

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

EDGARDO DE JESÚS MORALES GARCÉS

AÇÕES DE PROMOÇÃO DA SAÚDE PARA DIMINUIR COMPLICAÇÕES DA
HIPERTENSÃO ARTERIAL EM UMA UNIDADE DE SAÚDE

FORTALEZA

2014

EDGARDO DE JESÚS MORALES GARCÉS

**AÇÕES DE PROMOÇÃO DA SAÚDE PARA DIMINUIR COMPLICAÇÕES DA
HIPERTENSÃO ARTERIAL EM UMA UNIDADE DE SAÚDE**

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

Orientador: Prof^o. Ms. Sherida Karanini Paz de Oliveira.

FORTALEZA

2014

Catálogo na fonte

S379t Silva, Maria da
Título do TCC ou Monografia/ Maria da Silva, nome do orientador.
_Local, ano.
Total de folhas : il.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) - Universidade do
Estado do Pará, Belém, 2008.

1.Assunto. 2.Assunto. 3.Assunto. I. Título.

Classificação (CDD)

EDGARDO DE JESÚS MORALES GARCÉS

**AÇÕES DE PROMOÇÃO DA SAÚDE PARA DIMINUIR COMPLICAÇÕES DA
HIPERTENSÃO ARTERIAL EM UMA UNIDADE DE SAÚDE**

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

Aprovado em: __/__/__

BANCA EXAMINADORA

Profº., titulação (Dr./Me.), nome.
Instituição

Profº., titulação (Dr./Me/Esp), nome.
Instituição

Profº., titulação (Dr/Me/Esp), nome.
Instituição

RESUMO

A Hipertensão Arterial Sistêmica constitui um dos principais motivos de consulta nas populações do mundo, as complicações da hipertensão são umas das primeiras causas de óbito em todos os países, o alto índice de pacientes atingidos em nossa área de abrangência por esta doença foi nosso principal motivo para fazer um estudo de intervenção comunitária na ESF de Soledade que pertence ao município Itapagé, durante o período compreendido desde Janeiro-Agosto de 2015. Para realizar a investigação se coordenará com os gestores pertinentes a fim de garantir a oportuna ajuda e cooperação da mesma. De um universo de 335 hipertensos, serão escolhidos 75 casos mediante o programa de Epidat com um 10% de perdas. A intervenção divide-se em três etapas: diagnóstico, intervenção e avaliação. O qual permitirá ter um diagnóstico inicial, uma proposta de atividades educativas para solução do problema e uma avaliação final. A coleta de dados se fará através da aplicação de um questionário com perguntas fechadas, aplicado pelo autor e inclui aspectos sócio-demográficos como: idade, sexo, ocupação e nível de conhecimentos sobre a doença. A informação se processará a través de um computador Acer core i3, os resultados serão apresentados em tabelas simples com números absolutos em tantos por cento; o que permitira suas análises e discussão a partir de os resultados obtidos. Com o projeto espera-se elevar o nível de conhecimento dos participantes em relação à HAS, lograr maior controle das cifras de tensão arterial, modificar fatores de riscos, mudar estilos de vidas errados e reduzir a morbimortalidade por esta doença. Além de sensibilizar aos gestores implicados para garantir maior cobertura de medicamentos nas ESF e uma melhor reestruturação dos serviços de atendimentos a esta doença nos postos de saúde.

Palavras chaves: Intervenção comunitária, Estratégia de Saúde da Família (ESF), atividades educativas, Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS).

ABSTRACT

Hypertension is one of the main reasons for appointment in populations of the world, the complications of hypertension are some of the first cause of death in all countries, the high rate of patients achieved in our area for this disease was our main reason for doing a study of Community intervention in ESF of Soledade which belongs to the municipality Itapagé during the period from January to August 2015. To carry out the investigation it will coordinate with relevant managers to ensure timely aid and cooperation from the same. A universe of hypertensive 335, 75 cases will be chosen by the Epidat program with a 10% loss. The intervention divide into three stages: diagnosis, intervention and evaluation. This will have an initial diagnosis, a proposal of educational activities for solving the problem and a final evaluation. Data collection will be done through the application of a questionnaire with questions closed, applied by the author and include socio-demographic aspects such as: age, sex, occupation and level of knowledge about the disease. The information will be through a computer Acer core i3, the results will be presented in simple tables with sheer numbers in so many percent; what will allow its analyses and discussion from the results obtained. The project is expected to raise the level of knowledge of the participants in relation to HAS, achieving greater control of blood pressure, modify ciphers risk factors, changing styles of life and reduce morbidity and mortality from this disease. In addition to sensitize managers involved to ensure greater coverage of medicines in ESF and better care services restructuring to this disease in health centers.

Key words: Community Intervention, the family health strategy (FHS), educational activities, Systemic Arterial hypertension (SAH).

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	1
2	PROBLEMA.....	3
3	JUSTIFICATIVA.....	4
4	OBJETIVOS.....	5
5	REVISÃO DE LITERATURA.....	6
6	METODOLOGIA.....	12
7	CRONOGRAMA.....	16
8	RECURSOS NECESSÁRIOS.....	17
9	RESULTADOS ESPERADOS.....	18
10	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	19
11	APÊNDICE	

1 INTRODUÇÃO

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é a mais comum das condições que afetam a saúde da população mundial. Representa em si uma doença, como também um fator de risco importante para outras enfermidades, fundamentalmente a cardiopatia isquêmica, a insuficiência cardíaca, a doença cerebrovascular, a insuficiência renal e a retinopatia (SENIS LORA, 2008, PINTÓ, 2009).

