



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE SAÚDE PÚBLICA
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO MULTIPROFISSIONAL NA ATENÇÃO BÁSICA 2015

Yohania Agüero Adelit

Projeto de intervenção para promoção da saúde e
prevenção das complicações da Hipertensão Arterial
Sistêmica dos usuários da Unidade Básica de Saúde
Guará em Guarapuava - PR

Florianópolis, Março de 2016

Yohania Agüero Adelit

Projeto de intervenção para promoção da saúde e prevenção das complicações da Hipertensão Arterial Sistêmica dos usuários da Unidade Básica de Saúde Guará em Guarapuava - PR

Monografia apresentada ao Curso de Especializa Multiprofissional na Aten Básica da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito para obteno do título de Especialista na Aten Básica.

Orientador: Michelle Kuntz Durand
Coordenador do Curso: Prof. Dr. Antonio Fernando Boing

Florianópolis, Março de 2016

Yohania Agüero Adelit

Projeto de intervenção para promoção da saúde e prevenção das complicações da Hipertensão Arterial Sistêmica dos usuários da Unidade Básica de Saúde Guará em Guarapuava - PR

Essa monografia foi julgada adequada para obtenção do título de “Especialista na atenção básica”, e aprovada em sua forma final pelo Departamento de Saúde Pública da Universidade Federal de Santa Catarina.

Prof. Dr. Antonio Fernando Boing
Coordenador do Curso

Michelle Kuntz Durand
Orientador do trabalho

Florianópolis, Março de 2016

Resumo

A doença conhecida como Hipertensão Arterial Sistêmica é uma patologia crônica que exige atenção dos profissionais de saúde, comunidade e setores da sociedade diante da alta prevalência e morbimortalidade, bem como uma atenção integral que dê ênfase na promoção, educação em saúde e acompanhamento especializado dos pacientes. Na Unidade de Saúde Guará, a Hipertensão é um dos principais motivos de consultas dos usuários e é identificada pela equipe como um dos problemas de saúde mais frequentes. Assim, decidimos trabalhar esse tema no projeto de intervenção. Objetivamos realizar intervenções com foco na educação em saúde e qualidade de vida de portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica da área de abrangência da Unidade de Saúde Guará, município de Guarapuava, estado do Paraná. Para se alcançar os objetivos propostos, serão realizadas ações de educação em saúde para os usuários; orientação sobre a importância do autocuidado; ações para estimular mudanças efetivas no estilo de vida e diminuir as complicações resultantes do controle inadequado da Hipertensão Arterial, além de ações para organização do processo de trabalho da equipe de saúde para melhor atendimento aos usuários que possuem a doença ou fatores de risco para desenvolvimento da mesma. Com esta intervenção, pretendemos que os usuários portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica conheçam todas as informações necessárias para seu autocuidado, alcançar maior adesão ao tratamento, mudanças efetivas no estilo de vida dos usuários e redução das complicações resultantes do controle inadequado desta patologia. Pretendemos ainda evitar a aparição da doença em pessoas de risco ou retardar o começo da mesma. Destaca-se que os resultados serão de médio a longo prazo, com o trabalho sustentado e sistemático de todos os membros da equipe.

Palavras-chave: Hipertensão, Promoção da Saúde, Saúde da Família, Atenção Primária à Saúde

Sumário

| | | |
|-----|--|----|
| 1 | INTRODUÇÃO | 9 |
| 2 | OBJETIVOS | 15 |
| 2.1 | Objetivo Geral | 15 |
| 2.2 | Objetivos Específicos | 15 |
| 3 | REVISÃO DA LITERATURA | 17 |
| 4 | METODOLOGIA | 21 |
| 5 | RESULTADOS ESPERADOS | 23 |
| | REFERÊNCIAS | 25 |

1 Introdução

Sou médica cubana que integro o Programa Mais Médico Para Brasil, estou trabalhando na Unidade com Estratégia de Saúde da Família (ESF) Guará localizado no Distrito do Guará, fundado no ano 1951 pela Lei 790/51 de 14/11/1951. Situa-se a 25 quilômetros da área urbana do município de Guarapuava, estado Paraná.

O município de "Guarapuava" deriva do termo "agûarâpuaba", que significa "lugar do barulho dos lobos-guarás" (guará, lobo-guará + pu, barulho + aba, lugar). É o segundo em extensão e o nono mais populoso, com 176 973 habitantes no Paraná, segundo estimativas do IBGE de 2014. Considerado um polo regional de desenvolvimento com forte influência sobre os municípios vizinhos, faz parte também de um entroncamento rodoferroviário de importância nacional denominado corredor do Mercosul, entre os municípios de Foz do Iguaçu e Curitiba. Sua localização no alto do Terceiro Planalto Paranaense faz de Guarapuava um dos municípios mais frios do estado, com eventuais registros de neve. É ainda o maior produtor brasileiro de cevada e possui uma das maiores fábricas de malte do mundo, responsável por vinte por cento da produção nacional.

