níveis de pressão arterial, é uma das doenças que mais afetam a saúde dos indivíduos e das populações em todo o mundo. É em si uma doença de alteração irreversíveis no organismo e relacionadas a morbimortalidade cardiovascular, bem como um importante fator de risco para outras doenças. Na unidade de saúde da Comunidade Arranchadouro no Município de Santa Maria Madalena, RJ, observa-se na dificuldade da manutenção da pressão arterial dos hipertensos em níveis considerados adequados. O controle está diretamente relacionado ao grau de adesão ao regime terapêutico proposto. O estudo foi realizado através de um levantamento de artigos científicos da área médica e de enfermagem além dos prontuários com o objetivo de avaliar os fatores associados à não adesão ao tratamento anti-hipertensivo. Avaliou-se se a não adesão estão associadas ao paciente, ao regime terapêutico ou ao sistema de saúde. O plano de intervenção elaborado incluiu ações voltadas para aumentar o nível de conhecimento da população acerca da hipertensão arterial, mudança dos hábitos e estilos de vida e preparação da família para o cuidado. Este trabalho de intervenção envolve 297 pacientes hipertensos cadastrados pela equipe de saúde, o planejamento das estratégias e ações será realizado através de reuniões da equipe básica de saúde e as ações serão organizadas em 4 etapas para uma melhor sistematização do estudo realizado, são elas: seleção de pacientes, identificação de fatores de risco, projeto e implementação da intervenção educativa sobre os fatores de risco identificados. Com esse projeto espera-se que os pacientes que participarão do programa de educação adquiram conhecimento adequado da HAS e de seus fatores de risco, aumentem seu conhecimento sobre sua doença, proporcionando a possibilidade de alcançar uma sobrevida maior com uma melhor qualidade de vida. Espera-se também que ocorra a diminuição dos fatores de risco que favorecem a incidência da hipertensão arterial, a promoção de hábitos e estilo de vidas saudáveis como alimentação, atividade física e lazer.

Palavras chave: Conhecimento, Hipertensão arterial. Qualidade de vida.

SUMÁRIO

1. Introdução.....	
2. Problema.....	
3. Justificativa.....	
4. Objetivos	
4.1 Objetivo geral.....	
4.2 Objetivos específicos.....	
5. Revisão de Literatura	
5.1Clasificação.....	
5.2 Transportes, manipulação.....	
5.3 Medidas preventivas e ante acidente ocorrido.....	
6. Metodologia.....	
7. Cronograma.....	
8. Recursos necessários.....	
9. Resultados esperados.....	
10.Considerações Finais	
11. Referências Bibliográficas.....	
12. Anexos.....	

1. Introdução

A Hipertensão Arterial representa um importante problema de Saúde mundial pela alta prevalência e distribuição universal. É uma entidade clínica multifatorial, é conceituada como síndrome caracterizada pela presença de níveis tensionais elevados, associados a alterações metabólicas e hormonais e a fenômenos tróficos (hipertrofias cardíaca e vascular). A prevalência da hipertensão arterial é elevada, estimando-se que cerca de 15% a 20% da população brasileira adulta possa ser rotulada como hipertensa. Embora predomine na fase adulta, sua prevalência em crianças e adolescentes não é desprezível. Considerada um dos principais fatores de risco de morbidade e mortalidade cardiovasculares, seu alto custo social é responsável por cerca de 40% dos casos de aposentadoria precoce e de absenteísmo no trabalho em nosso meio. Devido à magnitude do problema, tem sido constante a preocupação mundial em ampliar e aperfeiçoar os métodos para diagnóstico e tratamento da hipertensão arterial (SBC,2012).

No Brasil, as doenças cardiovasculares são responsáveis por 33% dos óbitos com causas conhecidas. Além disso, essas doenças foram a primeira causa de hospitalização no setor público, entre 1996 e 1999, e responderam por 17% das internações de pessoas com idade entre 40 e 59 anos ² e 29% daquelas com 60 ou mais anos. (SBC,2010)

A maioria dos eventos cardiovasculares ocorre em indivíduos com alterações leves dos fatores de risco que, se deixados sem tratamento por muitos anos, podem produzir sequelas. Vários estudos epidemiológicos (Blair SN; Goodyear NN; Gibbons LW; Cooper KH. Physical fitness and incidence of hypertension in healthy normotensive men and women. JAMA 1984; 252:487-490. -. Braithwaite JD; Morton BG. Patient education for blood pressure control. Nursing Clin. N. Am. 1981;16(2):321-329) já demonstraram a drástica redução da morbimortalidade cardiovascular com o tratamento da hipertensão arterial.

Nos países em desenvolvimento, o crescimento da população idosa e o aumento da longevidade, associados a mudanças nos padrões alimentares e no estilo de vida, têm forte repercussão sobre o padrão de morbimortalidade. No Brasil, projeções da Organização das Nações Unidas (ONU) (2002) indicam Uma das consequências desse envelhecimento populacional é o aumento das prevalências de doenças crônicas não transmissível-DCNT, entre elas a hipertensão arterial.

No município de Santa Maria Madalena, comunidade Arranchadouro do Estado Rio de Janeiro há dificuldade em se determinar o índice de prevalência e a incidência de Hipertensão arterial porque não existe serviço de epidemiologia local para controle estatístico que caracterizem o fenômeno e o nível de conhecimento da comunidade sobre os diferentes fatores de riscos,

Na comunidade arranchadouro tem uma população 2512 habitantes a predomínio do sexo feminino. Os motivos de procura mais frequente no Posto de Saúde são doenças crônicas como Hipertensão Arterial é Diabetes Mellitus doenças Respiratórias Agudas, Enfermidades diarreicas agudas e depressão.

