



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



Hector Delio Lopez Delgado

**Intervenção educacional para adesão a terapia anti-
hipertensiva em pacientes idosos hipertensos da Unidade de
Saúde Santa Fédo município de Cariacica do Estado do
Espírito Santo. Brasil. Ano 2015.**

Rio de Janeiro
2015

Hector Delio Lopez Delgado

**Intervenção educacional para adesão a terapia anti-
hipertensiva em pacientes idosos hipertensos da unidade de
saúde Santa Fédo município de Cariacica do Estado do Espírito
Santo. Brasil. Ano 2015.**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado à Universidade Aberta do
SUS, como requisito parcial para
obtenção do título de Especialista em
Saúde da Família.

Orientadora: Juliana Montez Ferreira.

Rio de Janeiro
2015

RESUMO

O presente trabalho tem como objetivo realizar uma estratégia de intervenção experimental de educação em saúde na Unidade Básica de Saúde no bairro de Santa Fé a fim de conhecer o nível de informação e conhecimento que os pacientes idosos possuem sobre a hipertensão arterial para assim poder atuar sobre os fatores de riscos e melhorar o controle desta doença através de ações educativas a partir da identificação da necessidade de informação desse grupo. O universo de estudo consistirá em pacientes idosos com idade igual ou superior a 60 anos, de ambos os sexos. A seleção da amostra será a partir de alguns critérios: pacientes com antecedentes de hipertensão arterial e ter sido diagnosticado com a doença antes de 1 Janeiro de 2015; não tenha deficiência mental; e que seja assistido na UBS citada. A atividade acontecerá em 3 etapas: a primeira consiste em avaliar o nível de informação que os pacientes possuem sobre esta doença; a segunda, a realização de uma estratégia de educação em saúde; e a terceira, reavaliação do nível de informação destes pacientes após a intervenção de educação em saúde proposta, por meio da aplicação de uma enquete. Neste trabalho busca-se incrementar os conhecimentos sobre a prevenção dos fatores de risco, a prática de hábitos saudáveis e a adesão ao tratamento adequado, visando assim, que os pacientes melhorem sua qualidade de vida, aprenda a lidar com sua doença e evitem assim complicações futuras.

Palavras- chave: Educação em saúde; hipertensão; Serviços de Saúde para Idosos.

Sumári

1-Introdução

1.1- Identificação e apresentação do problema-----6

1.2- Justificativa da intervenção. -----10

1.3--Objetivos

1.3.1-Objetivos gerais -----13

1.3.2-Objetivos específicos -----13

2-Revisão Bibliográfica -----14

3-Metodologia

3.1-Sujeitos envolvidos no beneficio da intervenção----- 21

3.2- Contextos da intervenção-----23

3.3-Estratégias e ações -----23

3.4-Recursos-----25

3.5- Orçamento e financiamento-----25

3.6-Cronograma-----26

3.7-Avaliação e monitoramento-----27

3.8-Resultados esperados. -----28

4-Considerações Finais -----29

5-Referencias -----30

6-Anexos-----

Lista de Abreviaturas e Siglas.

APS	Atenção Primária da Saúde
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
CEABSF	Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família
DCV	Doenças Cérebro Vasculares
ESF	Estratégia de Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
LILACS	Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde.
OMS	Organização Mundial de Saúde
PA.	Pressão Arterial
PAS	Pressão Arterial Sistêmica
PAD	Pressão Arterial Diastólica
PES	Planejamento Estratégico Situacional
SBC	Sociedade Brasileira de Cardiologia
SBH	Sociedade Brasileira de Hipertensão
SBN	Sociedade Brasileira de Nefrologia
SciELO	Sociedade Científica Eletrônica Library Online
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
UBS	Unidade Básica de Saúde

1- Introdução.

1.1- Identificação e apresentação do problema

As doenças crônicas não transmissíveis, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), são atualmente as principais causas de mortalidade no mundo. Estudos estimam que a prevalência global da HAS seja de um bilhão de indivíduos, acarretando aproximadamente 7,1 milhões de mortes por ano no mundo (CHOBANIAN, 2004).

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial – PA ($PA \geq 140 \times 90$ mmHg). Associa-se, frequentemente, às alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo (coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos) e às alterações metabólicas, com aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

A HAS é um grave problema de saúde pública também no Brasil. Sua prevalência no país varia entre 22% e 44% para adultos (32% em média), chegando a mais de 50% para indivíduos com 60 a 69 anos e 75% em indivíduos com mais de 70 anos (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

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 a 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).

A HAS tem alta prevalência e baixas taxas de controle. 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 (SOCIEDADE

BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010). Em 2001, 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), ocorrendo a maioria delas em países de baixo e médio desenvolvimento econômico e mais da metade em indivíduos entre 45 e 69 anos (WILLIAMS, 2010).

Apesar de apresentar uma redução significativa nos últimos anos, as DCV têm sido a principal causa de morte no Brasil. Entre os anos de 1996 e 2007, a mortalidade por doença cardíaca isquêmica e cerebrovascular diminuiu 26% e 32%, respectivamente. No entanto, a mortalidade por doença cardíaca hipertensiva cresceu 11%, fazendo aumentar para 13% o total de mortes atribuíveis a doenças cardiovasculares em 2007 (SCHMIDT et al., 2011).

No Brasil a prevalência média de HAS autorreferida na população acima de 18 anos, segundo a Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel – 2011), é de 22,7%, sendo maior em mulheres (25,4%) do que em homens (19,5%). A frequência de HAS tornou-se mais comum com a idade, mais marcadamente para as mulheres, alcançando mais de 50% na faixa etária de 55 anos ou mais de idade. Entre as mulheres, destaca-se a associação inversa entre nível de escolaridade e diagnóstico da doença: enquanto 34,4% das mulheres com até oito anos de escolaridade referiam diagnóstico de HAS, a mesma condição foi observada em apenas 14,2% das mulheres com 12 ou mais anos de escolaridade. Para os homens, o diagnóstico da doença foi menos frequente nos que estudaram de 9 a 11 anos (BRASIL, 2012).