O distrito de Guará está a 1.186 metros acima do nível do mar. Com quase 4 mil habitantes, tem na maioria de seus moradores integrantes de assentamentos e pequenas propriedades rurais.

Em nossa comunidade destacam-se as seguintes organizações: Movimento dos Sem Terras (MST), fundado em 1999 e Pastoral da Criança. Nossos líderes comunitários são: o Padre da Igreja Católica, o Pastor da Igreja Evangélica e os diretores das escolas. Dispomos de duas escolas, uma escola Municipal de Ensino Básico: Sofia Horst e uma escola estadual de Ensino Fundamental e Médio: Maria de Jesus. Dispõe de uma Unidade Básica de Saúde (UBS) que atende a população da vila e demais assentamentos de segunda a sexta feira das 8:00 as 17:00 horas. Existe uma Igreja Católica e uma Igreja Evangélica. A comunidade dispõe também do Posto da Polícia Militar que cuida da segurança da nossa população. As áreas de maior risco ambiental e socioeconômico são: Arroeira e Papoao, área de preservação ambiental. Os fatores de risco são: Indústrias Madeireiras e Carvoeiras que poluem o meio ambiente devido a grande liberação de fumaça, presença da BR 277 com grande fluxo de veículos, destacamos também a falta de saneamento básico, pois não dispomos de rede de esgoto.

Estão cadastrados em nossa unidade de saúde 864 domicílios no total 2656 pessoas. O destino de lixo é 50,4 % queimado/ enterrado, 35% coleta pública. O abastecimento de água é 56,9, no poço ou nascente, 33,1 % e o restante na rede pública. As casas são 50,1 % de madeira, 27,9 % de tijolo. 80% dos domicílios tem energia elétrica. Referente a renda familiar estima-se que 80 % da população ganha em torno a 1 salário mínimo. Grande parte da população participa de programas sociais. O número de analfabetos é

em torno de 16,8 % da população.

O distrito Guará consta de uma sede com o mesmo nome onde fica nossa Unidade de Saúde e, além disso, tem mais 12 assentamentos. Ao realizar uma análise epidemiológica de nosso distrito podemos dizer que conta com um total de 2656 pessoas, todas moradoras da área rural, distribuídos em 1356 do sexo masculino (51.05%) e 1300 do sexo feminino (48.05 %). Com menos de 20 anos temos 956 (35.9 %). Entre 20 e 59 anos, 1372 (51.65 %) e com mais de 60 anos, 328 (13.2 %).

A Hipertensão Arterial (HAS) e Diabetes Mellitus (DM) são as duas doenças mais comuns ou multifatoriais com maior ndice de busca por consulta mdia no ano, tanto por monitoramento quanto por frequência de descompenso e aparecimento de complicaoes. Com isso, sua análise  um indicador muito importante da saúde de uma populaoo, o medidor, de fatores de risco que afligem a uma populaoo e de estratégias de saúde nas quais deveriam ser embasadas as equipes de saúde para melhorar a qualidade de vida da populaoo adstrita.

No distrito tínhamos registrados um total de 183 hipertensos e 36 diabéticos o que resultava de um sub-registro por parte do posto, hoje temos um total de 284 hipertensos e 67 diabéticos, deles apenas 20 casos novos de hipertensão e 5 casos novos de diabetes, os restantes foram pacientes que já eram hipertensos e diabéticos e não estavam registrados.

A equipe de saúde na qual faço parte realiza acompanhamento de pessoas com HAS, DM. Primeiro  realizado através do acompanhamento feito pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), nas visitas domiciliares, preenchendo suas fichas B do Sistema de Informaoo da Atenoo Básica (SIAB), para ao final do mês na reunioo da equipe consolidar os dados e preencher o relatório SSA2 do SIAB avaliando todos os indicadores e planejando aoes para intervir no próximo mês como por exemplo: quantos diabéticos não foram visitados e porque e assim traçar um plano de aoes e poder acompanhar no próximo mês. Outro acompanhamento  realizado na unidade de saúde através de agendamento, na demanda continuada com consulta do médico e da enfermeira da equipe, eu acho que o monitoramento contínuo pela equipe de saúde da família também  vital na estratificaoo de risco da comunidade, diagnóstico precoce das complicaoes e novos casos, apoio psicológico ao paciente e sua família, bem como o controle e supervisoo do tratamento, o que objetivamente melhor pode alcançar a equipe básica de saúde.

Nossa UBS não apresenta nenhum paciente portador de Hanseníase nem de Tuberculose, mas  muito importante destacar que trabalhamos na pesquisa ativa de casos de ambas as doenças.

Referente as cinco queixas mais comuns que levaram a populaoo a procurar a unidade de saúde em 2014 foram a Hipertensoo Arterial Sistêmica, a Diabetes Mellitus, as Fibromialgia devido a populaoo realizar servioo pesado e as infecoes respiratórias altas e baixas devido ao clima frio que tem a regioo.