A Hipertensão arterial ocorre quando encontramos valores para a pressão arterial sistólica acima de 140 mmHg e diastólica acima de 90mmHg. A pressão arterial limítrofe é aquela com valores sistólicos entre 130-139mmHg e diastólica entre 85-89mmHg, considerado se a pressão arterial normal sistólica < 130mmHg e diastólica < 85mmHg. A pressão arterial é ótima se a pressão arterial sistólica for de 120mmHg e diastólica < 80mmHg (CUBA, 2004).

A Hipertensão arterial é uma condição clínica multifatorial caracterizada por elevados e sustentados níveis de pressão arterial. Associada frequentemente a alterações funcionais e/ou estruturais de os órgãos como coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos e de alterações metabólicas, com consequente aumento de risco para problemas cardiovasculares fatais e não fatais (MALACHIAS; MARCUS, 2010).

Destacam-se 2 tipos de hipertensão arterial: a Hipertensão primária, também conhecida como hipertensão essencial, que ocorre quando se desconhece a

causa da hipertensão arterial. Este tipo de pressão arterial geralmente demora anos para se desenvolver e, provavelmente é o resultado do estilo de vida da pessoa. A Hipertensão secundária ocorre quando um problema de saúde ou medicamento provoca a hipertensão arterial. Os fatores que podem ocasionar a hipertensão secundária incluem: alguns medicamentos, consumo excessivo de álcool, problemas renais, obesidade, apneia do sono e problemas nas glândulas tireoides ou suprarrenais (FAUCI, 2008).

A Hipertensão arterial (HTA) é uma das doenças que mais afetam a saúde dos indivíduos e das populações em todo o mundo. É em si uma doença, bem como um importante fator de risco para outras doenças, principalmente para a doença isquêmica do coração, insuficiência cardíaca, doença vascular cerebral, insuficiência renal e contribui significativamente para a retinopatia. A promoção da saúde adequada, prevenção de doenças e controle adequado dos pacientes hipertensos, contribui significativamente para a redução da morbidade e mortalidade na população (JARDIM, 2007).

De acordo com dados obtidos pela Organização Mundial de Saúde, as doenças cardiovasculares e hipertensão em si devem ser consideradas um problema prioritário de saúde nas Américas, com enorme impacto social e econômico. Isto é ainda mais evidente quando se considera o fato de que um número significativo de pacientes, quando detectados pela equipe de saúde, já apresentam complicações e danos aos órgãos-alvo que pode ser explicado em parte pela ausência de sintomas em seus estágios iniciais (BRASIL, 1996).

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é um problema grave de saúde pública no Brasil. Ela é um dos mais importantes fatores de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais, sendo responsável por pelo menos 40% das mortes por acidente vascular cerebral, por 25% das mortes por doença arterial coronariana e, em combinação com o diabetes, 50% dos casos de insuficiência renal terminal. Com o critério atual de diagnóstico de hipertensão arterial (PA 140/90 mmHg), a prevalência na população urbana adulta brasileira varia de 22,3% a 43,9%. A

principal relevância da identificação e controle da HAS reside na redução das suas complicações (BRASIL, 1996).

É uma doença crônica, muitas vezes assintomática, consistente na soma de fatores de risco modificáveis e não-modificáveis que contribuem para seu surgimento ou agravamento, sendo eles divididos em: modificáveis, relacionados a hábitos de vida, como tabagismo, obesidade, etilismo, sedentarismo, consumo excessivo de sal, baixa ingestão de potássio, diabetes, aspectos emocionais como irritação, depressão e uso de drogas ilícitas; e não modificáveis relacionados a características herdadas ou inalteráveis como, idade, raça, sexo, história familiar.

O tratamento da HAS se faz por meio farmacológico e não farmacológico, que envolve mudanças no estilo de vida, como prática de atividade física, alimentação saudável, redução do peso, restrição do sódio na dieta entre outros, e controle durante toda a vida. Como consequência da adesão evidencia-se o controle dos níveis tensionais, a redução na incidência ou retardamento na ocorrência de complicações e a melhoria da qualidade de vida do hipertenso.

Por essa razão a OPAS/OMS busca intensificar e desenvolver estratégias e instrumentos para a ampliação do nível de conhecimento da população sobre essa patologia, fatores de risco e os impactos causados pela HAS, bem como, as implicações que seu controle e prevenção representa para a saúde pública (MAGRINI; MARTINI, 2012).

Cada ano morrem 7,6 milhões de pessoas em todo o mundo devido à hipertensão arterial sendo que o 80% dessas mortes ocorrem em países em desenvolvimento como Brasil, mas dela metade de as vítimas tem entre 45 e 69 anos (MALACHIAS; MARCUS, 2010). Portanto, um aspecto que parece merecer atenção é a mudança da população brasileira em relação ao seu estilo de vida, como hábitos alimentares, aumento progressivo de o predomínio de sobrepeso e obesidade, somado à baixa adesão à realização de atividade física, o que contribui a esse desenho.