A adesão ao tratamento da Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é crucial para a elongação da expectativa de vida dos pacientes idosos hipertensos e é um componente importante para sua saúde. Em idosos, a não adesão ao tratamento aumenta a probabilidade de possíveis complicações desnecessárias, envolvendo um aumento significativo com gastos em saúde. Porém tem muitos fatores que dificultam a adesão aos tratamentos, verifica-se também outras peculiaridades que impedem a adesão tais como: a falta de vínculo com profissional de saúde (dados disponíveis sugerem que o paciente é atendido por vários médicos de acordo com a oferta dos serviços de saúde); a polimedicação; a complexidade da posologia; a depressão e a deterioração cognitiva - que representam os principais determinantes na não aderência de tratamento no idoso.

A oportunidade de participar do Curso de Especialização em Saúde da Família (CESF) veio ao encontro do meu desejo de prosperar profissionalmente e ofertar um serviço de melhor qualidade de vida para a população idosa brasileira.

Diante disso, intervenções educativas sobre os fatores de risco dessa doença e a importância da adesão a hábitos saudáveis para a prevenção de seus riscos se fazem necessárias para elevar o nível de conhecimento da população idosa com hipertensão arterial e, conseqüentemente obtermos melhor adesão e continuidade adequada ao tratamento. Com o desenvolvimento de ações educativas, será possível identificar a real necessidade de informação da população idosa e hipertensa assistida pela Unidade de Saúde do bairro de Santa Fé. O bairro de Santa Fé localiza-se no município de Cariacica no estado de Espírito Santo e está localizado no litoral sudeste da região metropolitana da Grande Vitória. A principal fonte econômica deste município é a agricultura e possui uma população aproximada de 335.984 habitantes.

Este bairro também chamado de Morada de Santa Fé possui uma Unidade Básica de Saúde (UBS) onde são atendidos usuários de todo município, porém esta unidade de saúde é referência para os moradores dos seguintes bairros além do bairro Santa Fé: Dom Bosco, Vila Palestina, São Geraldo I, Vera Cruz, São Conrado, Santa Cecília, Cruzeiro do Sul, Vila Capixaba e Campo Grande.

A UBS faz atendimentos em saúde de segunda a sábado e seus agendamentos de consultas são por demanda agendada de um dia para o outro. As urgências e emergências são referenciadas para dois Pronto-Atendimentos do município (Trevo de Alto Laje e Itacibá). A unidade de Santa Fé oferece serviços médicos de Pediatria, Clínico Geral, Ginecologia, Dermatologia e Ortopedia. Há também algumas especialidades como Neurologia, Psiquiatria infantil, Urologia e Endocrinologia com agendamentos diferenciados.

Além dos serviços médicos, há atendimentos de Psicologia, Enfermagem, Serviço Social, Fonoaudiologia e Nutrição. Possui Sala de Vacinas, Preparo, Curativo e Farmácia. Há uma sala para coleta de exames laboratoriais, sendo que este serviço é terceirizado. Esta unidade ainda funciona como referência para agendamento das consultas de especialidades e exames de alto custo.

Atualmente está em funcionamento diversos programas e grupos sociais, tais como: Tabagismo, Hipertensão, Saúde da Criança, Saúde da Mulher e do Homem, Saúde Mental e do Idoso, entre outros em fase de planejamento.

O presente trabalho se propõe a incrementar os conhecimentos sobre a prevenção dos fatores de risco, a prática de estilos de vidas saudáveis relacionados com a alimentação, exercícios físicos e a importância do tratamento continuado e adequado a fim de melhorar a qualidade de vida e evitar complicações futuras nestes pacientes que já possuem diagnóstico confirmado de Hipertensão Arterial Sistólica.

1.2-Justificativa.

Grandes partes dos estudos que tratam de questões relacionadas aos idosos ressaltam o expressivo crescimento demográfico desta parcela da população nas últimas décadas e suas consequências para a sociedade. A longevidade é, sem dúvida, um triunfo. No entanto, nos países desenvolvidos o envelhecimento ocorreu associado às melhorias nas condições gerais de vida, já nos países em desenvolvimento, esse processo acontece de forma rápida, sem tempo para uma reorganização social e da área de saúde adequada para atender às novas demandas emergentes.

As doenças crônicas não transmissíveis dobraram seu impacto nos países em desenvolvimento, geralmente em áreas urbanas, onde as pessoas estão expostas a uma vida mais sedentária, ao fumo, ao álcool, uma dieta rica em gordura, carboidratos e ao stress. Tudo isso em conjunto com doenças crônicas, como a Diabetes Mellitus e a Hipertensão Arterial Crônica aumentam o risco de doença cardiovascular, cerebrovascular e morte.

A pressão arterial (PA) tem uma forte tendência para aumentar as estatísticas dessas doenças, por isso a necessidade em desenvolver estratégias que visem não só a função curativa, mas também a introdução de profilaxia para a saúde das pessoas a fim de melhorar a sua qualidade de vida. A pressão arterial elevada também é chamada de doença silenciosa, pois cerca de 50% dos hipertensos não sabem que são, e apenas uma pequena fração chega à conscientização sobre a doença e aderem ao tratamento.

No estado do Espírito Santo, a prevalência de suspeitos de HAS foi de 41,65% em 2001. Em 2004, este número foi ratificado pela equipe de pós-graduação em Ciências Fisiológicas para 38,2% (ESPÍRITO SANTO, 2008).

Esses dados permitem afirmar que os valores estaduais se encontram acima da média nacional e exterioriza a importância de se organizar, em regime de prioridade, os programas de controle da HAS, uma vez que ela constitui um dos principais fatores de risco para as doenças cardiovasculares.

No Brasil, segundo as V Diretrizes Brasileiras. (2007), as DCV têm sido a principal causa de morte e são ainda responsáveis por alta frequência de internações, ocasionando custos médicos e socioeconômicos muito elevados.

Diante do exposto, é fundamental diagnosticar os casos de hipertensão precocemente, bem como as patologias associadas, seus fatores de risco e realizar avaliações neuropsicológicas especialmente naqueles pacientes com alto risco de desenvolver demência, através da detecção de mudanças sutis em funcionamento cognitivo em pacientes hipertensos.

De acordo com a Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2012), a Atenção Básica se caracteriza por um conjunto de ações em saúde, individuais e coletivas, que abrangem a promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e a manutenção da saúde. Tem como estratégia prioritária a Saúde da Família, e como um dos seus fundamentos “desenvolver relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população adscrita garantindo a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado” (BRASIL, 2012.p.20).