Na equipe de saúde do Guará realizamos a programooo dos atendimentos de acordo

com a demanda esperada identificada nos atendimentos. Também procura-se modificar o agendamento considerando os dados fornecidos pelo SIAB, para trabalhar sobre os fatores de risco que não são causa comum de consulta, com doenças menos frequentes e que tem necessidades contínuas de atendimento. Não é possível realizar medicina comunitária tendo em conta somente a demanda livre e espontânea. Referente ao número de óbitos em menores de 1 ano/ 2014, não tivemos nenhum óbito, só um parto prematuro (dado coletado junto ao relatório SSA2 do SIAB)

Aspectos favoráveis da evolução da assistência materno-infantil no distrito do Guará foram

- 1- A manutenção da cobertura universal da assistência hospitalar ao parto;
- 2- Percentual de crianças menores de um ano imunizadas de acordo com o esquema vacinal vigente para essa faixa etária, em determinado local e período;

Esse indicador estima a proporção da população infantil menor de 01 ano imunizada de acordo com o esquema vacinal preconizado pelo Programa Nacional de Imunização (PNI). A meta operacional básica do Programa Nacional de Imunização (PNI) é vacinar 100% das crianças menores de 1 ano com todas as vacinas indicadas no calendário básico.

Função do Indicador no PMAQ: Avaliação de Desempenho.

Ações que promovem a melhoria do indicador:

- 1- Busca ativa das crianças menores de 01 ano na área de abrangência da equipe e atualização periódica do cadastro no Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB), por meio de visitas domiciliares regulares, verificação da situação vacinal na Caderneta de Saúde da Criança em todos os atendimentos, aproveitando oportunidades para atualizar o esquema vacinal e orientar as famílias sobre a sua importância;

- 2- Monitoramento periódico desse indicador: com vistas e programação de ações para melhoria da cobertura vacinal: campanhas, busca ativa, ações educativas, flexibilização de horários de atendimento, mutirões de imunização em áreas de difícil acesso, etc;

Proporção de gestantes que tiveram 07 ou mais consultas durante o Pré-natal/2014

De um total de 27 gestantes cadastradas, 24 tiveram mais de 07 consultas para um 88.8%.

A expansão substancial conjunto mãe-filho na maternidade, o aumento no número de consultas de puericultura no primeiro ano de vida feita pela enfermeira e eu e, sobretudo a universalização da cobertura das vacinas BCG, Tríplice e Anti-sarampo.

Aspecto desfavorável foi a não expansão da Puericultura após o primeiro ano de vida na unidade de saúde, ficando assim o serviço de puericultura debilitado no ano 2014 retomado em este ano 2015 com consultas de Puericultura com seguimento mensal em o menor de 01 ano e trimestral em crianças maiores de 1 ano.

Causas de morbidade hospitalar e mortalidade no ano 2014 foram: Câncer, IRAS, Pneumonias, Doenças diarreicas.

As cinco principais causas de internação dos idosos residentes do meu bairro no ano 2014 foram: IRAS, DPOC, Cardiopatias, Pneumonias, Quedas.

O distrito tem características próprias devidas a influencia da comunidade polaca que é maioria na comunidade, com isso está incutida em sua cultura hábitos alimentares que propiciam o aumento de HAS, DM, outras também como Hiperlipidêmicas, o clima frio também é desfavorável, a presença de fábricas de madeira que propiciam a aparição de doenças respiratórias, o movimento dos sem terra que exercem atividades com grande esforço físico, aumentando o índice de doença osteomioarticulares.

Para a elaboração deste projeto de intervenção, foi primeiramente realizado uma análise dos dados da ESF Guará na base estatística municipal com especial interesse na morbimortalidade no último ano e os dados aportados pelo SIAB. Posteriormente, realizou-se uma reunião da equipe para discutir os principais problemas que cada um dos membros percebe como prioritário, e depois conversamos com os líderes comunitários e algumas pessoas da comunidade que foram selecionadas de maneira aleatória simples. De todos os problemas identificados, escolhidos de acordo com a seguinte tabela, optamos pelos cinco primeiros para nosso diagnóstico.

Problemas identificados

Pacientes hipertensos e diabéticos sem controle dessas doenças e com complicações das mesmas;

Consumo abusivo de medicamentos psicofármacos;

Aumento dos casos de gravidez na adolescência;

Uso de drogas ilegais;

Ruas em mal estado de construção e sem rede de drenagem adequada.

Os critérios utilizados na priorização dos problemas foram:

*Problema;

*Magnitude;

*Transcendência;

*Vulnerabilidade;

*Urgência;

*Custo total.

O problema eleito para ser trabalhado neste projeto de intervenção foi o elevado número de pacientes hipertensos e diabéticos sem controle dessas doenças e com complicações das mesmas.