Tanto os fatores ambientais como os genéticos podem contribuir às variações regionais e raciais de a pressão arterial, assim como o predomínio de a

hipertensão. Ambos os fatores ambientais e genéticos podem contribuir para diferenças regionais e raciais na pressão arterial e da prevalência de hipertensão Arterial (autor/ano). Sabemos que a obesidade e ganho de peso são fatores de risco fortes e independentes para hipertensão. Estima-se que 60% dos pacientes hipertensos têm maior do que 20% de excesso de peso. Entre as populações, a prevalência de hipertensão aumentou em relação ao consumo de Na Cl e baixo teor de cálcio e de potássio, que podem contribuir para o risco de hipertensão foi observada a ingestão dietética. Embora fatores ambientais, tais como álcool, estresse psicoemocional e baixos níveis de atividade física também podem contribuir para a hipertensão (FAUCI, 2008).

Com relação às complicações, a hipertensão pode ser associada a problemas tais como o enfarte agudo do miocárdio, doença cerebrovascular, doença renal crônica, doença vascular periférica. A hipertensão também é chamada de assassino silencioso, pois muitos pacientes não apresentam sintomas da doença, tornando-se difícil estabelecer um diagnóstico, sendo que, muitas vezes, o diagnóstico da complicação ocorre (TOLEDO, 2007).

Isso pode levar a ausência do trabalho, as pensões de invalidez, de alto custo para as famílias e de saúde pública de renda, tratamento e reabilitação de drogas. Na tentativa de controlar todos esses problemas, o Ministério da Saúde do Brasil, criado em 2002, um programa que o acompanhamento sistema de registro HIPERDIA diabéticos hipertensos e todos os afetados por esta doença tratada na rede de cuidados primários. O sistema permite o acompanhamento destas pessoas através da definição de saúde pública das ações em seu perfil e planejamento epidemiológicos projetados para melhorar a sua qualidade de vida e redução de custo social.

Nos últimos anos, têm aumentado as ações de saúde necessárias para a prevenção primária da hipertensão com base nas mudanças de estilo de vida. Tais ações possibilitaram a eliminação ou redução dos fatores de risco, principalmente para diminuir dieta rica em gordura, cessação do tabagismo, diabetes mellitus, exercícios físicos, controle de peso, gestão do stress, certamente podemos argumentar que a equipe de saúde está a desempenhar um papel importante na realização dessas mudanças no comportamento dos indivíduos e população (AVILA, 2010).

Face ao exposto, o presente estudo busca demonstrar o nível de conhecimento dos principais fatores de risco para HAS, modificáveis na Estratégia de Saúde da Família da comunidade Arranchadouro, Município Santa Maria Madalena, Estado Rio de Janeiro.

OBJETIVOS

OBJETIVO GERAL

- ✓ Aumentar o nível do conhecimento sobre Hipertensão arterial, desenvolvendo ações educativas em pacientes hipertensos da comunidade Arranchadouro, Município Santa Maria Madalena, Rio de Janeiro.

Objetivo específico

- ✓ Desenvolver ações educativas de prevenção da Hipertensão Arterial
- ✓ -Avaliar resultados da intervenção educativa em pacientes selecionados.

SITUAÇÃO PROBLEMA.

A situação problema se estabelece porque no município Santa Maria Madalena comunidade Arranchadouro, estado Rio de Janeiro há dificuldade de determinar o índice de Hipertensão arterial porque não existe controle estatístico de sua incidência e prevalência, nem estudos cientificamente documentados que caracterizem o fenômeno além do conhecimento escasso da comunidade sobre as melhoras do estilo de vida que permita diminuir na casuística de morbidade e mortalidade da patologia

Justificativa

Tendo em conta a frequência com que a hipertensão arterial afeta os pacientes de todas as faixas etárias principalmente adultos e idosos, as sequelas, assim como a responsabilidade do próprio paciente por melhorar sua saúde, a autora se propôs a realizar um estudo de intervenção educativa que permita

incrementar o nível do conhecimento diminuição de riscos da hipertensão arterial, em pacientes hipertensos da comunidade Arranchadouro Município Santa Maria Madalena.

Revisão da Literatura

Na busca por estudos que subsidiassem esse projeto de intervenção foi feita uma pesquisa por meio dos descritores “hipertensão AND atenção primária a saúde”. Acessou-se artigos nacionais indexados nas bases de dados Scielo (2015) e Bireme (2015). Em uma primeira tentativa, procurando por palavras no resumo, foram encontrados 74 artigos. Destes, 63 foram descartados porque apresentavam temas distantes do escopo da pesquisa. Foram selecionados 6 artigos publicados entre 2010 e 2014 que se encontravam próximos ao objeto da pesquisa.

O estudo de DUARTE et al. (2010) informa que a hipertensão arterial é um expressivo problema de saúde pública enquanto fator de risco para as doenças cardiovasculares e principal grupo de causas de mortalidade no Brasil. Os motivos relatados para o abandono do seguimento mostraram predomínio de razões ligadas ao próprio serviço de saúde - sua organização, estrutura e a relação médico-paciente - e, ainda, tratamento em outro serviço de saúde. Razões de natureza psicossocial, como a ausência de sintomas, a melhora e/ou a normalização da pressão arterial e o consumo de álcool também contribuíram para o abandono do cuidado.