Ainda de acordo com esta política, visando à operacionalização da mesma, preconiza-se o controle da hipertensão arterial como uma das estratégias de atuação em todo o território nacional brasileiro.

Enquanto o objetivo da promoção à saúde é buscar estratégias para melhorar a qualidade de vida da população (valorizando sua condição sócio-econômico-cultural), a prevenção de doenças deve atuar em todos os níveis de atenção à saúde, reduzindo os fatores de risco do adoecimento. Portanto, associar ações de promoção à saúde e prevenção de doenças se torna imprescindível para atender as necessidades locais da população, como sugere este trabalho focado para os indivíduos hipertensos (ESPÍRITO SANTO, 2008).

O aumento dos níveis pressóricos e suas complicações são comuns no dia a dia das equipes de atenção primária de saúde, sendo mais relevante e nas pessoas idosas com mais de 60 anos, portanto esse tema merece especial atenção de todos, a

fim evitarmos condutas precipitadas e a hipermedicalização. Segundo a Sociedade Brasileira de Cardiologia (2010).

Diante disso, as intervenções educativas se fazem muito necessárias para elevar o nível de adesão a tratamento da população idosa com hipertensão arterial. Também incrementar seu conhecimento sobre os fatores de risco dessa doença, a prática de hábitos saudáveis como fazer exercício físico, dietas, evitar tabaquismo, álcool e outros que são de suma importância para a prevenção de seus riscos e futuras complicações.

Sendo assim, desenvolver ações educativas a partir da identificação das necessidades de informação da população idosa hipertensa de 60 anos e mais assistida na unidade de saúde do bairro de Santa Fé torna-se, neste momento, foco deste estudo.

1.3- Objetivos

1.3.1- Objetivos Gerais

- Realizar estratégias de intervenção em educação em saúde, atuando sobre a prevenção e modificação dos fatores de risco para Hipertensão em idosos.

1.3.2- Objetivos Específico.

- Caracterizar a amostra de acordo com as variáveis: idade, sexo, nível de escolaridade e fatores de risco;
- Identificar nos pacientes os estágios de hipertensão arterial, os sintomas clínicos, complicações mais frequentes e doenças crônicas associadas;
- Apresentar práticas não farmacológicas aos pacientes;
- Avaliar o nível de conhecimento antes e depois da intervenção de educação em saúde

2 - REVISÕES BIBLIOGRÁFICAS

A hipertensão arterial sistêmica de acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS) é a principal causa de morte no mundo: 7,2 milhões são de doenças cardíacas e circulatórias, 4,6 milhões para a doença vascular cerebral com uma prevalência média de 25%, com um total de bilhões de hipertensos (ZARATE, 2010).

Segundo as V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. (2007), A hipertensão arterial sistêmica é uma síndrome de origem multifatorial, caracterizada pela presença de níveis tensionais elevados associados a alterações metabólicas, hormonais e a fenômenos tróficos, que consistem na hipertrofia cardíaca e vascular, ela tem uma origem multifatorial.

Trata-se, portanto, de um agravo devido à grande variedade de consequências e constitui a origem de várias doenças cardiovasculares, sendo o principal fator de risco para agravos comuns na saúde coletiva, como acidente vascular cerebral e infarto agudo do miocárdio e outras complicações como retinopatia hipertensiva e na insuficiência vascular periférica. Dessa forma, assume um papel fundamental dentro da saúde pública no Brasil e no mundo, trazendo grande impacto econômico, pelo ônus imposto ao sistema de saúde, e social, pelo reflexo na qualidade e expectativa de vida dos indivíduos (ALMEIDA et. al, 2011).

Os pacientes idosos e hipertensos consomem uma grande quantidade de medicamentos para o controle de sua doença, em que a apresentam falta de aderência ao tratamento e isso pode limitar o êxito terapêutico e condzir a mal resultados, que provoquem a frustração do médico e do enfermo, aumentam a falta de confiança na assistência sanitária.

A OMS considera a falta de aderência aos tratamentos crônicos e suas consequências negativas clínicas e econômicas um tema prioritário de saúde pública. (Adherence to long-term therapies. World Health Organization 2003). Não há um teste padrão para aferir a adesão e qualquer procedimento apenas estima o comportamento real do paciente, geralmente a aderência ao tratamento estima-se como uma variedade binária (aderência/ não aderência), mas são muitos os critérios utilizados para descobrir as características da aderência dos pacientes com tratamento prescrito.

A ausência de sintomas e o fato da hipertensão ser uma doença crônica são dois aspectos que contribuem fortemente para a baixa adesão ao tratamento. Além disso, problemas com o regime terapêutico, tais como efeitos adversos; orientações insuficientes para entender e seguir a prescrição, relação médico-paciente precária, ou mesmo impossibilidade de arcar com o custo do tratamento são fatores que igualmente levam à baixa adesão.(V Diretrizes Brasileiras de HAS. (2012).

É válido lembrar que a adesão ao tratamento sofre influência de fatores próprios do paciente, de sua relação com os membros da equipe multiprofissional de saúde e do contexto socioeconômico (Coelho EB, Nobre F. Recomendação prática para evitar o abandono do tratamento anti-hipertensivo. Rev Bras Hipertens. 2006).

O tratamento da hipertensão pode ser sem ou com medicamentos. O primeiro é, feito por meio do controle de factores de risco, peso, melhora do padrão de alimentação saudável, da redução do consumo do sal, da moderação no consumo de bebidas alcoólicas, da prática regular de exercício físico, da abstenção do tabagismo e do controle do estresse psicoemocional; já o medicamentoso tem por base o uso de drogas prescritas pelo médico, conforme a gravidade do quadro.

Estima-se que uma redução de 2 mmHg na Pressão Arterial Média da população produz uma redução de 6% na mortalidade anual por acidente vascular cerebral, de 4% para cardiovascular e de 3% para todas as causas (CASTAÑEDA e NEGRIN, 2005).

Deve-se notar que o conceito de fator de risco em termos epidemiológicos apareceu em 1961 com a pesquisa de Friedewald, que estudou o efeito, principalmente, dos níveis de colesterol, da hipertensão e o tabagismo em uma população (GONZALEZ, 1995).