Ao descrevermos o problema percebemos que nem todos os pacientes com HAS e DM encontram-se cadastrados, isto provoca irregularidade no acompanhamento desses pacientes de acordo com o protocolo e nem sempre é possível prevenir as complicações, além disso, os pacientes não fazem dieta adequada nem exercícios físicos, ou seja não têm controle dos fatores de risco.

Referente as causas, percebemos uma restrita orientação dos pacientes voltado a prevenção. Importante salientar também que a área de abrangência é maior do que a considerada para um médico da medicina da família, o que dificulta o planejamento de horas adequadas para educação e prevenção.

Como consequência, destacamos o aumento das mortalidades cardiovasculares (Infarto do Miocárdio Agudo e Acidentes Cerebrais Vasculares); maior ocorrência de complicações decorrentes dessas doenças; maior ocorrência de incapacidades, aumento dos gastos com internações e tratamento para essas complicações e suas sequelas.

Justificativa

A Hipertensão Arterial Sistêmica tem alta prevalência e baixas taxas de controle, é considerado um dos principais fatores de risco modificáveis e um dos mais importantes problemas de saúde pública. A mortalidade por doença cardiovascular aumenta progressivamente com a elevação da pressão arterial (PA) a partir de 115/75 mmHg de forma linear, contínua e independente; constitui o problema médico sanitário mais importante da medicina contemporânea em nossa comunidade, sendo o controle da mesma, a pedra angular de trabalho para diminuir de forma significativa a morbimortalidade por doenças cérebro vasculares e renais.

O projeto é oportuno neste momento para evitar aumento da mortalidade por Infarto do Miocárdio Agudo e Acidentes Encefálicos Vasculares e doenças renais; maior ocorrência de complicações decorrentes dessa doença; maior ocorrência de incapacidades, aumento dos gastos com internações e tratamento para essas complicações e suas sequelas. Destaca-se também o interesse da comunidade e da unidade de saúde em se eleger este tema, sendo de fácil execução no trabalho diário e não havendo necessidade de muitos recursos. Com isto, pretende-se melhorar a qualidade de vida dos pacientes hipertensos e a morbimortalidade por esta doença.

2 Objetivos

2.1 Objetivo Geral

Realizar intervenções com foco na educação em saúde e qualidade de vida de portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica da área de abrangência da Unidade de Saúde Guará, município de Guarapuava.

2.2 Objetivos Específicos

- Estimular a educação em saúde aos pacientes portadores de hipertensão arterial sistêmica;
- Pesquisar 100% dos pacientes maiores de 18 anos em busca de novos casos de hipertensão arterial na população;
- Estimular mudanças efetivas no estilo de vida.

3 Revisão da Literatura

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é um dos principais problemas de saúde na população brasileira, incluindo a comunidade do Guara, município Guarapuava, tanto pela prevalência e incidência, como pelas complicações que afetam os pacientes. A HAS é uma patologia crônica que atinge muitas pessoas em todo o mundo, tornando-se por isso uma questão de saúde pública e uma preocupação para os profissionais de saúde. É fundamental a realização de trabalhos sobre esse tema, considerando o crescimento constante no número de pessoas com Hipertensão, as complicações decorrentes do não controle e o fato de se tratar de um agravamento de evolução silenciosa (RIBEIRO, 2003).

A Hipertensão Arterial é uma doença que eleva os níveis de pressão sanguínea nas artérias, o que faz com que o coração tenha que exercer um esforço maior do que o normal para fazer circular o sangue através dos vasos sanguíneos. Ela envolve duas medidas, Pressão Arterial Sistólica (PAS) e Pressão Arterial Diastólica (PAD) referente ao período em que o músculo cardíaco está contraído (PAS) ou relaxado (PAD) (RIBEIRO, 2003).

A HAS segundo (RIBEIRO, 2003) é definida como uma PAS superior a 140 mmHg e uma PAD maior que 90 mmHg, baseada em duas ou mais mensurações de pressão arterial, sendo os mesmos níveis definidos no Consenso Brasileiro de Hipertensão Arterial. É uma morbidade habitualmente silenciosa em suas apresentações mais frequentes, se definindo pela presença de níveis tensionais elevados, com repercussões importantes para o sistema cardiovascular e renovascular, acompanhada frequentemente de significativa expressão nos indicadores de saúde da população. O diagnóstico e tratamento precoce são fundamentais para a redução do risco cardiovascular associado.

A Hipertensão Arterial é considerada uma doença crônica, com longo curso assintomático, evolução clínica lenta, prolongada e permanente, podendo evoluir para complicações. Sendo um dos fatores de morbidade cardiovascular e cerebrovascular (OIGMAM; NEVES, 1999).