Estudar os motivos do abandono na perspectiva do próprio sujeito permitiu verificar a riqueza e diversidade de problemas envolvidos no cuidado requerido. O problema do abandono do tratamento é um dos aspectos fundamentais no controle individual da hipertensão arterial, uma vez que pode comprometer sua efetividade, com consequências sérias para o próprio paciente, sua família e comunidade. Constatou-se que o abandono do seguimento médico em serviço de saúde não corresponde ao abandono do tratamento, uma vez que parcela expressiva dos que deixaram de frequentar a instituição estudada mantinham parte das medidas prescritas e/ou frequentavam outros serviços. Estudar os motivos do abandono na perspectiva do próprio sujeito permitiu verificar a

riqueza e diversidade de problemas envolvidos no cuidado requerido. Os resultados alcançados mostram a necessidade de os serviços de saúde identificarem aspectos de sua organização que, ao restringirem o acesso dos usuários, limitam suas possibilidades de autocuidado. No âmbito da assistência, cabe aos profissionais orientarem suas práticas na identificação, conjunta com seus pacientes, dos diversos obstáculos presentes no cotidiano destes, bem como no apoio a seu enfrentamento.

Para Silva, Cotta e Rosa (2013) as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) são as principais causas de morbimortalidade no mundo. Estimativas da Organização Mundial da Saúde (OMS) alertam que, para o ano de 2020, as mortes por DCNT representarão 73% dos óbitos no mundo. É importante a redução dos principais fatores de risco cardiovasculares em estas doenças: tabagismo, obesidade, hipertensão e hipercolesterolemia. Considerando-se que as DCNT têm um forte impacto na qualidade de vida dos indivíduos afetados, causando morte prematura e gerando grandes e subestimados efeitos econômicos adversos para as famílias, comunidades e sociedade em geral, é necessário conferir ações efetivas, integradas, sustentáveis, longitudinais e baseadas em evidências para a prevenção e controle dessas enfermidades.

O estudo de BARRETO et al. (2013) sobre a trajetória das Políticas Públicas de saúde para Hipertensão Arterial Sistêmica no Brasil concluiu que os programas, estratégias e políticas de saúde voltados para a assistência ao hipertenso, formulados pela gestão federal do setor saúde, são necessários, todavia deve-se incentivar a consideração das particularidades de cada local, com vistas ao controle dos agravos da HAS e de outras DCNT.

Foram encontrados poucos estudos que relatassem a trajetória histórica das ações de saúde para o cuidado a HAS, na maioria dos casos de forma fragmentada, necessitando de mais estudos e revisões sistemáticas e integrativas, que busquem suprimir esta lacuna no conhecimento científico. Enquanto profissionais de saúde, temos a responsabilidade de conhecer essas políticas, informar os usuários sobre seus direitos e deveres e, no caso específico da HAS, estarmos atentos para o diagnóstico precoce e o

desenvolvimento de um trabalho em equipe que ofereça um cuidado de qualidade ao indivíduo, visando a melhoria de sua saúde.

Outros autores como RIBEIRO et al. (2011) acham que as representações sociais das mulheres portadoras de HA neste estudo evidenciaram sentimentos e posicionamentos distintos em relação à doença, sua convivência e as relações estabelecidas entre a doença e seu meio social; fatores que afetam a adesão ao tratamento. Os sentimentos de ansiedade, medo e revolta relacionados ao diagnóstico e as dificuldades referentes ao tratamento relacionaram-se a diferentes dimensões e espaços da vida dessas mulheres, sendo que um adequado acesso à informação associado ao suporte social pareceu ser um fator favorável à adesão ao tratamento. Evidenciou-se que as práticas educativas, além de fornecerem informações necessárias à terapia anti-hipertensiva, devem estimular a auto percepção da doença e cor responsabilização do indivíduo com seu próprio cuidado, estimulando assim a autonomia. Nesse sentido, pode-se inferir que as oficinas educativas em grupo e as orientações domiciliares mostraram-se importantes estratégias de educação em saúde, efetivas para aumentar adesão às orientações dietéticas voltadas às portadoras de HA. Agregar os familiares a atividade de educação em saúde também se mostrou importante para facilitar as mudanças de estilo de vida no núcleo familiar e aumentar a adesão do hipertenso ao tratamento. O conhecimento das representações sociais do portador de HA permitiu considerar suas próprias necessidades em relação ao tratamento e não apenas as indicações dos profissionais. Destarte, destaca-se a necessidade do trabalho multiprofissional e interdisciplinar para lidar com essa complexa demanda que envolve o portador de HA e seu tratamento, espaço este que deve ser mais bem explorado no âmbito da APS.

O estudo de MENDES et al. (2013) sobre fatores associados à prevalência de hipertensão e medidas de controle entre idosos residentes no Município de São Paulo, Brasil tem como conclusão que o estilo de vida e a condição socioeconômica não influenciaram a prática de controle, mas o conhecimento sobre a importância da atividade física foi maior entre os idosos com mais escolaridade e renda.

Para LOPES et al. (2014) em o estudo sobre condições de saúde e conselhos sobre alimentação e atividades físicas na atenção primária à saúde encontrou que a participação de todos os profissionais de saúde na realização do aconselhamento favorece o processo de aprendizagem e autonomia dos sujeitos, uma vez que a equipe interdisciplinar identifica melhor os conflitos, propondo projetos terapêuticos mais efetivos incluindo a prática de exercícios físicos e a alimentação saudável. Ademais, se configura como oportunidade de engajamento e participação social voltado para o empoeiramento e a construção da autonomia dos sujeitos em seu cuidado em saúde, apresentado resultados positivos para a saúde dos participantes, como a melhoria dos hábitos alimentares e a redução da obesidade abdominal. Em relação ao perfil alimentar dos usuários, ingerir líquidos durante as refeições principais, almoço e jantar, se configurou como fator associado a menor prevalência de aconselhamento. Na análise dos indivíduos que relataram possuir este hábito, verificou-se que estes apresentavam outras características que suscitavam o menor recebimento de aconselhamento, como menores prevalências de diabetes mellitus, hipercolesterolemia, excesso de peso e uso de medicamentos.

