UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE SAÚDE PÚBLICA
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO MULTIPROFISSIONAL NA ATENÇÃO BÁSICA 2016

Alejandro Barrera Reyes

Projeto de Intervenção Educativa para melhorar a qualidade de vida dos pacientes com Hipertensão Arterial Sistêmica de Indianópolis, PR.

Florianópolis, Abril de 2017

Alejandro Barrera Reyes

Projeto de Intervenção Educativa para melhorar a qualidade de vida dos pacientes com Hipertensão Arterial Sistêmica de Indianópolis, PR.

Monografia apresentada ao Curso de Especialização Multiprofissional na Atenção Básica da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito para obtenção do título de Especialista na Atenção Básica.

Orientador: Larissa de Abreu Queiroz
Coordenadora do Curso: Profa. Dra. Fátima Büchele

Florianópolis, Abril de 2017

Alejandro Barrera Reyes

Projeto de Intervenção Educativa para melhorar a qualidade de vida dos pacientes com Hipertensão Arterial Sistêmica de Indianópolis, 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.

Profa. Dra. Fátima Büchele
Coordenadora do Curso

Larissa de Abreu Queiroz
Orientador do trabalho

Florianópolis, Abril de 2017

Resumo

Introdução: A Hipertensão Arterial Sistêmica se constitui num sério problema de saúde pública. É uma doença crônica, multifatorial de alta prevalência no Brasil. A terapêutica inicial indicada para os pacientes é a mudança de estilo de vida. **Objetivo:** Contribuir para a melhoria da qualidade de vida dos pacientes com Hipertensão Arterial Sistêmica do município de Indianópolis, Paraná. **Metodologia:** Será realizada capacitação da equipe de saúde e também oficinas com os pacientes hipertensos com o objetivo de melhorar a informação e aumentar a cultura sanitária sobre Hipertensão Arterial. Tanto para os profissionais, como para os pacientes a discussão versará sobre os seguintes temas: Principais riscos da Hipertensão Arterial; Alimentação Adequada nos pacientes Hipertensos; Estilo de vida; Uso de álcool e outras drogas; Complicações da Hipertensão Arterial. Será aplicado um questionário no início da intervenção, sem identificação do paciente, para avaliar a necessidade de aprendizagem e interesse sobre os temas a serem discutidos. Serão organizadas palestras, conversas, vídeos, todos com objetivo de melhorar os conhecimentos dos hipertensos para poder influenciar de maneira positiva na diminuição da problemática. **Resultados Esperados:** A partir da implementação do plano de ação proposto, pretende-se estimular a reflexão sobre a prevenção e o controle da hipertensão arterial, o autocuidado por parte dos pacientes e dos profissionais de saúde por meio da adoção de hábitos de vida saudáveis que contribuam para a melhoria da saúde e prevenção de agravos. Conclui-se que é necessário planejar programas de intervenção favoráveis às mudanças de estilo de vida, habituando-se à prática de atividades físicas, e assim, facilitar a adesão à terapia não-medicamentosa.

Palavras-chave: Hipertensão Arterial Sistêmica, Estilo de vida, Educação em saúde, Promoção da Saúde

Sumário

1 INTRODUÇÃO 9

2 OBJETIVOS 11
2.1 Objetivo Geral 11
2.2 Objetivos específicos 11

3 REVISÃO DA LITERATURA 13
3.1 Hipertensão Arterial Sistêmica: definição e prevalência 13
3.2 Fatores de Risco e de Proteção da Hipertensão Arterial Sistêmica . 14
3.3 Tratamento não-medicamentoso para Hipertensão Arterial Sistêmica 15
3.4 Hipertensão Arterial Sistêmica e Atenção Básica em Saúde 16
3.5 Políticas Públicas em Saúde e Hipertensão Arterial 18
3.6 Estratégias para a Prevenção e Cuidado da Hipertensão Arterial . . 18

4 METODOLOGIA 21

5 RESULTADOS ESPERADOS 25

REFERÊNCIAS 27

1 Introdução

Indianópolis é um município brasileiro localizado na região noroeste do Estado do Paraná com população estimada em 4.481 habitantes e área territorial de 122.622 km^2, o que totaliza uma densidade demográfica de 35,06 hab/km^2 (IBGE, 2014).