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2006), a hipertensão arterial sistêmica (HAS) é um problema grave de saúde pública no Brasil e no mundo, que pode levar a complicações cardiovasculares, cerebrovasculares e renais, sendo responsável dos 40 % das mortes por acidente vascular cerebral, 25 % das mortes por doença arterial coronariana e 50% dos casos de insuficiência renal terminal, junto com a diabete. A prevalência na população urbana adulta brasileira varia de 22,3% a 43,9% e em nossa área è de 23% coincidindo com a revisão.

De acordo com Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), no ano de 2000 as pessoas com mais de 60 anos, no Brasil, alcançavam aproximadamente os 15 milhões, em 2010 teve um incremento de 8,6 % a 11 %, chegando, neste ano, a mais 20 milhões de idosos. Segundo estimativas, em 2025 o país terá mais de 30 milhões de idosos e

aproximadamente 85 % apresentarão pelo menos uma doença (([IBGE](#)), 2013).

Segundo [Mendes](#) (2008), as elevações da pressão arterial podem aparecer em qualquer indivíduo independentemente da faixa etária da vida, mas as pessoas com mais de 60 anos apresentam até 60% de possibilidades de desenvolvimento da doença.

A hipertensão arterial configura-se, atualmente, como um dos principais fatores de risco para doenças cardiovasculares, com consequências significativas para a saúde pública. A pressão alta abrange cerca de 30% da população adulta brasileira, sendo que na terceira idade o índice é de mais de 50% e está presente em 5% das crianças e adolescentes no Brasil (BRASIL, 2002 apud [GUIMARÃES; MEDEIROS](#), 2007).

Assim, segundo [BRASIL](#) (2006, p. 14), “hipertensão arterial é definida como pressão arterial sistólica maior ou igual 140 mmHg e uma pressão arterial diastólica maior ou igual 90 mmHg”. O aparecimento da hipertensão arterial é consequência de uma combinação de fatores ambientais e predisposição genética. Portanto, a hipertensão resulta de várias alterações estruturais que tanto amplificam o estímulo hipertensivo, quanto causam dano cardiovascular ([NOBRE; LIMA](#), 2000).

Segundo o coletivo de autores [Barbosa, Lessa e Magalhães](#) (2006), a variação da pressão arterial tem muitas formas de classificar-se, descritas na literatura, sendo as mais utilizadas: hipertensão essencial e hipertensão secundária. Outra classificação: ótima, normal, limítrofe, hipertensão estágio 1, hipertensão estágio 2 e hipertensão estágio 3 .

A pressão arterial muito elevada, PAS superior a 120 mmHg, de aparecimento súbito, é designada por Urgência hipertensiva e pode acarretar muitas complicações e requer tratamento médico urgente 24 horas ([MENDES](#), 2008).

De acordo com os autores [Fisher](#) (2005) e [Fernandez et al.](#) (1998), a emergência hipertensiva é o aumento severo, súbito de pressão arterial que põe em perigo iminente a vida do paciente e precisado tratamento médico emergente (1 hora), se acompanha geralmente de lesões em órgãos alvos entre eles: encefalopatias hipertensiva, retinopatias hipertensivas, insuficiência cardíaca do ventrículo esquerdo, dispneia, insuficiência renal aguda.

Com o processo de envelhecimento das pessoas ocorre uma perda da elasticidade da parede dos vasos arteriais de grosso calibre, tornando-os mais rígido e dessa maneira aparece um aumento progressivo na pressão sistólica ([FERNANDEZ et al.](#), 1998). Os indivíduos se tornam mais vulneráveis a diferentes tipos de patologias principalmente crônicas degenerativas, devido aos hábitos de vida inadequados, como sedentarismo, uso de tabaco e álcool, hábitos alimentares ricos em comidas gordurosas, sal e açúcar, obesidade entre outros ([ZAITUNE et al.](#), 2006).

Também se descrevem outras causas, tais como:

- Atividade aumentada do sistema Renino-Angitensina-Aldosterona, com aumento do volume de líquido extracelular e resistência vascular sistêmica aumentada.

- Reabsorção renal de sódio, cloreto e água aumentada relacionada a uma variação

genética na forma como os rins manuseiam o sódio.

-Resistência a ação da insulina, que pode ser um fator comum ligado a hipertensão, diabetes tipo 2 , hipertrigliceridemia, obesidade e intolerância a glicose.

-Vasodilatação diminuída das arteríolas relacionadas com a disfunção do endotélio vascular.

- Disfunção do sistema nervoso autônomo com hiperatividade simpática (BRASIL, 2006).

O diagnóstico de HAS é basicamente realizado pela presença de níveis pressóricos permanentemente elevados acima dos limites de normalidade estabelecidos como normais. A pressão arterial tomada com métodos e condições apropriadas constitui o elemento mais importante do diagnóstico (MATTEO et al., 1993).

O procedimento de mensuração da pressão arterial deve ser realizado com o paciente na posição sentada, após repouso de pelo menos cinco minutos e com o braço posicionado na altura do coração (MATTEO et al., 1993).