Esta revisão de literatura contata-se que a hipertensão é um problema de saúde no Brasil e que a modificação do estilo de vida é parte do tratamento não medicamentoso através de dieta e exercícios físicos.

Metodologia.

Sujeitos da intervenção

Este trabalho de intervenção envolve 297 pacientes hipertensos cadastrados pela equipe de saúde do PSF Colombiano De Almeida Santos, comunidade Arranchadouro município, Santa Maria Madalena, Estado. Rio de Janeiro. A área de abrangência tem um total de 2512 pacientes, distribuídos em 970 famílias.

Participarão deste trabalho uma equipe multiprofissional constituída por: 1 médico, 1 enfermeira, 7 agentes comunitários de saúde, 1 auxiliar de enfermagem, 1 nutricionista, 1 psicólogo, 1 fisioterapeuta, 1 professora de Educação Física, 1 motorista e gestor de saúde. Esses profissionais foram escolhidos porque o nosso município não possui o NASF, eles são os que estão ligados aos pacientes Hipertensos no município.

Cenário da intervenção

O projeto de intervenção será desenvolvido no território de abrangência do PSF Colombiano de Almeida Santos, comunidade Arranchadouro, pesquisar-se-á toda a população cadastrada, enfatizando a todos os pacientes portadores de Hipertensão arterial do município. O planejamento das estratégias e ações será realizado a través de reuniões da equipe básica de saúde, uma vez por semana às quintas-feiras das 14h00 às 17h00, durante 12 semanas de duração do estudo.

Estratégias e ações

As ações serão organizadas em 4 etapas para uma melhor sistematização do estudo realizado:

1- Seleção de pacientes.

Numa primeira fase, cada um dos agentes de saúde irá consultar os prontuários e irá selecionar todos os pacientes diagnosticados com hipertensão arterial essencial em sua área, em seguida, através de visita domiciliar que será realizada pelos agentes comunitários será explicado os objetivos da pesquisa e intervenção, assim como sua justificativa, após será apresentado e lido o Termo de Consentimento livre e esclarecido (TCLE) e solicitado a assinatura. Será solicitado o preenchimento do questionário durante a visita domiciliar com o objetivo de descrever o perfil dos pacientes relativo aos

fatores de risco da Hipertensão Arterial, em seguida, estes resultados serão processados.

2- Identificação de fatores de risco.

Na segunda fase, os resultados serão analisados, serão processados por todos os participantes da equipe. Os resultados serão tratados por agentes de saúde, onde eles tiram uma amostra de cada pergunta da pesquisa. Posteriormente, os dados coletados serão agrupados, ordenados, tabulados e analisados estatisticamente para a caracterização, utilizando o software Excel, ao final do inquérito vai ajudar-nos a compreender o nível de informações aos pacientes sobre sua doença. Esses dados nos ajuda a conhecer os fatores de risco mais frequentes em nossa população de pacientes hipertensos. Uma vez identificado os pacientes portadores de Hipertensão Arterial e os fatores de risco, serão realizado atividades de grupo HIPERDIA onde se fazem atividades de prevenção e promoção de saúde no ginásio municipal que fica perto do Posto de Saúde as segundas as 13h30. Lá serão monitorados pela enfermeira e o técnico de enfermagem os níveis de pressão arterial e glicemia por (HGT), nos casos que tenham Diabetes Mellitus associadas, além destes será verificado o peso, altura e circunferência abdominal pelos agentes de saúde, estes dados constam na carteirinha de HIPERDIA de cada paciente. O médico em conjunto com a Nutricionista avaliará seu Índice de Massa Corporal (IMC), classificando os pacientes com peso normal, sobrepeso ou obesos.

Os pacientes serão avaliados em consulta também com especialidades de nutrição, psicologia e fisioterapeuta e assim em equipe desenvolveremos ações de prevenção e controle da Hipertensão Arterial que é o principal objetivo deste trabalho de intervenção.

3- Projeto e implementação da intervenção educativa sobre os fatores de risco identificados, visando aumentar o nível de conhecimento da população estudada.

Será realizada Palestras Educativas, onde serão convidados todos os pacientes com diagnóstico de Hipertensão Arterial do município para ampliar o conhecimento da sua doença por meio de um convite impresso e entregue pelos agentes de saúde. Esta palestra será realizada pelo médico envolvido no

estudo, aconselhado por nutricionista e psicólogo participantes com linguagem simples, para que os pacientes recebam informações sobre os riscos, a doença, suas complicações e a importância da adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico. Os conteúdos das palestras educativas serão organizados considerando as dificuldades identificadas pelos profissionais durante o resultado do questionário dos pacientes.

Utilizar-se-á materiais didáticos como cartazes, figuras, transparências, slides, folhetos, entre outros, a fim de que os pacientes tenham uma participação ativa no processo educativo. Será utilizado o centro de convivência perto PSF para participar pacientes, além de todos os membros do estudo.

4-Avaliar o conhecimento após a intervenção educativa.