É uma enfermidade de etiologia multifatorial considerada por alguns o problema de saúde mais importante em diversas partes do mundo, tanto em países desenvolvidos como em subdesenvolvidos, já que se trata de uma enfermidade frequente com escassa sintomatologia, cujas complicações comprometem a qualidade de vida e que podem ser controladas com tratamento adequado. É bem conhecido que as enfermidades cardiovasculares são as consequências finais de vários fatores de risco, que se apresentam em alguns casos uma predisposição genética (LORA, 2008, PINTÓ, 2009).

Como enfermidade, a hipertensão arterial constitui um inimigo importante que se deve ter em conta para diminuir os índices de mortalidade tanto em países desenvolvidos como em vias de desenvolvimento (GONZALEZ, 2008, BEERS; FLETCHER, 2008).

Nas últimas décadas existe um interesse marcante pelas investigações em grandes massas da população na busca de dados relacionados com a epidemiologia da hipertensão arterial distribuído pelo mundo inteiro atendendo a múltiplos fatores econômicos, sociais, culturais, ambientais e étnicos. A prevalência aumenta com a associação de hábitos alimentares inadequados, diminuição da atividade física e outros aspectos relacionados com os hábitos tóxicos (PINTÓ, 2009, GONZALEZ, 2008, FERRERA, 2000).

A frequência da hipertensão arterial aumenta com a idade, demonstrando que depois dos 50 anos, quase 50% da população é acometida, sendo responsável pelo uso regular de medicamentos (BEERS; FLETCHER, 2008).

As diretrizes de hipertensão Arterial (2010) apontam que a população em cidades brasileiras nos últimos 20 anos atingiu uma prevalência de HAS de 30% de forma geral, sendo 35,8% nos homens e 30% em mulheres, semelhante a outros países. A HAS apresenta uma alta prevalência e baixas taxas de controle associados aos fatores de riscos e estilo de vida inadequado.

A mortalidade por doença cardiovascular aumenta progressivamente com elevação da PA. Em 2001, cerca de sete milhões de mortes no mundo foram atribuídas a aumento da PA; 54% por acidente vascular encefálico e 47% por doença isquêmica do coração. No Brasil, tem sido a principal causa de morte. As doenças cardiovasculares são também responsáveis por alta frequência de internações o que implica em aumentos dos custos para a saúde (VI DIRETRIZ DE HIPERTENSÃO ARTERIAL 2010).

Os limites atuais estudados como normais ficam abaixo de 139/89 mmHg e os indivíduos que apresentam esses valores são denominados hipertensos marginais. Nas crianças, têm definidos, segundo a idade, outros valores de pressão arterial. A etiologia da hipertensão arterial é desconhecida em 95% dos casos, classificando-se como essencial ou primária (PINTÓ, 2009, GONZALEZ, 2008, FLORES; ARMIJO; MEDIAVILLA, 2007).

O programa de combate à hipertensão arterial contempla entre seus objetivos fundamentais a prevenção, a detecção precoce e o tratamento efetivo desta afecção, por meio de medidas educativas com o intuito de produzir mudanças nos fatores de risco e no estilo de vida da população (LORA, 2008, GONZALEZ, 2008, LORES, 2007).

2 PROBLEMA

A Hipertensão Arterial é uma doença que afeta todas as populações do mundo inteiro e suas complicações são a primeira causa de mortes reconhecidas mundialmente. É inegável que os fatores de risco associados a esta doença influenciam sua aparição, sua evolução e as complicações.

Na região de Soledade onde fica a Estratégia de Saúde da Família (ESF) onde atuo tem uma população de 3016 pacientes; 1822 são maiores de 20 anos, dentre os quais 335 são hipertensos que constituem 18,3 % desta população. Além disso, os fatores de riscos mais frequentes associados a estes pacientes são: Diabetes Mellitus com 42 casos (12,5%); sobrepeso e obesidade, 52 casos (15,5%); sedentarismo, 46 casos (13,7%); tabagismo, 48 casos (14,3%); etilismo, 10 casos (2,9%); dislipidemias, 51 casos (15,2%). Além disso, a violência, o desemprego e a baixa renda são fatores de estresse social que também implicam negativamente na Hipertensão Arterial, a informação foi obtida por os prontuários dos pacientes hipertensos ,o cadastro do posto de saúde de Soledade e SIAB2014.

Depois de avaliar os dados anteriormente expostos podemos definir como o problema: Como diminuir a morbimortalidade por complicações da hipertensão arterial, no PSF Soledade, município Itapagé?

Diante do exposto, pretende-se realizar atividades educativas de promoção, manutenção e prevenção da saúde de pacientes hipertensos na região de Soledade de modo a estimular o autocuidado e aperfeiçoar adesão ao tratamento e melhorar a qualidade de vida dessas pessoas.

3 JUSTIFICATIVA

A hipertensão arterial sistêmica constitui a doença crônica mais frequente que acomete as pessoas em todo o mundo e suas complicações são as primeiras causas de óbito em todos os países. O diagnóstico oportuno, controle de fatores de risco e tratamento adequado possibilita a diminuição de complicações e a morbimortalidade da doença.

O alto índice de hipertensos atendidos na unidade de saúde, a má adesão ao tratamento e a falta de informação sobre a doença e estilo de vida saudável despertaram o interesse e a preocupação em realizar um estudo acerca da temática com o intuito de melhorar o tratamento e estimular o autocuidado a fim de melhorar a qualidade de vida dos pacientes com vistas à proteção, manutenção, recuperação e promoção da saúde.

4 OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GERAL

Desenvolver projeto de ações de promoção de saúde a fim de otimizar a adesão ao tratamento e diminuir as complicações decorrentes da hipertensão dos pacientes acompanhados na unidade de saúde de Soledade localizado no município de Itapagé – Ceará.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Caracterizar os pacientes hipertensos cadastrados na unidade de saúde de Soledade, segundo dados sócio-demográficos: idade, sexo, ocupação, nível de conhecimento sobre Hipertensão Arterial Sistêmica.