Vários são os fatores de risco, entre eles temos: idade, sexo, raça/cor e história familiar; fatores de risco ambientais como sedentarismo, sobrepeso/obesidade, bem como consumo de alimentos não saudáveis (excesso de sal, gordura animal, ingestão diária acima de 100 ml de café ou de bebidas que contém cafeína, uso abusivo de álcool), estresse não gerenciado e tabagismo (CAETANO; MOREIRA e SANTOS, 2011).

Segundo Madeira, et. a, (2002), os seguintes fatores são condicionantes da hipertensão:

Fatores genéticos: herança condicional de pressão arterial elevada (história familiar); fatores de estilo de vida (conduta ou comportamento), tabagismo,

sedentarismo, obesidade, alimentos (ricos em sal e gordura) consumo excessivo de álcool; fatores ambientais: Consumo de água doce que contém excesso sódio e ambientais (ruído); e fatores psicossociais: tipo de personalidade (tipo de estresse emocional, estresse ocupacional).

Hereditariedade: Várias observações clínicas confirmam a importância do fator genético na origem da Hipertensão Arterial de pais para filhos como uma tendência ou predisposição para transmitir níveis elevados de pressão arterial, mas o seu mecanismo exato é desconhecido (MADEIRA, et. al, 2002).

O sexo: Os homens são mais propensos a desenvolver pressão alta do que as mulheres até a idade da menopausa, a partir do qual a frequência é igual em ambos os sexos. Isso ocorre porque a natureza dotou as mulheres em idade fértil de alguns hormônios protetores como o estrogênio e, assim diminuiu nelas o risco de doença cardiovascular. Além disso, o menor consumo de tabaco em relação aos homens e a diminuição da resistência periférica total também favorecem as mulheres, porém as mulheres jovens estão particularmente em risco quando fazem uso de pílulas anticoncepcionais. (MOLINA, 2002).

Idade e raça: O aumento da expectativa de vida na maioria dos países tem levado a uma grande quantidade de pessoas em direção à velhice. Isso se traduz em um aumento de pessoas hipertensas na medida em que foi demonstrado que a incidência de hipertensão aumenta com a idade - quase 50% da população acima de 60 anos de idade possuem. Os estudos de prevalência na maioria dos países são entre 15 e 30%. Sabe-se que a pressão arterial tende a aumentar ao longo da vida (CIRAS; PEÑA; e RAMOS, 1995).

Na população acima de 60 anos, a pressão arterial é superior em mulheres, em relação ao início da menopausa, pois as alterações hormonais que ocorrem predispoem a alterações no músculo liso vascular e o endotélio vascular do paciente, levando a um aumento da resistência vascular periférica e, portanto, mais propensas à hipertensão (KAPLAN; BURTON e ROSE, 2000).

Em relação à raça, apenas observa-se que os negros são duas vezes mais propensos a desenvolver hipertensão do que os brancos, bem como ter um prognóstico pior. Em uma tentativa de explicar essas diferenças raciais foram emitidas várias hipóteses que envolvem alterações genéticas, a hiper-reatividade vascular e aumento da sensibilidade ao sal e uma atividade reduzida da bomba sódio-potássio-ATP e anormalidades do sódio-potássio e sódio-lítio, baixa

atividade de substâncias vasodilatadoras endógenas, dietas ricas em sal, fumo e condições de estresse racismo socioculturais (MOLINA, 2002).

A ingestão excessiva de sal: O excesso de consumo de sódio contribui para a ocorrência de hipertensão arterial. A relação entre aumento da pressão arterial e avanço da idade é maior em populações com alta ingestão de sal. Povos que consomem dieta com reduzido conteúdo deste têm menor prevalência de hipertensão e a pressão arterial (JAMA, 1992).

Tabagismo: Acredita-se que a nicotina é uma das maiores fabricantes desta enfermidade, por perturbar a atividade do sistema nervoso, elevam os níveis de catecolaminas circulantes e aumento da frequência cardíaca, a contratilidade e o consumo de oxigênio também ativam fosforólisis com o aumento da glicose no soro, a lipólise com a liberação de ácidos gordos livres e aumenta a agregação das plaquetas (CERVILLA, 2005).

Sedentarismo: Como o indivíduo envelhece e se torna mais sedentário, este menor nível de atividade faz perder competências e habilidades físicas. A principal estratégia para reduzir os efeitos do envelhecimento, por conseguinte, é não evitar a perda de atividade física que ocorre com a idade (GONZALO, 2001).

Estresse: Provoca um aumento transitório da pressão arterial, um efeito que é adicionado a um fundo de resposta exagerado a ativação simpática. A tendência à ansiedade e depressão, conflitos de autoridade, o perfeccionismo, o estresse constante, desconfiança e agressividade, são importantes e devem ser levados em conta ao avaliar um paciente com hipertensão. Também induz a um aumento do risco de hipertensão atividades profissionais que levam ao estresse, o tamanho excessivo da família, superlotação, ambientes psicossociais adversos (SALAZAR, 2005).

Os fatores psicossociais contribuem para uma série de danos à saúde, os estados que mantiveram ou estresses emocionais repetidos podem desencadear reações com vasopressores hipertensão. Estas tensões são muitas vezes condicionadas por vários fatores que vão desde a personalidade ao sistema socioeconômico em que vivemos (SALAZAR, 2005).

Consumo excessivo de álcool: O consumo elevado de bebidas alcoólicas como cerveja, vinho e destilados aumenta a pressão arterial. O efeito varia com o gênero, e a magnitude está associada à quantidade de etanol e à frequência de ingestão (Stranges et al, 2004).

O efeito do consumo leve a moderado de etanol não está definitivamente estabelecido. Verifica-se redução média de 3,3 mmHg (2,5 a 4,1 mmHg) na pressão sistólica e 2,0 mmHg (1,5 a 2,6 mmHg) na pressão diastólica com a redução no consumo de etanol (Xin. et al,2000).

A categoria da pressão arterial é definida pelo maior valor de PA, sistólica ou diastólica e Hipertensão arterial sistólica isolada deve ser classificada como estágio 1,2 ou 3 de acordo com o valor da PAS, Segundo a European Society of Hypertension and of the European Society of Cardiology.(2013). Issta segura que os valores de corte da pressão arteriais universalmente utilizados tanto para simplificar o diagnóstico quanto para auxiliar a decisão terapêutica e a classificação recomendada permanecem inalteradas como nas diretrizes anteriores, Mais também recomenda uma nova classificação de hipertensão arterial em relação com os valores Pressóricos que mostraremos a continuação.