Após realizar as palestras será aplicado novamente o questionário pelos agentes de saúde para verificar se as intervenções foram positivas, ou seja, se os participantes aumentaram seu conhecimento sobre sua doença, fatores de risco, tratamento não farmacológico e farmacológico.

3.6 Cronograma de execução

Atividades	Nov.	Dic.	Jan	Fev.	Mar	Abri	Mai	Jun.	Jul.
2014-2015									
Elaboração do projeto	X	X							
Aprovação do projeto				X	X				
Revisão bibliográfica			X						
Apresentação para equipe e comunidade				X					

Intervenção					X	X	X		
Discussão e análise dos resultados								X	
Elaboração de relatório								X	
Apresentação dos resultados para equipe e comunidade									X

RECURSOS NECESSÁRIOS

Material de consumo

Material de consumo	Utilidade	Preço unitário	Quantidade	Custo total
Paquete de 500hojas	Encostas	\$13.00	1	\$13.00
Tinta para impressora	Encostas	\$50.00	2	\$100.00
Lápis	Encostas	\$0.30	50	\$15.00
Caneta	Encostas	\$0.80	50	\$40.00
Total				\$158.00

Material permanente

Gastos das equipes	Utilidade	Preço unitário	Quantidade	Custo total
Impressora	Encostas e impressão dos documentos	\$250.00	1	\$250.00
Computador	Processamento da informação Edição de documentos	\$1500.00	1	\$1500.00

Total				\$1908.00
-------	--	--	--	-----------

Gastos gerais

Tipo de recurso	Total
Materiais	\$ 158.00
Equipes	\$1908.00
Custo total do projeto	\$2066.00

3.7 Resultados esperados.

A Hipertensão arterial é uma condição clínica multifatorial caracterizada por elevados e sustentados níveis de pressão arterial, é uma das doenças que mais afetam a saúde dos indivíduos e das populações em todo o mundo. É em si uma doença, bem como um importante fator de risco para outras doenças, principalmente para a doença isquêmica do coração, insuficiência cardíaca, doença vascular cerebral, insuficiência renal e contribui significativamente para a retinopatia. O objetivo deste projeto de intervenção é desenvolver ações educativas de Hipertensão Arterial na comunidade do município Santa Maria Madalena, Rio de Janeiro. Com esse objetivo, espera-se que os pacientes que participarem do programa de educação adquiram conhecimento adequado da hipertensão arterial e seus fatores de risco, conseguirão entender melhor sua doença, proporcionando a possibilidade de alcançar uma sobrevida maior com uma melhor qualidade de vida. O uso de ações de prevenção nos fornecem uma grande ferramenta para atingir os objetivos que facilitam as atividades com isso conseguiremos motivação e coesão do grupo. Espera-se também que ocorra a diminuição dos fatores de risco que favorecem a incidência da hipertensão arterial, a promoção de hábitos e estilo de vidas

saudáveis: alimentação, atividade física. Por fim, com essa intervenção será possível a identificação precoce da HAS para o controle desse agravo.

Considerações finais

- Os trabalhos de intervenção deveram ser feitos com frequência, para desenvolver novas estratégias em áreas de assistência comunitárias de maneira que estimule a promoção de saúde.
- Nosso trabalho é um jeito de estimular ao paciente para manter disciplina no tratamento farmacológico y não farmacológico.
- O trabalho não só vai encaminhado ao tratamento da doença, ele inclui ações educativas das mudanças do modo e estilo de vida.

Referencia Bibliografica.

1. Baik I, Ascherio A, Rimm EB, Giovannucci E, Spiegelman D, Stampfer MJ, Willet WC. Adiposity and mortality in men. American Journal of Epidemiology 2000; 152(3): 264- **Referências**
2. Sociedade Brasileira de Cardiologia. Sociedade Brasileira de Hipertensão. Sociedade Brasileira de Nefrologia. IV Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. Arq Bras Cardiol 2004 (supl.4): 1-40. [[Links](#)]
3. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Disponível em <http://datasus.fns.gov.br> [1999 Dez 28]. [[Links](#)]
4. Chobanian AV, Barkis GL, Black HR, Cushman WC, Green LA, Izzo Jr JL, et al. National High Blood Pressure Education Program Coordinating Committee. The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure. Hypertension 2003; 42: 1206-252. [[Links](#)]
5. MacMahon S, Peto R, Cutler J, Collins R, Sorlie P, Neaton J, et al. Blood pressure, stroke, and coronary heart disease. Part 1, Prolonged differences in

blood pressure: prospective observational studies corrected for the regression dilution bias. Lancet 1990; 335(8692): 765-74. [[Links](#)]

6. Van den Hoogen PCW, Feskens EJM, Nagelkerke NJD, Menotti A, Nissinen A, Kromhout D. The relation between blood pressure and mortality due to coronary heart disease among men in different parts of the world. N Eng J Med 2000; 342: 1-8. [[Links](#)]

7. Fields LE, Burt VL, Cutler JA, Hughes J, Roccella E, Sorlie P. The Burden of Adult Hypertension in the United States 1999 to 2000. A Rising Tide. Hypertension 2004; 44: 398-404. [[Links](#)]

8. Lessa I. Epidemiologia da hipertensão arterial sistêmica e da insuficiência cardíaca no Brasil. Revista Brasileira de Hipertensão 2001; 8: 383-92. [[Links](#)]

9. Gus I, Fischmann A, Medina C. Prevalência dos fatores de risco da doença arterial coronariana no estado do Rio Grande do Sul. Arq Bras Cardiol 2002; 78(5): 484-90. [[Links](#)]