Realizar grupos educativos de hipertensos acerca da doença, tratamento, complicações e autocuidado.

5 REVISÃO DE LITERATURA

5.1 Hipertensão Arterial Sistêmica

Os critérios da Organização Mundial de Saúde (OMS) definem como hipertenso todo indivíduo de 18 anos ou mais de idade, que em três ocasiões distintas, de acordo os critérios estabelecidos para sua aferição, apresente valores de pressão arterial (PA) igual ou superior a 140/90 mmHg (PINTÓ, 2009, GONZALEZ, 2008, CONSENTINO, 2008).

A diretriz de hipertensão Arterial (2010) define a HAS como uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevado e sustentado de pressão arterial (PA), associa-se frequentemente a alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos alvo coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos, e a alterações metabólicas consequentes aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais. A linha demarcatória que define HAS considera valores de PA sistólica ≥ 140 mmHg e/ou de PA diastólica ≥ 90 mmHg em medidas de consultório. O diagnóstico deverá ser sempre validado por medidas repetidas, em condições ideais, em pelo menos três ocasiões (VI DIRETRIZ DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, 2010).

É uma doença essencialmente assintomática, mas que pode manifestar-se com cefaleia na região occipital, tonturas, epistaxe, apesar de não existirem comprovações científicas que esses sintomas são consequência da HAS. Não entanto, em certas circunstâncias, certos sinais e sintomas podem indicar uma complicação potencialmente grave da HAS, tais como dor precordial, alteração no nível de consciência, déficits motores e sensitivos, devendo ser investigados e tratados conforme cada caso (PINTO; FERRERA, 2008).

A HAS é diagnosticada pela detecção de níveis elevados e sustentados de pressão arterial por medidas casuais. A medida da pressão arterial deve ser realizada em toda avaliação por médicos de qualquer especialidade e demais profissionais da saúde. Os procedimentos de verificação de pressão são simples e de fácil realização, contudo nem sempre são realizadas de forma (PINTO; FERRERA, 2008).

Algumas condutas podem evitar erros como, por exemplo, o preparo apropriado do paciente, o uso de técnicas padronizadas e de equipamentos calibrados e procedimentos adequados. Pode-se utilizar esfigmomanômetro de coluna de mercúrio ou aneroide ou com técnica oxilométrica por aparelhos semi-digitais de braços. A posição recomendada para medir de PA é sentado, acompanhadas de outras medidas gerais para obter cifras de PA corretamente. Concluído, o diagnóstico se faz com uma boa anamnese, exame físico, avaliações laboratoriais e exames complementares (PINTO; FERRERA, 2008).

O tratamento da HAS é uma combinação de medidas farmacológicas e não farmacológicas. Com relação ao tratamento não medicamentoso, aconselha-se controle de peso corporal e manutenção do índice de massa corporal < 25 e circunferência abdominal < 102 cm em homens e < 88 cm em mulheres. Manter o peso ideal permite melhor controle da pressão arterial e uma dieta rica em frutas, fibras, minerais, hortaliças, laticínios com baixa quantidade de gorduras tem importante impacto na redução da PA. Além da dieta, o paciente com HAS, deve reduzir o consumo de sal e a ingestão de álcool, abandonar o tabagismo, realizar exercícios físicos regularmente, como caminhadas. A atividade física diminui os valores de PA e melhora o sistema cardiovascular (SILVA et al., 2006). Controle do estresse psicossocial e a respiração lenta são outras medidas que contribuem para o controle da pressão arterial (VI DIRETRIZ DE HIPERTENSÃO, 2010).

Com relação à abordagem medicamentosa em pacientes hipertensos com risco cardiovascular médio, alto e muito alto a decisão terapêutica dependerá desse risco. Sem risco adicional, recomenda-se tratamento não medicamentoso isolado. Para risco adicional baixo, indica-se tratamento não medicamentoso isolado até os seis meses e, se após esse período, não atingir a meta acrescenta-se tratamento medicamentoso. Pacientes com risco cardiovascular adicional alto e muito alto, o tratamento inicia-se com a associação de medidas farmacológicas e não farmacológicas (FERREIRA; PAVOA. 2012).

As drogas mais usadas para o tratamento da hipertensão são: inibidores da enzima conversora (IECA), diuréticos tiazídicos, diuréticos poupadores de potássio, betabloqueadores, bloqueadores do canal de cálcio e os bloqueadores dos efeitos vasoconstritores e secretores do androsterona e da angiotensina. Existem outros medicamentos e combinações para o tratamento da hipertensão assim como tratamentos para as urgências e emergências (FERREIRA; PAVOA. 2012).

A hipertensão arterial sistêmica associada à presença de outros fatores de risco, como a obesidade, sedentarismo, tabagismo, dislipidemias, diabetes mellitus, estresse psicossocial, aumenta o risco de complicações em leões em órgãos-alvo, tais como: hipertrofia ventricular esquerda, infarto agudo do miocárdio, insuficiência cardíaca, angina, arritmia cardíaca e distúrbios da condução elétrica do coração, acidente vascular cerebral, isquemia cerebral transitória, demência vascular e perda progressiva das funções mentais e derrames lacunares. Os rins são afetados de forma progressiva que leva a uma disfunção renal que primeiro se manifesta por microalbuminúria, e após por macroalbuminúria e proteinúria que leva a uma insuficiência renal crônica. Os vasos sanguíneos são afetados pela aterosclerose, dissecção aórtica e aneurismas (VI DIRETRIZ DE HIPERTENSÃO. 2010).