Em pessoas sem diagnóstico prévio e com níveis de pressão arterial elevadas em única aferição, recomenda-se repetir a aferição de pressão arterial em diferente período antes de confirmar a presença de hipertensão arterial. A aferição da pressão arterial em mais de uma ocasião na unidade de saúde é recomendável para reduzir a ocorrência da hipertensão do avental branco que consiste na elevação da pressão arterial diante da simples presença do profissional de saúde no momento da medida da pressão arterial.

O controle da pressão arterial é geralmente insatisfatório a despeito dos protocolos e recomendações existentes e do maior acesso aos medicamentos. Os principais fatores que determinam um controle muito baixo da hipertensão arterial são: curso assintomático na maior parte dos casos de sub diagnóstico e tratamento inadequados, além da baixa adesão por parte dos usuários ao tratamento, constituindo uma questão problemática, pois na maioria das vezes a HAS é assintomática e os usuários não a encaram como um problema de saúde que necessita de tratamento. É difícil que eles aceitem que são doentes e necessitam de tratamento contínuo ((IBGE), 2013).

Há uma tendência ao aumento de pacientes com hipertensão no mundo e o Brasil não fica fora desse quadro. Além das dificuldades na realização da prevenção, a cultura alimentar do brasileiro não é favorável para a prevenção da mesma. É preciso levar informações à população e conhecimento a respeito do assunto, com a finalidade de trabalhar na prevenção deste problema. A Organização Mundial de Saúde (OMS) destaca que até 2025, o número de hipertensos nos países em desenvolvimento, como o Brasil, deverá crescer 80%. Número alarmante que colocam a HAS como um agravo de preocupação mundial (RIBEIRO, 2003).

No Brasil, de acordo com dados do Ministério da Saúde, cerca de 30 milhões de brasileiros têm hipertensão e há outros 12 milhões que ainda não sabem que possuem a doença. Uma pesquisa divulgada recentemente pelo Ministério da Saúde apontou que a proporção

de brasileiros diagnosticados com pressão alta cresceu de 21,5% em 2006 para 24,4% em 2009. Segundo o levantamento Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas (Vigitel 2011), a hipertensão arterial atinge 22,7% da população adulta brasileira. O diagnóstico em mulheres (25,4%) é mais comum do que entre os homens (19,5%). A frequência da doença avança com o passar dos anos. O planejamento de ações de promoção da saúde, prevenção da HSA e de cuidados aos usuários antes de desenvolverem o agravo é essencial para evitar as complicações, a queda na qualidade de vida da população e o gasto excessivo de recursos públicos (RIBEIRO, 2003).

Em 2001, o Ministério da Saúde (MS) propôs o Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica reconhecendo a importância da atenção básica na abordagem desses agravos, feita por meio do modelo de atenção programática denominado HIPERDIA (Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos), possibilitando o desenvolvimento de ações contínuas e de alta capilaridade (BRASIL, 2006, p. 14).

Essa proposta sugere que o cuidado ofertado deve ir além do binômio queixa-conduta, de modo que permita identificar portadores assintomáticos, monitorar o tratamento, estabelecer vínculos entre equipe de saúde-pacientes-cuidadores e realizar educação em saúde, incorporando a realidade social do paciente a esse processo, (Brasil Ministério da Saúde, 2001). . A equipe de saúde tem o papel fundamental no controle da HSA, devendo estreitar vínculo, com os pacientes, bem como pensar projetos terapêuticos singulares atentos às necessidades e modos de viver de cada usuário.

A Promoção da Saúde é viabilizada pela educação em saúde, processo político de formação para a cidadania ativa, para a ação transformadora da realidade social, e, principalmente, na busca da melhoria na qualidade de vida (PELICIONI; PELICIONI, 2007). A prática educativa pautada no diálogo e na troca de saberes valoriza o conhecimento popular, o estímulo e o respeito à autonomia do sujeito no cuidado de sua própria saúde, e o incentivo à participação ativa no controle social, com vistas a contribuir na melhoria das condições de vida e de saúde da população(FREIRE, 2011).

A educação em saúde é fundamental para as intervenções preventivas no âmbito comunitário, particularmente no que se refere às doenças crônicas. Entre elas, destaca-se a HAS, que conforme as estimativas da Organização Mundial de Saúde (OMS), no ano de 2000, atingia cerca de 177 milhões de portadores em todo o mundo. A expectativa é de que em 2025, este número chegue a 350 milhões de pessoas (BRASIL, 2006).

É evidente a necessidade da implantação de educação em saúde para pacientes com HAS. No momento da consulta há maior oportunidade de informá-los quanto à mudança de hábitos de vida, em conjunto com ações nas visitas domiciliares, nas reuniões de grupos, e nas atividades com educador físico. É essencial também aproveitar cada espaço de acompanhamento ao paciente para realizar atividades educativas que devem ser bem organizadas e programadas e que poderão resultar formas mais singulares de conviver

com o agravo e maior estímulo a desenvolver ações de autocuidado.