10. Gus I, Harzheim E, Zallavsky C, Medina C, Gus M. Prevalência, Reconhecimento e controle da hipertensão arterial sistêmica no Estado do Rio Grande do Sul. Arq Bras Cardiol 2004; 83(5): 424-28. [[Links](#)]

10. Mill JG, Molina MCB, Silva IO, Marquezini AJ, Ferreira AVL, Cunha RS, Herkenhoff FL. Epidemiologia da hipertensão arterial na cidade de Vitória, Espírito Santo. Rev Hipertensão Arterial 2004; 7(3): 109-16. [[Links](#)]

11. Teodósio MR, Freitas CLC, Santos NRV, Oliveira ECM. Hipertensão na mulher: estudo em mães de escolares de Jaboatão dos Guararapes – Pernambuco – Brasil. Rev Assoc Med Bras 2004; 50(2): 158-62. [[Links](#)]

12. Feijão AMM, Gadelha RV, Bezerra AA, Oliveira AM, Silva MSS, Lima JWO. Prevalência de excesso de peso e hipertensão arterial, em população de baixa renda. Arq Bras Cardiol 2005; 84(1): 29-33. [[Links](#)]

13. Coitinho DC, Leão MM, Recine E, Sichieri R. Condições nutricionais da população brasileira: adultos e idosos: Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição. Brasília: INAN/Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição; 1991. [[Links](#)]
14. Monteiro CA, Conde WL. A tendência secular da obesidade segundo estratos sociais: Nordeste e Sudeste do Brasil, 1975-1989-1997. Arq Bras Endocrinol Metab 1999; 43(3): 186-94. [[Links](#)]
15. Carvalho MM, Oliveira ALI, Carnellosso ML, Monego ET, Jardim PCBV, Cassiano VB, et al. Conjunto de Ações para Redução Multifatorial de Enfermidades não Transmissíveis – Projeto CARMEN. VII Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva. Saúde, Justiça, Cidadania. Ciência & Saúde Coletiva. Livro de Resumos II. V.8 (sup. 2), 2003 [[Links](#)]
16. Whelton PK, Appel LJ, Espeland MA, Applegate WB, Ettinger WH, Kostis JB; for the TONE Collaborative Research Group. Sodium Reduction and Weight Loss in the Treatment of Hypertension in Older Persons. A Randomized Controlled Trial of Nonpharmacologic Interventions in the Elderly (TONE). JAMA. 1998; 279:839-46. [[Links](#)]
17. King GA, Fitzhugh EC, Basset Jr DR, McLaughlin JE, Strath SJ, Swartz AM, Thompson DL. Relationship of leisure-time physical activity and occupational activity to the prevalence of obesity. International Journal of Obesity 2000; 25: 606-12. [[Links](#)]
18. Hu FB, Li TY, Colditz GA, Willet WC, Manson JE. Television watching and other sedentary behaviors in relation to risk of obesity and type 2 diabetes mellitus in women. JAMA 2003; 289(14): 1785-91. [[Links](#)]
19. World Health Organization. Obesity: Preventing and Managing the Global Epidemic. Geneva: Report; 1997. [[Links](#)]
20. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Censo demográfico 2000 [2000]. Disponível em URL <http://www.ibge.gov.br/>. [[Links](#)]

21. Organización Panamericana de la Salud. Protocolo y directrices: Conjunto de Ações para la Reducción Multifactorial de Enfermedades no Transmisibles (CARMEN/CINDI). OPAS; 1997. [[Links](#)]
22. Franco G. Tabela de Composição Química dos Alimentos. 9.ed. Rio de Janeiro: Atheneu; 1999: 307p. [[Links](#)]
23. Artigao LM, Llavador JJ, Puras A, Lopez Abril J, Rubio MM, Torres C, et al. Evaluation and validation of Omron Hem 705 CP and Hem 706/711 monitors for self-measument of blood pressure. Atencion Primaria 2000. 15; 25(2): 96-102. [[Links](#)]
24. Aylett M, Marples G, Jones K, Rhodes D. Evaluation of normal and large sphygmomanometer cuffs using the Omron 705CP. J Hum Hypertens 2001 Feb.; 15(2): 70. [[Links](#)]
26. Monego ET, Peixoto MRG, Jardim PCBV, Sousa ALL, Braga VLN, Moura MF. Diferentes Terapias no Tratamento da Obesidade em Pacientes Hipertensos. Arq Bras Cardiol. 1996; 66(6): 343-7. [[Links](#)]
27. Lahti-Koski M, Pietnen P, Heliovaara M, Vartiainen E. Associations of body mass inde and obesity with physical activity, alcohol intake, and smoking in the 1982-1997 FINRISK studies. Am J Clin Nutr. 2002; 75: 809-17. [[Links](#)]
28. Pouliot MC, Després JP, Lemieux S, Moorjani S, Bouchard C, Tremblay A, Nadeu A, Lupien PJ. Waist circumference and abdominal sagittal diameter: Best simple anthropometric indexes of abdominal visceral adipose tissue accumulation and related cardiovascular risk in men and woman. Am Journal of Cardiology 1994; 73: 460-8. [[Links](#)]
29. Guagnano MT, Ballone E, Colagrande V, Della Vecchia R, Manigrasso MR, Merlitti D, Riccioni G, Sensi S. Large waist circunference and risk of hypertension. International of Obesity 2001; 25: 1360-4. [[Links](#)]
30. Molarius A, Seidell JC, Sans S, Tuomilehto J, Kuulasmaa K, Educational level, relative body weight, and changes in their association over 10 years: an

international perspective from the WHO MONICA Project. Am. J. Public Health 2000; 90: 1260-8. [[Links](#)]