5.2. Hipertensão Arterial Sistêmica na Atenção Primária à Saúde

Muitos países do mundo com sistemas de saúde universais, o tema de Atenção Primária de Saúde (APS) é preocupação política de seus governos e um tema importante a serem discutido. Esta constitui a porta de entrada aos serviços de saúde cumprindo com os princípios de: primeiro contato, integralidade, abrangência e longitudinalidade. Estes princípios se repetem em todos os países que sua saúde é baseada na atenção primária, aliás, do que tenham diferentes arranjos operacionais e surgiu como contraponto da aquelas políticas de saúde fragmentadas onde predomina o abuso de tecnologias de saúde e a superespecialização. A estratégia de saúde da família em Brasil já demonstraram um impacto positivo na melhoria da qualidade de vida das populações atendidas (MACINKO et al., 2006).

O coletivo que trabalha nos ESF apresenta um grande desafio, trabalhar junto e planejar ações de saúde e de acompanhamento, visitas domiciliares a pacientes. Em relação aos pacientes hipertensos, a equipe multidisciplinar de saúde realiza consultas, indica tratamentos e promove atividades educativas de promoção, prevenção e manutenção de saúde. Os profissionais devem conhecer os principais motivos de não adesão ao tratamento, como falta de conhecimento dos pacientes sobre a doença, baixo nível socioeconômico, aspectos culturais e crenças impróprias sobre o tratamento, ausência de bom relacionamento com a equipe de saúde, custo do tratamento (VI DIRETRIZ DE HIPERTENSÃO ARTERIAL. 2010).

Nas consultas da atenção primária de saúde e atenção secundária compreende-se que em muitos indivíduos a hipertensão se manifesta associada a outras patologias, o que aumenta o padrão de morbidade e mortalidade da mesma (III CONSENSO DE HIPERTENSÃO ARTERIAL. 1998; V DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO ARTERIAL. 2006). Os médicos de família que trabalham nos PSF são capacitados para identificar os casos que necessitam de outros níveis de atenção à saúde, mas a maioria dos hipertensos com um tratamento adequado consegue controlar-se na Atenção Primária à Saúde (MS. 2002).

Na assistência integral à saúde é necessário tratar o indivíduo como um todo que interatua com o médio onde mora e seu entorno, e a Unidade de Atenção Primária à Saúde é o ponto chave neste contexto de prevenção, promoção e assistência, a fim de evitar complicações muitas vezes incapacitantes e outras fatais (MS. 2002).

A ampliação das ações para os pacientes com risco cardiovascular deve ser preconizada, em virtude do custo-benefício do controle da hipertensão arterial (consultas periódicas, grupos

educativos, visitas domiciliares) em detrimento do custo do tratamento dos agravos e complicações. Percebe-se que os gastos em saúde são minimizados se a intervenção for feita na atenção primária, e não na secundária ou terciária, havendo possibilidade de promover melhor qualidade de vida para a comunidade (MS. 2001).

A prevenção de complicações e promoção de estilos de vidas saudáveis que acometem o indivíduo hipertenso é uma das principais abordagens realizadas pela Estratégia de Saúde da Família. O caráter crônico da doença e sua instalação insidiosa, que a maioria dos pacientes não apresentam sintomas, só uma parte da população hipertensa sentem alguma sintomatologia isso confirma a importância do acompanhamento e da adesão ao tratamento pelos pacientes (MS.2002).

Há a necessidade de uma mudança de estilo de vida dos pacientes para modificar fatores de riscos e promover (hábitos alimentares para melhorar a qualidade de vida e prática de exercícios), uma vez que é uma doença de difícil controle apenas no âmbito ambulatorial. É importante que não só o hipertenso, mas toda sua família se conscientize acerca da importância dos hábitos saudáveis de vida como principais medidas de prevenção contra a hipertensão (SARAIVA, KRO et al., 2007).

Na política de saúde do SUS o Agente Comunitário de saúde (ACS) torna-se ponto chave e articulador entre a comunidade e a Estratégia de Saúde da Família, precisamente porque mora na própria comunidade. Este fato possibilita maior conhecimento das queixas e agravos dessa população, seja constatado pela observação do fenômeno ou explicitado pelos próprios pacientes, este conhecimento acontece de várias maneiras, mas é a visita domiciliar a principal fonte de apreciação dos mesmos. O ACS repassa cada uma das situações pela equipe e retorna novamente à comunidade com a possível solução, sejam recomendações, encaminhamentos ou outras condutas a serem tomadas, assim lograsse uma participação conjunta na solução dos problemas onde a comunidade senta-se incluída. (RIZONEIDE N, A; SILVA A, R. 2004).

A Hipertensão Arterial Sistêmica e o Diabetes Mellitus (DM) constituem-se nos principais fatores de risco para doenças cardiovasculares e alterações nos demais sistemas. Neste contexto, HAS e DM são responsáveis pela primeira causa de mortalidade e hospitalizações no Brasil, determinando disfunções especialmente nos sistemas cardíaco, nervoso e renal (DOS SANTOS MARA, ELISANGELA e cols. REV. SAÚDE PÚBLICA SANTA CATARINA. 2011).

Com o objetivo de acompanhar pessoas hipertensas e diabéticas, o Governo Federal criou em 2002 o programa HIPERDIA. Devido à morbimortalidade ocasionada pela Hipertensão e/ou Diabetes, os desafios que pacientes portadores destas doenças enfrentam são consideráveis, visto que há na população mundial um elevado índice de incapacidade decorrente da doença (DOS SANTOS MARA, ELISANGELA e cols. REV. SAÚDE PÚBLICA SANTA CATARINA. 2011).

Na atualidade ainda persistem modelos curativistas entre muitos profissionais da saúde, onde o processo de atendimento é baseado quase unicamente na queixa e a posterior conduta, com prescrições de poli farmácia, que ao não serem cumpridas pelos pacientes são classificados subjetivamente pelo médico como no aderente ou não cooperativo ao tratamento. Nele relacionamento entre o profissional e o paciente cria-se um nível de desigualdade, onde o médico é o símbolo do poder e sabedoria e o paciente é considerado culpável de suas doenças pelo descuido de sua própria saúde (ASSIS et al. 2010).