4 Metodologia

O presente projeto trata-se de uma estratégia de intervenção educativa que será realizada com a população maior de 18 anos, portadora de Hipertensão Arterial, além dos pacientes com fatores de risco, atendidos pela Equipe de Saúde da Família Guara, no município de Guarapuava, estado do Paraná. A ação terá dois objetivos fundamentais. O primeiro é evitar ou retardar o início da doença, mesmo que o indivíduo possua antecedentes familiares. A hereditariedade é um fator muito importante, é possível evitar ou retardar o aparecimento da hipertensão desde que se mantenha o peso controlado, pratique atividades físicas e evite o sedentarismo. O segundo objetivo é retardar ou evitar a aparição das complicações nos pacientes que já possuem diagnóstico da doença. Para isso, serão realizadas ações de educação em saúde para os usuários portadores de Hipertensão Arterial e sua família, orientando-os sobre a importância do autocuidado no tratamento e estimulando mudanças efetivas no estilo de vida dos usuários.

Os fatores de risco para hipertensão ou manifestações iniciais considerados no estudo serão: a) idade acima de 18 anos; (b) história familiar de hipertensão; (c) doença cardiovascular; (d) obesidade; (e) doenças renais; (f) níveis de HDL - colesterol < 35 mg/dL ou triglicérides > 250 mg/dL; (g) portadores de problemas das glândulas tiroides ou suprarrenais; (g) consumo excessivo de álcool e (h) uso de drogas que podem elevar a PA (corticosteroides e comprimidos anticoncepcionais).

Todos os pacientes incluídos no estudo serão avaliados clinicamente e serão realizados exames de laboratório para identificar: pacientes com fatores de risco e pacientes com Hipertensão que já apresentam complicações.

A intervenção contemplará as seguintes ações:

1) AÇÕES DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE PARA OS USUÁRIOS COM HAS:

Serão realizadas pelo médico e enfermeira da equipe, nas reuniões de grupo, duas vezes por mês, com apoio e participação de toda a equipe, da psicóloga, do educador físico, da nutricionista e outros especialistas, caso seja necessário. Propomos como atividades momentos de rodas de conversa e atividades educativas como teatros, apresentações, chuva de ideias e outros métodos de atividades para educação em saúde, segundo os temas que serão tratados. Os grupos terão duração de 2 horas e serão tratados temas como: alimentação, exercício físico, informações sobre a doença, fatores de risco, complicações e outros temas que sejam solicitados pelos usuários na troca de ideias ou que sejam preciso no desenvolvimento das ações.

2) ORIENTAR OS USUÁRIOS SOBRE A IMPORTÂNCIA DO AUTO CUIDADO

Será feita pelo médico e enfermeira da equipe, nas reuniões de grupo, nas consultas, na sala de espera. Aqui participam também os técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde nas visitas domiciliares. Será necessário alternar conversas, teatros,

apresentações, chuva de ideias, e outros métodos de atividades para educação em saúde, segundo os temas que serão tratados. Os grupos terão duração de 2 horas, duas vezes por mês. As rodas de conversas serão de aproximadamente 15 minutos e serão tratados temas como: prevenção da doença, prevenção das complicações, saúde alimentaria e estilo de vida.

3) ESTIMULAR MUDANÇAS EFETIVAS NO ESTILO DE VIDA DOS USUÁRIOS

Será pelo médico, enfermeira e técnicos de enfermagem da equipe, nas reuniões de grupo, nas consultas, na sala de espera. Segundo as possibilidades, no transcorrer do trabalho poderão ser planejadas atividades para a prática de exercícios físicos. Os grupos terão duração de 2 horas, duas vezes por mês e os encontros de conversas na sala de espera serão de 15 minutos.

4) DIMINUIR AS COMPLICAÇÕES RESULTANTES DO CONTROLE INADEQUADO DA HAS

Será feita pelo médico e enfermeira da equipe nas consultas. Serão realizados 2 grupos para usuários com HAS, no mês, onde receberão educação em saúde com ajuda do reabilitador físico, nutricionista, psicólogo além dos profissionais da equipe. Será necessário alternar conversas, teatros, apresentações, chuva de ideias, e outros métodos de atividades para educação em saúde. Os grupos terão duração de 2 horas, duas vezes por mês e as salas de espera serão de 15 minutos. Os temas para ser tratados estarão em correspondência com as necessidades individuais e coletivas identificadas e as que forem solicitadas na interação com os pacientes.

5) ORGANIZAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO PARA ATENDIMENTO AOS USUÁRIOS COM HAS

Será feita por médico e enfermeira da equipe nas consultas e visitas domiciliares com organização de dois ou mais consultas, por ano, para cada usuário, segundo a necessidade do paciente. As ações ofertadas são as seguintes: (a) identificação de usuários com fatores de risco; (b) diagnóstico precoce em usuários com fatores de risco; (c) diagnóstico precoce das complicações; (d) controle da Hipertensão Arterial; (e) busca ativa de casos por meio de visita domiciliar; (f) tratamento de casos; (g) educação terapêutica em hipertensão; (h) fornecimento de medicamentos; (l) realização ou referência laboratorial para apoio ao diagnóstico de complicações e (m) referência para ECG.