Classificação da pressão arterial (> 18 anos), European Society of Hypertension and of the European Society of Cardiology. (2013).

Categoria	PSA		PAD
Ótima.	< 120	e	< 80
Normal	120 -129	e/ou	80-84
Normal alta	130 -139	e/ou	85-89
Hipertensão Estágio 1	140 -159	e/ou	90 -99
Hipertensão Estágio 2	160 -179	e/ou	100 -109
Hipertensão Estágio 3	≥180	e/ou	≥110
Hipertensão Sistólica Isolada	≥140	e	< 90

Quando as pressões sistólica e diastólica de um paciente situam-se em categorias diferentes, a maior deve ser utilizada para classificar a pressão arterial.

A ausência de sintomas é comum na hipertensão, e é por isso que alguns a chamam de assassina silenciosa, pois muitas vezes só pode ser identificada durante

o exame físico de um paciente. O primeiro grupo de sintomas é normalmente a dor de cabeça localizada na região occipital, e é apresentada pelo paciente ao acordar de manhã e desaparece espontaneamente. Há ainda as palpitações, fadiga fácil e impotência sexual. Outros sintomas associados à doença vascular hipertensiva são epistaxe, hematúria, visão turva, episódios de fraqueza muscular nos membros, angina e dispnéia (BRAUNWALD, 1997).

Aproximadamente 95% dos pacientes hipertensos são de causas idiopáticas; no entanto, existem causas secundárias de hipertensão como: doença renal, onde 50% dos pacientes com insuficiência renal têm hipertensão, pacientes com acometimento dos vasos glomerulares e glomérulo; doença renovascular a estenose da artéria renal mais comum, a causa é geralmente aterosclerose em pessoas com mais de 50 anos de idade, e displasia fibrosa da parede da artéria renal em pessoas jovens, especialmente mulheres; doenças endócrinas em que a presença de tumores produtores de aldosterona, cortisol adrenal ou ACTH, nível da pituitária, apresentam hipertensão e tumores produtores de catecolaminas, tais como os feocromocitomas constituem uma causa rara, mas grave de hipertensão; doenças neurológicas que podem ser nomeadas aumento da pressão intracraniana isquêmica, neuroblastoma, neuropatia, encefalite, síndrome de Guillain Barre. Também o uso de contraceptivos orais, hipertensão da gravidez, especialmente no terceiro trimestre, conhecida como pré-eclampsia e obesidade muitas vezes associados com vasoconstrição e resistência à insulina (KAPLAN, 1993).

A doença pode ser controlada com tratamento não farmacológico que inclui a restrição de alimentos ricos em sódio, lipídios e carboidratos simples; abandono do tabagismo e do consumo de bebidas alcoólicas, controle do peso e do estresse, bem como a realização de atividade física e ainda o aumento da ingestão de potássio, controle das dislipidemias, suplementação de cálcio e magnésio e atividade anti-stress. (ALMEIDA. et al, 2010).

Para que aconteçam essas mudanças na vida dos hipertensos, é imprescindível o envolvimento dos profissionais da saúde, cabendo a todos abordar aspectos de prevenção e de promoção à saúde, prestar informações ao público, programar programas educativos e avaliá-los periodicamente, visando à melhoria das ações desenvolvidas e à adequação das mesmas às novas realidades, além de desenvolver pesquisas sobre a prevenção e o controle da hipertensão arterial (FENSTERSEIFER e GASPERIN, 2006)

3- METODOLOGIA

3.1-Sujeitos envolvidos no benefício da intervenção

A metodologia utilizada para este trabalho foi uma revisão bibliográfica através da leitura de artigos publicados na SciELO, (*S Científica Eletronic Library Online*), utilizando como descritoras doenças crônicas não transmissíveis. A Hipertensão Arterial Sistêmica e educação preventiva; além de cartilhas e publicações do Ministério da Saúde, da Sociedade Brasileira de Cardiologia, entre outros, sendo todos pertinentes ao tema.

Para a realização do estudo será utilizada uma estratégia de intervenção experimental. Será desenvolvido um conjunto de ações educativas junto aos pacientes idosos hipertensos de 60 anos e mais com objetivo de desenvolver o controle da Hipertensão Arterial Sistêmica mediante a prevenção dos fatores de risco evitando assim, complicações futuras.

O estudo será realizado junto a população idosa hipertensa com mais de 60 anos assistida pela Unidade Básica de Saúde de Santa Fé, área urbana situada no município de Cariacica, Espírito Santo no período de janeiro à julho de 2015.

A UBS faz atendimentos em saúde de segunda a sábado e seus agendamentos de consultas são por demanda agendada de um dia para o outro, oferece serviços médicos de Pediatria, Clínico Geral, Ginecologia, Dermatologia e Ortopedia. Há também algumas especialidades como Neurologia, Psiquiatria infantil, Urologia e Endocrinologia com agendamentos diferenciados.

Além dos serviços médicos, há atendimentos da Psicologia, Enfermagem, Serviço Social, Fonoaudiologia e Nutrição. Possui Sala de Vacinas, Preparo, Curativo e Farmácia.

Atualmente está em funcionamento diversos programas e grupos sociais, tais como: Tabagismo, Hipertensão, Saúde da Criança, Saúde da Mulher e do Homem, Saúde Mental e do Idoso, entre outros em fase de planejamento.

Para atingir os objetivos propostos deste estudo serão realizados os seguintes procedimentos: identificação e seleção dos usuários cadastrados maiores de 60 anos que são portadores de hipertensão arterial. Os pacientes selecionados conforme critérios específicos que serão descritos abaixo, irão realizar uma consulta

médica para o registro de dados sobre prática de exercício físico, alimentação e uso de medicamentos anti-hipertensivos.

Posteriormente, após a coleta dos dados por meio da consulta médica, captaremos os pacientes que não conseguem aderir ao tratamento para o controle da pressão arterial com valores tensionais elevados em mais de três aferições com PA $\geq 140 \times 90$ mmHg ou mais. Em seguida, será agendada uma reunião com o grupo de idosos ou amostra selecionada para apresentação dos participantes na estratégia de intervenção e definição dos temas de interesse para as atividades de educação em saúde, informando a duração do curso, definição do horário, profissionais participantes e explicação da metodologia a ser utilizada nas ações de educação e saúde.