Elo que se contrapõe á educação em saúde tradicional ou modelo preventivo, onde a promoção e prevenção constituem o enfoque principal. Neste sentido considera-se imprescindível que os profissionais da saúde compreendam o real significado da promoção e prevenção em saúde, fato que pressupõe uma constante capacitação do pessoal, que ajudará à compreensão da realidade de saúde de determinada população, assim pode-se intervir e modificar os determinantes sociais que interagem no processo saúde-doença, desenvolvendo ações intersetoriais para a solução efetiva dos problemas e dando participação à comunidade, além de promover sua autonomia e autocuidado (ASSIS et al. 2010).

Estudo feito acerca de promoção de saúde em portadores de hipertensão arterial em uma unidade básica da família com 300 pacientes cadastrados constatou que o acompanhamento pressórico semanal com atividades de promoção e prevenção de saúde permitiu obter diminuição dos níveis tensionais sistólicos e diastólicos em 10% dos hipertensos, além de melhoria na qualidade de vida em virtude do abandono do sedentarismo e dietas mais equilibradas (ASSIS et al. 2010).

Outro estudo sobre intervenções de enfermagem relacionadas à promoção da saúde em portadores de hipertensão constatou que a hipertensão arterial é uma das doenças crônicas que respondem com eficácia a modificações do estilo de vida e intervenções clínicas focadas na promoção da saúde. Caminhadas, alongamentos, lazer, terapia comunitária e atividades comemorativas foram atividades de promoção da saúde citadas como importantes para a qualidade de vida. Essas atividades apresentam melhorias no aspecto biológico, aumentando o

equilíbrio pessoal, a autoestima, mobilidade, reflexos, postura, agilidade e socialização melhorando assim os valores de pressão arterial e a qualidade de vida (GUEDES et al. 2012).

6 METODOLOGIA

Será realizado um estudo de intervenção comunitária em pacientes hipertensos da área de abrangência da Estratégia de Saúde da Família (ESF) Soledade pertencente ao município Itapagé-Ceará durante o período de janeiro–julho de 2015. O objetivo da investigação será desenvolver um projeto de ações de promoção de saúde a fim de diminuir as complicações decorrentes da hipertensão. Será coordenado com as gestões pertinentes para a autorização oportuna, ajuda e cooperação.

Itapagé município de Ceará com 430.4 km quadrados, com uma população de 50090 habitantes, a densidade demográfica e de 112,4 habitantes por km quadrado, vizinho dos municípios Irauçuba, Uruburetama, Tejuçuoca e Itapipoca. A economia e baseada fundamentalmente na agricultura, pecuária, artesanal a indústria tem uma indústria de doces, uma de confecções (bordados) e a indústria de calçado, apresenta uma população maior de 20 anos de 36908 habitantes de deles 15046 são hipertensos (30%), uma população com costumes culturais, religiosas antigas arraigadas.

A ESF de Soledade localiza-se em uma zona rural do município de Itapagé, apresenta uma população de 3016 pacientes que moram em cinco micro áreas: Soledade, que é a sede, Santa Maria, Santana, Desterro e Canta Galo. Os limites geográficos: ao norte limita com Itapipoca, ao sul com Itapagé, ao leste com Uruburetama e ao oeste com Camará, a equipe de saúde conformado por um medico, uma enfermeira, um enfermagem e quatro agentes comunitários de saúde, Dentre os principais problemas de saúde detectados encontrasse: a violência e desemprego, o consumo de agua de poço não tratada, os acidentes e à alta prevalência de hipertensão arterial que constitui o motivo da investigação.

6.1 População e amostra

De um universo de 335 hipertensos existentes na ESF Soledade, se calculou uma amostra de 75 pacientes, mediante o programa Epidat com um cálculo de perdas de 10%. Serão selecionados os pacientes que obedecerem aos seguintes critérios de inclusão: ser hipertenso diagnosticado há, pelo menos, um ano, ter idade igual ou superior a 20 anos, possuir adequada capacidade física e mental. E como critérios de descontinuidade tem-se: mudar da área de abrangência da unidade de saúde e óbitos.

6.2 Métodos Empíricos:

Questionário: Para poder caracterizar alguns dos fatores sociodemográficos dos hipertensos como: Apêndice 2).

6.3 Técnicas e procedimentos de intervenção

O estudo se dividirá em três etapas, quais sejam: Etapa diagnóstica, Etapa de intervenção e Etapa de avaliação, as quais serão descritas a seguir.

1) Etapa Diagnóstica

Os pacientes serão selecionados com o auxílio dos agentes comunitários de saúde (ACS) com base nos critérios de inclusão. Inicialmente serão investigadas as características por meio de um formulário. Após, reuniremos os participantes do estudo para aplicar um questionário de forma individual (Anexo 2), dividido em duas partes, uma contendo dados sócio-demográficos (sexo, idade, escolaridade, estado civil, escolaridade, ocupação); e a segunda parte com perguntas acerca da HAS para verificar o conhecimento e as deficiências de informações sobre a doença.

2) Etapa de Intervenção

A seguir, na segunda etapa, dividiremos o grupo de 75 pacientes em três subgrupos com 25 pacientes cada, e nos reunimos em salão de reuniões da ESF de Soledade, em horário a ser definido para serem realizadas atividades educativas sobre a temática.

Para a intervenção educativa se desenvolverá um programa de aulas com o seguinte plano temático:

- **Momento I**

Título. Hipertensão arterial. Conceito. Epidemiologia, manifestações clínicas.

Objetivo: Explicar o que se conhece como hipertensão arterial, sua incidência e prevalência no Brasil e no mundo. Ilustrar suas manifestações clínicas (sinais e sintomas).

Método de ensino: Leitura comentada e Discussão dirigida.

Materiais: quadro, giz, marcadores e computador.