É um dos muitos municípios da vasta região setentrional paranaense e foi fundado e colonizado pela Companhia Melhoramentos Norte do Paraná. Iníciou seu povoamento em 1955 e sua colonização advinda do noroeste do estado teve origem nas estradas e bandeiras paulistas e na catequese aborígena iniciada no século XVI pelos padres da companhia de Jesus (IBGE, 2014).

A palavra "indianópolis"é formada pelas expressões "índio"e "polis", tendo o primeiro termo empregado devido ao "Rio dos Índios"o qual banha a cidade e o segundo para prestar homenagem à existência de remanescentes indígenas ainda nos primórdios da colonização. Além do nome do município, as ruas, avenidas, praças, acidentes geográficos, córregos e ribeirões também foram batizados com nomes indígenas (IBGE, 2014).

O município é conhecido pela tradicional Festa em Louvor ao Padroeiro Santo Antônio de Lisboa realizada anualmente no dia 13 de junho, na qual se reúnem milhares de pessoas. Sua economia é fortemente baseada na produção avícola (frangos) e também relativamente bem industrializada no setor têxtil e cerâmico (lajotas, telhas e tijolos). Além disso, conta com intensas atividades agrícolas em suas áreas rurais (WIKIPÉDIA, 2016).

A Unidade Básica de Saúde (UBS) localizada próxima das residências da população e seu local de trabalho e estudo, desempenha papel central na garantia de acesso a uma atenção em saúde de qualidade. Além disso, a UBS é a porta de entrada preferencial do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2014b).

Indianópolis conta com uma UBS e duas equipes de saúde, as quais são compostas por dois médicos brasileiros e um médico estrangeiro vinculado ao *Programa Mais Médicos,* além de possuir um hospital municipal de pequeno porte.

Conforme dados da UBS, as queixas mais comuns que levaram a população a procurar a sua Unidade de Saúde em 2015 foram: gripe, transtornos ortopédicos (dor lombar baixa e tendinite), amigdalite, gastrite, enxaqueca, hipertensão arterial.

Além de ser uma das demandas mais importantes na UBS de Indianópolis, a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é um importante problema de saúde pública. Esta é classificada como uma doença crônica, multifatorial de alta prevalência no Brasil e no município, sendo um fator de risco para morbidade e mortalidade por doenças cardiovasculares, além de ser um dos fatores de risco mais importantes para doenças cerebrovasculares e renais.

A HAS atinge 472 pessoas em Indianópolis, ou seja, 11,2% da população, sendo 312 mulheres e 160 homens. Além do tratamento farmacológico, entende-se que as medidas não-medicamentosas também podem melhorar consideravelmente a qualidade de vida dos

pacientes.

Uma das estratégias para o desenvolvimento das ações é a formação de grupos de pessoas com HAS, sejam eles terapêuticos ou de coexistência. Nesse sentido, é possível compartilhar conhecimento e experiência, formar de redes de apoio, expandindo criativamente as formas de viver com uma doença crônica. Antes de iniciar qualquer uma dessas estratégias, é importante observar a disposição dos usuários para se juntar ao grupo e quais são suas necessidades.

O presente projeto de intervenção visa em auxiliar os pacientes com Hipertensão Arterial descompensada que são acompanhados pela equipe de saúde, já que uma das principais causas desse agravo é o estilo de vida pouco saudável, dieta inadequada (aumento do consumo de alimentos de origem animal, gorduras, açúcares refinados, alimentos processados), sedentarismo e não adesão ao tratamento medicamentoso. Ademais, cabe citar os diferentes fatores de risco como tabagismo, alcoolismo, abuso de drogas e obesidade.

A partir do exposto, considera-se de suma importância incentivar a comunidade de Indianópolis a adquirir hábitos de vida mais saudáveis, de forma a reduzir os riscos e prevenir doenças e a mortalidade.

2 Objetivos

2.1 Objetivo Geral

Contribuir para a melhoria da qualidade de vida dos pacientes com Hipertensão Arterial Sistêmica do município de Indianópolis, Paraná.

2.2 Objetivos específicos

Realizar acompanhamento dos pacientes com Hipertensão Arterial Sistêmica na Unidade Básica de Saúde e na comunidade.

Estimular mudanças nos hábitos alimentares dos pacientes com Hipertensão Arterial Sistêmica por meio de atividades em grupo com a equipe multidisciplinar da Unidade Básica de Saúde.