31. Woo J, Leung SSF, Ho SC, Sham A, Lam TH, Janus ED. Influence of educational level and marital status on dietary intake, obesity and other cardiovascular risk factors in a Hong Kong Chinese population. European Journal of Clinical Nutrition 1999; 53: 461-7. [[Links](#)]

32. National Institutes of Health. The Sixth Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. Washington DC; 1997. (NIH, Publication N° 98-4080). [[Links](#)]

33. Fuchs FD, Moreira LB, Moraes RS, Bredemeier M, Cardozo SC. Prevalência de hipertensão arterial sistêmica e fatores associados na região urbana de Porto Alegre: estudo de base populacional. Arq Bras Cardiol. 1995;63: 473-9. [[Links](#)]

34. Piccini RX, Victora CG. Hipertensão arterial sistêmica em área urbana no sul do Brasil: prevalência e fatores de risco. Rev Saúde Pública. 1994; 28: 261-7. [[Links](#)]

35. Bloch VB, Klein CH, Silva NAS, Nogueira AR, Campos LHS. Hipertensão arterial e obesidade na Ilha do Governador - Rio de Janeiro. Arq Bras Cardiol. 1994; 62: 17-22. [[Links](#)]

36. Fuchs SC, Petter JG, Accordi MC, Zen VL, Pizzol AD, Moreira LB, et al. Establishing the prevalence of hypertension. Influence of sampling criteria. Arq Bras Cardiol. 2001; 76: 445-52. [[Links](#)]

37. Rio Grande do Sul. Secretaria da Saúde, Núcleo de Informações em Saúde. Estatísticas de Saúde: mortalidade 2002. Porto Alegre (RS): Secretaria da Saúde; 2003. [[Links](#)]

38. Johannesson M, Le Lorier J. How to assess the economics of hypertension control programmes. J Hum

Anexos.

1. DATA DA APLICAÇÃO: ____/____/____

2. NOME: _____

3. DATA DE NASCIMENTO: ____/____/____

4. BAIRRO _____

5. IDADE: _____

6. SEXO: _____

7. RAÇA: _____

8. ESCOLARIDADE: _____

9. ANTECEDENTES FAMILIARES DE HIPERTENSÃO ARTERIAL: SIM __ NÃO __

10. OBESIDADE: _____

11. CONSUMO ELEVADO DE SAL: SIM__ NÃO __

12. CONSUMO DE ÁLCOOL: SIM__ NÃO __

13. HÁBITO DE FUMAR: SIM__ NÃO __

14. PRÁTICA DE EXERCÍCIOS FÍSICOS SIM__ NÃO __

Anexo 2.

2- O que é Hipertensão arterial?

3- Usa remédios para sua doença?

- Sempre.

-Az vezes.

-Não usa.

4- Conhece os riscos a que está exposta?

-Sem

-Não.

5- Conhecem quais são sinais ou sintomas de sua doença?

-Sem

-Não

6- Conhece o que fazer em casos de subir sua pressão arterial?

-Sem

-Não

Anexo 3

TABELA 1: Distribuição de acordo a idade.

Variáveis	Numero	%
20 a 60 anos		
Mas de 60 anos		
Total		

Fonte: Questionário.

TABELA 2: Distribuição de acordo o sexo

Variáveis	Numero	%
Masculino		
Feminino		
Total		

Fonte: Questionário.

TABELA 3: Distribuição de acordo a raça

Variáveis	Numero	%
Branca		
Preta		
Total		

Fonte: Questionário.

TABELA 3: Distribuição de acordo a escolaridade.

Variáveis	Numero	%
Analfabeto		
Ensino fundamental incompleto		
Ensino fundamental completo		
Educação superior		
Total		

Fonte: Questionário.

TABELA 4: Distribuição de acordo antecedentes familiares de hipertensão arterial.

Variáveis	Numero	%
-----------	--------	---

Sim		
Não		
Total		

Fonte: Questionário.

TABELA 5: Distribuição de acordo a obesidade.

Variáveis	Numero	%
Normopeso 20 a 24.9		
Sobrepeso 25 a 29.9		
Obesidade moderada 30 a 39.9		
Obesidade severa > 40 IMC		
Total		

Fonte: Questionário.

TABELA 6: Distribuição de acordo tabaquismo.

Variáveis	Numero	%
Fumador ativo		
Não fumador		
Exfumador		
Total		

Fonte: Questionário.

TABELA 7: Distribuição de acordo ao consumo de sal.

Variáveis	Numero	%
Sim		
Não		
Total		

Fonte: Questionário.

TABELA 8: Distribuição de acordo ao consumo de álcool.

Variáveis	Numero	%
Sim		
Não		
Total		

Fonte: Questionário.

TABELA 9: Distribuição de acordo a pratica do exercício físico.

Variáveis	Numero	%
Sim		
Não		
Total		

Fonte: Questionário.

TABELA 10: Avaliação dos conhecimentos antes e após da intervenção.

Temas	Antes da intervenção		Após da intervenção	
	Numero	%	Numero	%
Fatore de riscos				
Principais sinais e sintomas de hipertensão				
Adesão ao tratamento				
Total				

Fonte: Questionário.