Tempo: 1 hora.

- **Momento II**

Título. Fatores de risco da Hipertensão Arterial.

Objetivo: Descrever os principais fatores de risco da doença. Classificação. Aumentar os conhecimentos do tema para diminuir a morbimortalidade. Orientar sobre a importância da prevenção de complicações da Hipertensão Arterial.

Método de ensino: Leitura comentada.

Materiais: quadro, giz, marcadores, computador com data show e vídeo.

Tempo: 1 hora.

- **Momento III**

Título. Verificação da pressão arterial, algo que devem conhecer.

Objetivo: conhecer a técnica para a medição correta de pressão arterial, assim como os aspectos que podem interferir na mensuração.

Método de ensino: Demonstrativo.

Materiais: Quadro, giz ou marcadores, computador, estetoscópio, esfigmomanômetro.

Tempo: 1 hora.

- **Momento IV**

Título. Tratamento farmacológico e não farmacológico.

Objetivo: Conhecer as práticas de autocuidado necessárias para prevenir complicações e melhorar a qualidade de vida.

Método de ensino: grupos educativos. Discussão de ideias.

Materiais: quadro, giz e marcadores, computador.

Tempo: 1 hora.

O estudo terá duração prevista de oito meses, com frequência semanal e uma hora de intervenção educativo para cada tópico, conduzido pelo médico e pela enfermeira da unidade de saúde, usando nas aulas diferentes métodos de ensino.

Serão utilizados dados oferecidos pelo Departamento de Estatísticas da Secretaria Municipal de Saúde (SIAB 2014, DATASUS 2014, IBE 2011).

Métodos de ensino a serem utilizados:

- **Método demonstrativo** baseia-se no conhecimento técnico ou prático do formador e na sua competência para exemplificar uma determinada operação técnica ou prática que se deseja repetida e depois aprendida. O formando deve realizá-la primeiro sob orientação e depois sozinho (AIDA, et al. 2010).

- **Método expositivo:** é um método pedagógico centrado nos conteúdos. Traduz-se na transmissão oral pelo formador de informação e conhecimentos ou conteúdos em que a participação do formando é diminuta. A estrutura, a sequência dos conhecimentos e o tipo dos conteúdos são definidos pelo formador (AIDA, et al.2010).
- **Método interrogativo:** consiste num processo de interações verbais, dirigidas pelo formador, normalmente de tipo pergunta-resposta. O objetivo é a descoberta pelo formando dos conceitos ou conhecimentos a memorizar (AIDA, et al.2010).

3) Etapa de avaliação

Ao finalizar o programa de intervenção será aplicado outro questionário, avaliando as modificações do nível de conhecimento sobre a HSA, bem como as mudanças ocorridas nem estilo de vida dos pacientes.

6.4 Apresentação dos dados

A informação obtida será organizada no programa Excel/2011 e será analisada por meio de estatística descritiva com frequências absolutas e relativas. Os dados alcançados serão apresentados por meio de quadros e tabelas.

As análises dos resultados realizar-se com base na literatura pertinente por meio de comparações com autores de estudos similares publicados em bibliografias disponíveis, chegando-se a conclusões e emitindo recomendações.

6.5 Aspectos éticos e legais

O estudo obedecerá aos preceitos éticos e legais constantes na Resolução/MS No 466/2012 que trata sobre pesquisas envolvendo seres humanos. Serão explicados os objetivos do estudo e se aceitarem participar, os pacientes assinarão o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

7 CRONOGRAMA

CRONOGRAMA DE ATIVIDADES ANO 2015							
Atividades	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul
Busca da informação científica	X	X	X	X	X	X	X
Aplicação do questionário para o diagnóstico inicial da situação polêmica	X						
Avaliação dos resultados do diagnóstico inicial	X						
Planejamento e coordenação das atividades educativas		X					
Implementar as atividades educativas		X	X	X	X		
Aplicação do questionário depois da intervenção						X	
Avaliação dos resultados depois da intervenção						X	
Confecção do relatório final							X
Apresentação da investigação							X

8 RECURSOS NECESSÁRIOS

Os recursos materiais utilizados no plano de intervenção serão:

- Quadro branco.
- Pincel para quadro branco.
- Computador e data show.
- Vídeos.
- 1 Resma de folhas.
- Canetas.

Como recursos Humanos, participarão do estudo:

- 75 pacientes hipertensos selecionados.
- Integrantes da equipe de saúde.
- Gestores de saúde.

Os custos serão fornecidos pela Secretaria de Saúde.

9 RESULTADOS ESPERADOS

Ao final do plano de intervenção, espera-se elevar o nível de conhecimentos dos pacientes em relação aos fatores de riscos associados à Hipertensão Arterial, estimular a mudança de hábitos e estilo de vida, obter melhor controle da pressão arterial dos pacientes, com vistas à diminuição da morbimortalidade e hospitalizações por complicações decorrentes da doença. Além disso, busca-se sensibilizar a gestão para oferecer maior disponibilidade de remédios anti-hipertensivos na atenção primária de saúde e recursos necessários para intervenções educativas.