O grupo de estudo consistirá em x pacientes hipertensos com idade igual e/ou superior a 60 anos, de ambos os sexos, com valores tensionais elevados em mais de três aferições com PA $\geq 140 \times 90$ mmHg que são atendidos na UBS de Santa Fé. A seleção da amostra ($n = x$) não poderá passar de 20 pacientes por grupo, que serão realizados conforme alguns critérios de inclusão:

- Pacientes com antecedentes de Hipertensão Arterial ou ter sido diagnosticado com a doença antes de 1 de janeiro de 2015;
- Não possuir deficiência mental;
- Pertencer a UBS de Santa Fé;
- Disponibilidade para participar do estudo.

Nós, como Médicos de Saúde da Família, costumamos trabalhar com grupos populacionais específicos, como os grupos de idosos e hiperdia, realizando palestras frequentes, porém, ainda sentimos grandes dificuldades em controlar e modificar os fatores de risco destes pacientes.

3.2 Contextos da intervenção

Durante as consultas na unidade de saúde, foi identificada pelos profissionais de saúde que o aumento dos níveis pressóricos é rotina comum no dia a dia de trabalho. Observou-se também que a incidência de HAS e suas complicações são muito frequentes. Os profissionais de saúde que atuam nesta unidade tem a percepção de que os pacientes não fazem o controle adequado da pressão arterial e

também não cumprem com as indicações médicas propostas. O modo e o estilo de vida da maioria dos pacientes são inadequados, existe uma enorme carência de conhecimento sobre a doença e suas complicações mais frequentes e os grupos de risco não possuem noção a que estavam sendo expostos regularmente. Também devemos lembrar que o sustento econômico é fator importante para o cumprimento da dieta adequada e, conseqüentemente controle pressórico.

Atualmente, as ações de saúde que são feitas nas consultas médicas e nas visitas domiciliares não tem sido suficientes para diminuir os valores pressóricos dos pacientes atendidos em nossa unidade de saúde.

3.3 Estratégias e Ações

A atividade será iniciada nas consultas médicas e nas visitas domiciliares dividida em 3 etapas: a primeira consiste em avaliar o nível de informação inicial que tem os pacientes sobre a Hipertensão Arterial, a segunda será a elaboração e implementação de uma estratégia de intervenção em educação e saúde na qual utilizaremos uma metodologia educacional ativa como a educação popular, e a última etapa será de reavaliação do nível de informação após a intervenção em educação e saúde.

Para realização deste estudo será necessário a aplicação de um questionário (Anexo 1) em cada participante por um profissional treinado a fim de determinar o nível de informação dos usuários antes e depois da intervenção de educação em saúde, ou seja, na primeira e na terceira etapa. Para preservar a identidade do paciente, a enquete será aplicada e numerada por ordem de atendimento.

Os profissionais envolvidos participarão de um curso com um total de 5 aulas, sendo uma por semana sobre Hipertensão Arterial. Ao final das aulas, os profissionais deverão estar em condições de fazer uma avaliação para medir o grau de informação dos usuários (inseridos na pesquisa) sobre a Hipertensão Arterial, que serão classificados em boa, regular ou ruim.

Conforme o anexo 2 (programa educacional), as aulas serão ministradas no Auditório na Unidade de Saúde de Santa Fé, todas as quartas de 13 horas às 15 horas. Os temas serão desde o conceito e fatores de risco da hipertensão arterial, os estágios e sintomas da doença, complicações e doenças associadas, o tratamento não farmacológico em relação com hábitos e estilos de vida saudáveis

como alimentação e prática de exercício físico e cuidados até o seguimento do paciente com Hipertensão Arterial.

Pretende-se com este estudo melhorar a adesão ao tratamento, melhorar a qualidade de vida dos pacientes doentes com HAS e fornecer informações para que eles aprendam a conviver com sua doença, prevenindo novas complicações e evitando a morte precoce. A nós, torna-se clara a necessidade de políticas de saúde que invistam na detecção precoce e acompanhamento adequado da hipertensão arterial, além de ações educativas que possibilitem a participação ativa dessas pessoas na discussão da necessidade de adesão ao tratamento e na adequabilidade de tal prática a seu cotidiano. Para tais ações, é fundamental a participação das equipes multiprofissionais que atuam nos serviços de saúde. Nesse aspecto, conforme já relatado, a instituição em estudo é composta por equipe multiprofissional, porém a atuação de alguns integrantes da equipe, especificamente da enfermagem, é restrita as pessoas portadoras de HAS, indo de encontro ao recomendado pelas diretrizes brasileiras de Hipertensão Arterial.

3.4-Recursos Necessários

Para o desenvolvimento desta atividade serão necessários recursos humanos: Médicos, equipe de Enfermagem, Assistente Social, Nutricionista, Psicólogo e Assistentes Administrativos (todos profissionais da Unidade de Saúde). Também será preciso recursos materiais como: prontuários dos usuários, fichas para avaliação dos usuários, folhas de papel ofício, cartolinas, canetas, cartilhas educativas, calculadora, notebook, tablet e impressora.

3.5-Orçamento e financiamento

Este projeto não exigirá custo adicional para contratação de profissionais, já que os profissionais que irão desenvolvê-lo são os mesmos existentes na rede. Da mesma forma, não haverá custos com materiais, uma vez que alguns dos itens que

foram listados no item anterior, já são disponibilizados pela Prefeitura Municipal de Cariacica. O que não for disponibilizado pela prefeitura (como notebook, tablet e impressora). Será utilizado o do próprio pesquisador.

3.6-Cronograma

Atividades 2015	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Maió	Junho
Elaboração do projeto						
Estudo do referencial teórico						
Coleta de dados						
Análise dos resultados						
Revisão final e digitação Aprovação do Projeto						
Entrega do trabalho						
Divulgação dos resultados						

3.7- Resultados esperados

O controle da PA dos indivíduos hipertensos, mesmo que medicados, é algo difícil.