A estratégia será realizada no período de maio 2016 até maio 2017 pelos profissionais da equipe e com a colaboração de psicólogos, nutricionistas e professor de educação física. Serão utilizadas as salas da unidade básica de saúde e algumas instituições sociais do bairro, como escola e igreja e se utilizarão recursos materiais como computador onde se processará a informação.

5 Resultados Esperados

A Hipertensão Arterial é uma patologia crônica cujo diagnóstico, muitas vezes, não é realizado devido à ausência de sintomas. Como, na maioria das vezes, é acompanhada de várias complicações, exige uma atenção maior por parte dos profissionais de saúde e demais setores da sociedade diante da sua alta prevalência e morbimortalidade, bem como, exigindo uma atenção mais integral que dê ênfase à promoção da saúde, educação em saúde e acompanhamento especializado dos pacientes, não só no que diz respeito os fatores de risco, mas a todos os determinantes da qualidade de vida das pessoas.

A prevenção e o controle intensivo da hipertensão dependem de ações de educação em saúde para todos e sua finalidade é sensibilizar e estimular a mudança na maneira de agir dos pacientes com relação às medidas de autocuidado, promovendo sua efetiva adesão. Trata-se de um método de baixo custo, que não requer tempo extra e o envolvimento de outras pessoas além dos profissionais de saúde da rede.

Com nosso trabalho, pretendemos que os usuários portadores de Hipertensão Arterial conheçam todas as informações necessárias para seu autocuidado, que exista uma maior adesão ao tratamento, que aconteçam mudanças efetivas no estilo de vida dos usuários e redução das complicações resultantes do controle inadequado da Hipertensão Arterial, assim como, busca-se evitar a aparição da doença em pessoas de risco ou retardar o começo desta.

Também se espera utilizar o contexto do trabalho diário sem a necessidade de horas extras, utilizando visitas domiciliares ou consultas e atividades de grupo, com os mesmos recursos financeiros do nosso trabalho diário. Os resultados serão de médio a longo prazo, com o trabalho sustentado e sistemático de todos os membros da equipe.

Referências

- BARBOSA, P.; LESSA, J.; MAGALHÃES, L. *Prevalência de Hipertensão Arterial Sistólica isolada na capital brasileira*. Brasília: Revista Brasileira de Hipertensão, 2006. Citado na página 18.
- BRASIL. Hipertensão arterial sistêmica para o sistema Único de saúde. Ministério da Saúde, Brasília, n. 1, 2006. Citado 4 vezes nas páginas 17, 18, 19 e 20.
- FERNANDEZ, B. et al. *El centro de Investigaciones y referencias de Arterioesclerosis*. La Habana: Revista de Salud Publica, 1998. Citado na página 18.
- FISHER, N. *Hypertension Arterial*. New York: Desconhecida, 2005. Citado na página 18.
- FREIRE, P. *Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa*. São Paulo: Editora Paz e Terra, 2011. Citado na página 20.
- (IBGE), I. B. de Geografia e E. *Atlas do Censo Demografico*. Brasília: IBGE, 2013. Citado 2 vezes nas páginas 17 e 19.
- MATTEO, M. R. D. et al. Physicians characteristics influence patients adherence top medical treatment: results from the medical outcomes study. *Health Psychol*, v. 12, p. 93–102, 1993. Citado na página 19.
- MENDES, B. R. Envelhecimento e pressão arterial. *Acta Med Port*, p. 193–198, 2008. Citado na página 18.
- NOBRE, F.; LIMA, N. K. da C. Hipertensão arterial: Conceito, classificação e critérios. In: LIMA, N. (Ed.). *Manual de Cardiologia*. São Paulo: Atheneu, 2000. p. 303–303. Citado na página 18.
- OIGMAM, W.; NEVES, M. T. *Hipertensão Arterial no Idoso*. Brasília: Revista Brasileira de Medicina, 1999. Citado na página 17.
- PELICIONI, M. C. F.; PELICIONI, A. F. Educação e promoção da saúde: uma retrospectiva histórica. *O MUNDO DA SAÚDE*, p. 320–328, 2007. Citado na página 20.
- RIBEIRO, R. *Protocolos AAS- Epidemiologia: Saude do adulto*. Sao Paulo: SMSA, 2003. Citado 3 vezes nas páginas 17, 19 e 20.
- ZAITUNE, M. P. do A. et al. Hipertensão arterial em idosos: prevalência, fatores associados e práticas de controle no município de campinas, são paulo, brasil. *Cad. Saúde Pública*, p. 285–294, 2006. Citado na página 18.