REFERÊNCIAS

- AIDA, et al. *O método demonstrativo*. Disponível em: <http://formadoresmalaquias.blogspot.com/2010/02/o-metodo-demonstrativo-sergio-aida.html>. Acesso em 13 de Agosto de 2013.
- ASSIS et al. Promoção de saúde em pacientes hipertensos, diminuindo custos e aumentando qualidades de vida. Monte Castelo, Ceará. 2010.
- Bhatt D.; Flather, M. Manual de Síndromes Coronárias Agudas. 2008. Rev. médica Publishing. OPS: 2008:22.
- III Consenso de Hipertensão Arterial. São Paulo, Fevereiro, 1998. Disponível em <http://departamentos.cardiol.br/dha/consenso3/consenso3.asp>. Acessado em 8 Fevereiro de 2015).
- Cosentino E. Crises Hipertensivas. Guia Prática de Hipertensão Arterial. Momento Médico Ibero-americano; OPS. 2010: 7-23.
- V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. Brasil, 2006. Disponível em <http://departamentos.cardiol.br/dha/vdiretriz/vidiretriz>. Acessado em 8 de fevereiro de 2015.
- Delgado Cruz A, et al. Hipertensão arterial e Saúde. [CD ROM]. Adolesça. Santiago de Cuba. Cuba. 2009.
- Dos Santos Mara, Elisangela; Pohl, Leoni Terezinha; Barrios Nuevo, Vanessa; Vendruscolo, Carine; Ferras, Lucimare. Promoção da saúde da pessoa com Hipertensão Arterial e/ou Diabetes Mellitus: relatos de uma prática assistencial de enfermagem. Revista de Saúde Pública de Santa Catarina. Vol.4 (1). 2011. Em: <http://www.esp.saude.sc.gov.br/sistemas/revistas/index.php>. Acessado em 7 out. de 2014.
- Erkow R, Beers; Fletcher, A.J. Manual Merck de informação médica para a casa. Espanha. [CD ROM]. Oceano; 2008.
- Farreras M. Manual de medicina Interna. [CD ROM]. Edição IX. Espanha. 2000.
- Ferreira, C & Póvoa, R.: Hipertensão Arterial e Coração: In Amodeo, C.; Lima, E.G. & Vasquez, E. C. - Hipertensão Arterial - São Paulo: Editora Sarvier, 1997: pp. 133-140. Em: emedix.uol.com.br/doi/car001_1i_hipertensao.php; Brasil. 2012. Acessado em: 23 de set. 2014.
- Flórez J, Armijo; Mediavilla J.A. Fármacos Antihipertensores. Em: Farmacologia Humana. 4 ed. Barcelona. 2007: 97-08.

Gainza Lores, S. Caracterização dos pacientes hipertensos atendidos nos serviços de urgência médica. [trabalho para optar por o título de Masters em Urgência Médica. II grau em Medicina Geral Integral]. Habana 2007.

Gomes Guedes, Nirla et al.. Intervenções de enfermagem relacionadas com promoção de saúde em portadores de hipertensão. Doutorado de Enfermagem. UFC Ceará. 2012, 25(1): 151-156.

González Valcárcel, B. Comunicação social em Saúde. Dossier Maestria em Promoção e Educação para a Saúde. Escola Nacional de Saúde Pública, A Habana, 2008: 1-48.

Gorostidi Pérez, M; Da Serra Iserte, A. Guia sobre o Diagnóstico e o Tratamento da Hipertensão Arterial em Espanha. 2010; 19 Suplemento 5: 51-74.

Hernández, R.; Hernández, M.J. Estado da Hipertensão e Saúde Cardiovascular em nações Latinoamericanas. Barquisimeto: Fundaeducó UCLA; Venezuela. 2008; 6-24.

Hipertensão Arterial. Guia para a prevenção, diagnóstico e tratamento. A Habana 2008: 5-15.

Kearney, P.M; Whelton, M. Global burden of hypertension; analysis of world. Lancet 2005; 65: 217 – 23.

López, R.; Hernández, P. A tensão arterial em a saúde da gestante e a criança. Barquisimeto: Fundaeducó UCLA; Venezuela. 2008; 16-24.

Luzardo Pintó, K. Fatores de riscos modificáveis na hipertensão arterial. Ed. Quetzal. Guatemala: 2009: 55.

MACINKO, J.; GUANAIS, F. C.; SOUZA, M. F. M. Evaluation of the impact of the Family Health Program on infant mortality in Brazil: 1990-2002. J. Epidemiol. Community Health, v. 60, n. 1, p. 13-19, 2006.

Ministério da Saúde. Norma operacional de assistência à saúde – NOAS-SUS - 01/02. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde, 2002.

Ministério da Saúde. Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão arterial e ao Diabetes Mellitus. Manual de Hipertensão arterial e Diabetes mellitus. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde, 2001.

Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de análise de situação de saúde. Saúde Brasil 2005: Uma análise da situação de saúde no Brasil. Brasília, 2005.

Mont Alverne Silva, A. et al. Hipertensão Arterial Sistêmica, Caderno de atenção básica numero 15, Brasília. 2006: p. 25-27.

Montalvo Mir O. Fatores de riscos modificáveis na hipertensão arterial em uma comunidade andina [trabalho para optar por o título de especialista de primer grau em Medicina Geral Integral] 2006. Policlínico “Plaza”. Habana 30-9.

Pinto P, R; Ferreira B, L. Como diagnosticar a Hipertensão Arterial Sistêmica. São Paulo, rev. V.65 n12. Nov. 2008: p. 74-84. Em: <http://www.moreirajr.com.br/ver.asp>. Acesso em 7 out. 2014.

Poole-Wilson, P.A. Effect of long-actin nifedipine on mortality and cardiovascular morbidity in patients with stable angina requiring treatment (ACTION trial) randomised controlled trial. *Lancet*. OMS. 2011, 364; 849-857.

Renner SBA, Franco RR, Berlezi EM, Bertholo LC. Associação da hipertensão arterial com fatores de riscos cardiovasculares em hipertensos de Ijuí, RS. *Rev Bras Anal Clin* 2008; 40(4): 261-66.

Rizoneide N, Araujo; Silva A, R. Atuação do ACS na promoção da saúde e prevenção de doenças. *Rev. Bras. Enferm.* 2004. Jan/fev, 57(1): 19-25.

Roca Goderich R. *Temas de medicina interna*. t 1. 4 ed. A Habana: Ciências Médicas; 2002. p. 3–19.