Incentivar a prática de exercícios físicos e outras ações não farmacológicas nos pacientes com Hipertensão Arterial Sistêmica.

3 Revisão da Literatura

3.1 Hipertensão Arterial Sistêmica: definição e prevalência

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial (PA). Associa-se frequentemente a alterações funcionais e estruturais dos órgãos-alvo (coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos) e a alterações metabólicas, com consequente aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais (FREEMAN, 2008), (PATEL, 2007).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que 600 milhões de pessoas no mundo tenham Hipertensão Arterial Sistêmica. No continente americano, afeta cerca de 140 milhões de pessoas e metade desconhece ser portadora da doença por não apresentar sintomas e não procurar serviços de saúde. Já dentre as pessoas que se descobrem hipertensas, 30% não realizam o tratamento adequado por falta de motivação ou de recursos financeiros próprios. Na América Latina e no Caribe, estima-se que de 8% a 30% da população sejam hipertensas (OMS, 2017).

Em 2001, cerca de 7,6 milhões de mortes no mundo foram atribuídas à elevação da PA, 54% delas por Acidente Vascular Encefálico (AVE) e 47% por Doença Isquêmica do Coração. A maioria é de países de baixo e médio desenvolvimento econômico e, mais da metade, são indivíduos entre 45 e 69 anos (CUSHMAN, 2010).

As Doenças Cardiovasculares (DCV) são, atualmente, a maior causa de mortes no mundo. Elas foram responsáveis por mais de 17 milhões de óbitos em 2008, dos quais três milhões ocorreram antes dos 60 anos de idade, e grande parte poderia ter sido evitada. A OMS estima que em 2030 quase 23,6 milhões de pessoas morrerão de doenças cardiovasculares. Dentre as DCVs, a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) constitui importante fator de risco para complicações cardíacas e cerebrovasculares, sendo considerado um problema de saúde pública em âmbito mundial (WHO, 2011).

No Brasil, as DCV têm sido a principal causa de morte. Em 2007 ocorreram 308.466 óbitos por doenças do aparelho circulatório. Entre 1990 a 2006, observou-se uma tendência lenta e constante de redução das taxas de mortalidade cardiovascular (PATEL, 2007).

Em 2000, a prevalência da HAS na população mundial era de 25% e a estimativa para o ano de 2025 é de 29%. Estudos realizados no Brasil revelaram que a prevalência da hipertensão variou entre 22,3 e 43,9%, com média de 32,5% (24,25). Em praticamente todas as nações, a prevenção e o controle da HAS trazem implicações importantes e a utilização de novas estratégias e abordagens que identifiquem com mais precisão os indivíduos em situação de risco, oferecem benefícios tanto para o indivíduo com hipertensão como para a sociedade (EGAN, 2013).

Outros estudos realizados demonstram que no Brasil existe uma maior prevalência nas mulheres (25,4%) do que em homens (19,5%) se encontrou que más das 50% das mulheres com HAS tinham 55 ou mais anos de idade e que existia uma associação inversa em quanto ao nível de escolaridade e o diagnostico da doença, demonstrou que as mulheres com até 8 anos de escolaridade foram diagnosticadas um 34,4% e as mulheres com até 12 anos de escolaridade foram diagnosticadas coma doença só um 14,2% (BRASIL, 2014a).

Vários autores sinalam que a mortalidade por doença cardiovascular (DCVs) aumenta progressivamente com a elevação da PA a partir de 115/75 mmHg de forma linear, contínua e independente (PATEL, 2007).

3.2 Fatores de Risco e de Proteção da Hipertensão Arterial Sistêmica

Atualmente o Brasil conta com elevada prevalência de Hipertensão Arterial na sua população. O impacto pode ser minimizado com ações que promovam mudanças nos hábitos de vida, como alimentação inadequada, sedentarismo, tabagismo e etilismo para reduzir a morbimortalidade.

Vários autores recomendam uma alimentação rica em frutas, verduras, legumes, laticínios com pouca gordura, grãos integrais, nozes, frango, peixe, potássio, cálcio, magnésio, fibras, proteínas e pobre em sal, carne vermelha, gordura total e saturada, colesterol, doces e açúcar simples. A indicação do aumento de alimentos ricos em potássio se justifica pelo seu efeito anti-hipertensivo e pela ação protetora contra danos cardiovasculares, e também é útil como medida auxiliar para pacientes submetidos à terapêutica com diuréticos (SACKS et al., 2001).