A execução dessa proposta de intervenção, através das ações de educação em saúde na Unidade Básica de Saúde de Santa Fé será de grande importância, considerando que a população necessita de adesão ao tratamento, conhecer sobre a Hipertensão Arterial e suas consequências no âmbito da saúde irá auxiliá-los a obter controle da sua doença. Com um maior conhecimento acerca da doença, espera-se diminuir as complicações trazidas pela hipertensão, pois quando não são tomadas algumas medidas importantes para o seu controle, o prognóstico do paciente idoso e hipertenso resulta em complicações irreversíveis a sua saúde. Espera-se que os participantes desse projeto de intervenção sejam também multiplicadores das informações em saúde para outras pessoas nas suas comunidades.

Para o desenvolvimento da referida intervenção, já estão garantidas todas as condições, uma vez que existem recursos materiais e financeiros suficientes e profissionais de saúde adequadamente preparados para o bom desenvolvimento das atividades planejadas.

O controle da Hipertensão Arterial por parte das pessoas que sofrem da doença através do conhecimento sobre prevenção de outras doenças associadas, é um avanço para Atenção Básica e é de extrema importância para os pacientes que vão passar a saber como a adesão a hábitos saudáveis podem mudar o curso da doença.

3.8- AVALIAÇÕES DO PROCESSO

A quantidade de pacientes com HAS que participarão do projeto serão controlados e monitorados pelo médico e enfermeira da equipe de saúde da unidade. Para verificar se a proposta está funcionando como medida de controle e intervenção para a redução dos índices de morbi-mortalidades relacionados à hipertensão, será realizada avaliações mensais com os participantes dos grupos no intuito de analisar se os temas abordados tiveram algum impacto no estilo de vida e nos níveis tensionais.

Estas avaliações serão do tipo rodas de conversas, onde serão registrados em livro ata sobre a satisfação dos participantes após as intervenções. Avaliaremos, distribuindo figuras com rostos feliz, triste e indiferente, no qual o hipertenso assinalará em qual rosto ele se identifica após o desenvolvimento da pesquisa e será estimulado a falar o que mudou significativamente em seu estilo de vida.

Serão avaliados também a cada mês os cartões de controle da pressão arterial, verificando os níveis tensionais e a utilização do tratamento medicamentoso, registrando nos prontuários dos hipertensos.

As avaliações dos pacientes também serão feitas por profissionais na Unidade de Saúde após qualificação interna sobre a Hipertensão Arterial Essencial.

4- CONSIDERAÇÕES FINAIS

Reconhecendo que a baixa adesão e os altos índices de abandono ao tratamento anti-hipertensivo é um fato que muitas equipes de saúde vivenciam atualmente, é preciso que esforços sejam reunidos com o objetivo de aperfeiçoar recursos e estratégias com a participação ativa do hipertenso visando reduzir ou evitar esta problemática em que nos encontramos.

A não adesão do paciente hipertenso constitui-se como um elemento desafiador para os profissionais da atenção primária e atingir esta tão almejada adesão só poderá se tornar possível se agregarmos em nossos serviços de saúde a metodologia da interdisciplinaridade com foco na promoção da saúde.

Conseguindo aumentar o número de indivíduos com a pressão arterial controlada, modificando efetivamente os hábitos de vida inadequados, estaremos contribuindo para uma melhor atenção à saúde de nossa população.

5- Referencias:

- Adherence to long-term therapies. Evidence for action. World Health Organization (2003).
- ALMEIDA, A. B. Descrever os outros autores **Significado dos grupos educativos de hipertensão arterial na perspectiva do usuário de uma unidade de atenção primária à saúde**. Rev. APS, 2011. v. 14, n.3, p. 319-326, jul/set.
- BRAUWALD, E. **Hipertensão sistêmica, mecanismos e diagnóstico**. Tratado de Cardiologia. 5 edição, 1997.(1):7-839.
- CAETANO, J.A; MOREIRA, F.G.A; SANTOS, Z.M.S.A. **Atuação dos pais na prevenção da hipertensão arterial uma tecnologia educativa em saúde**. Rev. Ciência & Saúde Coletiva, 2011.v.16, n.11, p.4385-4394.
- CASTAÑEDA, A. J.A; NEGRIN, R. **Prevalência da Hipertensão na comunidade do município Cárdenas**. Gen. Int. Rev. Cubana Med, 2005. 16 (2): Número 138 43.
- CELSO, R.A.E; MOLINA, V. **Hipertensão**. Avisado Guerra. Medicina avança. Cuba, 2000. VII (21): 2003.
- CERVILLA, J. **O rapé multiplica depressão em idosos**. San Rafael Hospital da Ordem Hospitaleira de S. João de Deus, (Granada), 2005.
- CIRAS, P. M; PEÑA, M. M; RAMOS, L. **Avaliação de Controle dispensarizados pacientes hipertensos em dois municípios de Havana**. Cub. Med. Gen. Rev. Integ ,1995; 1 (4): 327-43.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Diretoria de Pesquisas. Coordenação de População e Indicadores Sociais. Gerência de Estudos e Análises da Dinâmica Demográfica. **Projeção da População do Brasil por Sexo e Idade para o Período 1980-2050 - Revisão 2008** [homepage na internet]. Brasília: Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão; [acesso em 2010 abr 15]. Disponível em:
http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/projecao_da_populacao/2008/projecao.

- FENSTERSEIFER, L.M; GASPERIN, D. **As modificações do estilo de vida para hipertensos**. Rev. Gaúcha Enferm. set. 2006. v.27, n.3, p.372-378.
- Freitas JB, Tavares A, Kohlmann Júnior O, Zanella MT, Ribeiro AB. Estudo transversal sobre o controle da pressão arterial no serviço de nefrologia da Escola Paulista de Medicina –UNIFESP. Arq Bras Cardiol. 2002;79(2):117-28.
- Giroto E. Adesão ao tratamento anti-hipertensivo e fatores associados na área de abrangência de uma unidade de Saúde da Família, Londrina, PR [dissertação]. Londrina: Universidade Estadual de Londrina; 2008.
- GONZALES, M. **Como se livrar de hábitos tóxicos e superar por danos causados por café, álcool, rapé**. Cub. Rev. Integ. Med. Geral., 1995. 11 (3): 253-284.
- GONZALO, C. **'Síndrome da morte sedentária' El, um novo termo para o rescaldo da inatividade**. Barcelona, 2001.
- JAMA, P.I. **The effects of nonpharmacologic interventions on blood pressure of persons with high normal levels. Results of the Trials of Hypertension Prevention**.1992.267:1213-20.
- KAPLAN, N. M; BURTON, D; ROSE, M.D. **Tratamento da hipertensão em idosos**. Rev. Cubana Med. 2000. 38 (2): 241-46.
- KAPLAN, N. M; EUGENE, B. **Tratado Interamericano de Cardiologia Colina Interamericana Mc Graw**. 4th ed. Madrid, Espanha, 1993. Cap. 28: p: 928-980.
- MADEIRA, D.L; SHEPS, S.G; ELVEBACK Descrever os outros autores **Preditor de teste de pressão ao frio da hipertensão**, 2002.
- MARTINS, M. M.; BOEMER, M. R. Produção científica sobre o tema da morte e do morrer: estudo de um periódico. *Revista Gaúcha de Enfermagem*. v. 22, n. 2, p. 141-156, jul, 2001.
- Mascarenhas CHM, Oliveira MML, Souza MS. Adesão ao tratamento em grupo de hipertensos do bairro Joaquim Romão –Jequié/BA. Rev Saúde Com. 2006;2(1):30-8.

-Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Brasília (DF): MS; 2006 [acesso em 2011 Mar 25]. Disponível em:
http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/caderno_do_idoso_2007

-SALAZAR, J. R. **A percepção, conflito e stress**. Tese. Simon Bolívar University, 2005.

-SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. Arq. Bras. Cardiol. 2006.Fev: 1–48.

-SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. Arq.Bras.Cardiol. 2010.95(1 supl.1): 1-51.

-STRANGES, S; WU, T; DORN, J.M; FREUDENHEIM, J.L; MUT, I. P; FARINARO, E; RUSSEL, M; NOCHAJSKI, T. H; TREVISAN, M. **Relationship of alcohol drinking pattern to risk of hypertension: a population-based study. Hypertension**. 2004. 44:813-19.

-Strelec MAAM, Pierin AMG, Mion Júnior D. A influência do conhecimento sobre a doença e a atitude frente à tomada dos remédios no controle da hipertensão arterial. Arq Bras Cardiol. 2003;81(4):343-54.

-V DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIERTENSÃO ARTERIAL. 2007.89 (3); e-24-e-29.

-WOOD, D.L; SHEPS, S.G; ELVEBACK et al. Descrever os outros autores **Preditor de teste de pressão ao Frio da hipertensão**. 2002.

-XIN, X; HE, J; FRONTINI, M.G; OGDEN, L.G; MOTSAMAI, O.I; WHELTON, P.K. **Effects of Alcohol Reduction on Blood Pressure: A Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. Hypertension**. 2001.38:1112-17.

-ZARATE, H. **Recomendações da OMS sobre a Hipertensão Arterial**. 2010.

-Adherence to long-term therapies. Evidence for action. World Health Organization 2003.

Obras em CD-ROM

-PEDUZZI, M. Laços, compromissos e contradições existentes nas relações de trabalho da Enfermagem. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 53., Curitiba, 2001. *Anais*. Curitiba, 2001. CD-ROM

Internet

-CASTRO, A. M. *Desenvolvimento e subdesenvolvimento* [online].

Disponível: <http://www.josuedecastro.com.br/port/desenv.html> [capturado em 20 fevereiro 2001].

-Observação: Todo texto extraído da internet possui um autor ainda que institucional.

-Periódicos disponíveis por meio eletrônico

-SOUZA, H.; RODRIGUES, C. A alma da fome é política. *Jornal do Brasil* [online], São Paulo, 12 set. 1993.

Disponível: <http://www.geocities.com/athens/thebes/7046/fome.htm> [capturado em 11 jul. 2001].

Anexo 1

Data-----

Este questionário é anônimo e tem como objetivo identificar o conhecimento que você tem sobre a hipertensão. Agradecemos a sua cooperação e sinceridade que vai ser muito útil para o trabalho em desenvolvimento.

1. Número do atendimento: _____

2. Idade:

() 60-64 anos

() 65-69 anos

() 70-74 anos

() 75 anos ou mais

3. Antecedentes patológicos familiares de HAS:

SIM _____

Não _____

4. Qual das seguintes declarações indica conforme o caso, verdadeiro (V) ou falso (F).

_____ Hipertensos não devem esfregar sal em alimentos, pois eles contêm sal suficiente.

_____ Frutas não são de vital importância na dieta desses pacientes.

_____ A redução do peso aos valores ideais, dependendo do tamanho e peso conseguido diminui a pressão arterial.

_____ Aumentar a atividade física não tem nenhum benefício.

_____ Reduzir a ingestão de álcool e dos hábitos tabáquicos diminui os níveis de pressão arterial.

_____ As situações de grande estresse emocional ajudam a reduzir os sintomas da HAS.

5. Marque com um X, a critério do conhecimento se utiliza ou não tratamento não farmacológico.

(). Sim

(). Não

Anexo 2 - Programa Educacional

Objetivo Geral:

Aumentar o nível de conhecimento dos pacientes idosos com Hipertensão Arterial na Unidade Básica de Saúde de Santa Fe, Município de Cariacica, Espírito Santo.

Objetivos específicos:

1. Definir HAS e seus estágios.
2. Explicar aspectos epidemiológicos importantes da doença.
3. Identificar os fatores de risco e complicação.
4. Orientar sobre a prevenção de fatores de risco e tratamento.
5. Fornecer orientações sobre Acompanhamento do paciente com HES e tratamento.

Atividade # 1

Tópico: Geral.

Tempo: 2 horas.

Objetivo: Definir HAS e seus estágios.

Técnica: Palestra.

Atividade # 2

Tópico: Saber sobre HAS.

Tempo: 2 horas.

Objetivo: Determinar aspectos epidemiológicos da HAS.

Técnica: Rodas de conversa.

Atividade # 3

Tópico: Fatores de Risco da HAS, suas complicações

Tempo: 2 horas.

Objetivo: Identificar os fatores de risco e complicação.

Técnica: Palestra.

Atividade # 4

Tópico: As medidas de prevenção

Tempo: 2 horas.

Objetivo: Fornecer orientações sobre a prevenção de fatores de risco e tratamento.

Técnica: Escuta qualificada.

Atividade # 5

Tópico: Acompanhamento do paciente com HAS

Tempo: 2 horas.

Objetivo: Fornecer orientações sobre Acompanhamento do paciente com HAS e tratamento.

Técnica: Palestra e escuta qualificada.