Rozman C, Cardellach F. *Tratado de Medicina Interna*. 14 ed. Madrid: Ed. Harcourt, S.A. Espanha; 2011:51.

Saraiva KRO, Santos ZMSA, Landim FLP, Teixeira AC. Saber do familiar na adesão da pessoa hipertensa ao tratamento: análise com base na educação popular em saúde. *Texto e Contexto Enfermagem*. 2007, 16(2): 263–70 [citado em outubro de 2009].

Senis Lora, A. *Evolução e controle da hipertensão arterial em Barcelona. Resultados do estudo*. Madrid; 2008; 21-9.

Sociedade Brasileira de Hipertensão-SBH. *VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial*. São Paulo; 2010.

Sociedade Espanhola de Hipertensão Arterial: *Guia Espanhola de Hipertensão Arterial* 2005; 22 Supl. 2: 70 – 83; 2: 47, 57, 2: 3–8.

APÊNDICES

APÊNDICE 1

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Estou desenvolvendo uma pesquisa-intervenção intitulada “AÇÕES DE PROMOÇÃO DA SAÚDE PARA DIMINUIR COMPLICAÇÕES DA HIPERTENSÃO ARTERIAL EM UMA UNIDADE DE SAÚDE” que tem por objetivos: Caracterizar os pacientes hipertensos cadastrados na unidade de saúde de Soledade, segundo dados sócio-demográficos: idade, sexo, ocupação, nível de conhecimento sobre Hipertensão Arterial Sistêmica, planejar ações de promoção de saúde voltadas para a população hipertensa, realizar ações de educação em saúde aos Agentes Comunitários direcionadas a promoção de saúde de pacientes hipertensos e realizar grupos educativos de hipertensos acerca da doença, tratamento, complicações e autocuidado.

Assim, gostaria de contar com a sua participação, permitindo que possamos avaliá-lo. A você será garantido o sigilo de todas as informações, bem como o direito de recusar-se a participar da pesquisa a qualquer momento, sem que isso lhe traga prejuízo. Além disso, garantimos que o seu anonimato será mantido.

Os dados e as informações coletadas serão utilizados para compor os resultados da investigação, as quais serão publicadas em periódicos e apresentadas em eventos científicos, além de proporcionar benefícios que irão ampliar a visão dos gestores de saúde, a fim de estabelecer políticas que melhorarão a qualidade do serviço.

Todos os participantes têm a segurança de receber esclarecimento a qualquer dúvida sobre a pesquisa. Pesquisador: Edgardo de Jesús Morales Garcés. Rua Felipe Sampaio, Residencial D´Veras Bordados N. 288, apto 301, centro, Itapagé. Tel: (85) 97868002. Orientadora da pesquisa: Profa. Ms. Shéri da Karanini Paz De Oliveira. Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará.

Consentimento pós-esclarecido

Eu, _____, declaro que fui suficientemente esclarecido pelo pesquisador e que entendi o que foi me explicado sobre a pesquisa intitulada “AÇÕES DE PROMOÇÃO DA SAÚDE PARA DIMINUIR

COMPLICAÇÕES DA HIPERTENSÃO ARTERIAL EM UMA UNIDADE DE SAÚDE”,
logo concordo livremente em participar da mesma.

Fortaleza, / /2015.

Ass./Rubrica do Participante: _____



Digital do sujeito da pesquisa

Ass. do Pesquisador: _____

APÊNDICE 2

Questionário diagnóstico para identificar os fatores determinantes na hipertensão arterial.

Estamos realizando uma investigação com o objetivo de elevar o nível de conhecimento sobre Hipertensão Arterial na população de Soledade, sua cooperação será muito útil para a obtenção de os resultados.

Dados gerais:

Sexo 1. M ____ 2. F ____ Idade: ____

Ocupação:

- Dona de casa. ____
- Estudante. ____
- Trabalhador. ____
- Desempregado. ____
- Aposentado. ____

1. Responda verdadeiro (V) o falso (F) o que você considera como (HAS).

- a) ____ Elevação dos níveis de colesterol.
- b) ____ Elevação da pressão arterial por acima de 140- 90 mmhg.
- c) ____ Elevação dos níveis de glicemia.

2. Responda verdadeiro (V) ou falso (F) os sintomas e sinais que você considere de HAS.

- a) ____ Cefaleia.
- b) ____ Zumbido de ouvidos.
- c) ____ Febre elevada.
- d) ____ Dor lombar.

3. Dos seguintes fatores de risco, marque verdadeiro (V) ou falso (F) os que você associa com a HAS.

- a) ____ Consumo excessivo de sal.
- b) ____ Consumo excessivo de gordura.
- c) ____ Stress.

- d) ___ Obesidade.
- e) ___ Fator hereditário.
- f) ___ Realizar exercícios físicos.
- g) ___ Consumir frutas y vegetais.

4. Marque com uma X as complicações da HAS que conhece:

- a) Angina de peito ___
- b) Insuficiência cardíaca ___
- c) Gastrites ___
- d) Insuficiência renal ___
- e) Úlcera gástrica ___
- f) Isquemia cerebral ___

5. Marque com uma X a afirmação que considere correta.

- a) ___ Para uma adequada medição da pressão arterial o paciente deve estar sentado ao menos 10 minutos, no houver ingerido bebidas alcoólicas ou café 30 minutos antes, não ter feito exercícios 30 minutos antes.
- b) ___ Os valores de pressão arterial que são medidos em ambos os membros superiores devem ser iguais.
- c) ___ Um paciente com os membros superiores amputados não se pode tomar a pressão arterial.

6. Uma vez que seja diagnosticado com HAS você poderia, marque com uma X a resposta correta.

- a) ___ Automedicar-se em sua casa para diminuir as cifras de pressão arterial.
- b) ___ Acudir ao médico para iniciar tratamento.
- c) ___ Não preocupar-se por ter cifras de pressão altas.