O consumo excessivo de álcool eleva a pressão arterial. Autores assinalam que é aconselhável que o consumo de álcool não ultrapasse 30 ml de etanol/dia (90 ml de destilados, 300 ml de vinho e 720 ml de cerveja), para homens e, 15 ml de etanol/dia para mulheres e indivíduos de baixo peso (CHOBANIAN, 2003), (SBC, 2010).

Com relação ao uso de tabaco, sabe-se que a pressão arterial e a frequência cardíaca se elevam durante o ato de fumar. Indivíduos que fumam têm risco muito aumentado para doença coronariana e Acidente Vascular Cerebral. E aqueles que fumam mais de uma carteira por semana, aumentam mais o risco de morte súbita. O cigarro também aumenta a resistência ao tratamento anti-hipertensivo (CRITCHLEY; CAPEWELL, 2004), (CHOBANIAN, 2003), (SBC, 2010)

No que se refere à atividade física, o exercício regular reduz a pressão arterial e produz benefícios adicionais, tais como: diminuição do peso corporal, ação coadjuvante no tratamento das dislipidemias, da resistência da insulina, do abandono do tabagismo e do controle do estresse, além de melhorar a qualidade de vida (SBC, 2010),(DICKINSON et al., 2006).

3.3 Tratamento não-medicamentoso para Hipertensão Arterial Sistêmica

O controle de peso é um importante fator para tratar ou agravar a HAS, já que a relação entre aumento de peso e da pressão arterial (PA) é quase linear, sendo observada em adultos e adolescentes. Perdas de peso e da circunferência abdominal correlacionam se com reduções da PA e melhora de alterações metabólicas associadas. Assim, as metas antropométricas a serem alcançadas são o índice de massa corporal (IMC) menor que 25 kg/m^2 e a circunferência abdominal (CARDIOLOGIA; HIPERTENSAO; NEFROLOGIA, 2010).

O sucesso do tratamento depende fundamentalmente de mudança comportamental e da adesão a um plano alimentar saudável. Mesmo uma modesta perda do peso corporal está associada a reduções na PA em pessoas com sobrepeso. Assim, o alcance das metas deve ser perseguido (CARDIOLOGIA; HIPERTENSAO; NEFROLOGIA, 2010).

A utilização de dietas radicais, como as ricas em carboidratos ou em gorduras, deve ser desencorajada, pois não é sustentável em longo prazo e resulta invariavelmente em abandono de tratamento. O acompanhamento dos indivíduos após o emagrecimento deve ser estimulado com o objetivo de evitar o reganho de peso. Foi demonstrado que manter IMC abaixo de 25 kg/m2 preveniu em 40% o desenvolvimento de HAS em mulheres, em um estudo com seguimento médio de 14 anos (CARDIOLOGIA; HIPERTENSAO; NEFROLOGIA, 2010).

Sabe-se que o estilo alimentar também intefere significativamente na HAS e que o padrão dietético DASH (Dietary Approaches to Stop Hypertension), rico em frutas, fibras e minerais, hortaliças e laticínios com baixos teores de gordura, tem importante impacto na redução da PA. Um alto grau de adesão a esse tipo de dieta reduziu em 14% o desenvolvimento de hipertensão. Os benefícios sobre a PA têm sido associados ao alto consumo de potássio, magnésio e cálcio nesse padrão nutricional. A dieta DASH potencializa ainda o efeito de orientações nutricionais para emagrecimento, reduzindo também biomarcadores de risco cardiovascular (CARDIOLOGIA; HIPERTENSAO; NEFROLOGIA, 2010).

Reduzir o consumo de sal também parece influenciar positivamente a PA já que indivíduos normotensos com elevada sensibilidade à ingestão de sal, apresentaram incidência cinco vezes maior de HAS, em 15 anos, do que aqueles com baixa sensibilidade. Alguns trabalhos demonstraram que o peso ao nascer tem relação inversa com a sensibilidade ao sal e está diretamente relacionado com o ritmo de filtração glomerular e HAS na idade adulta. Uma dieta com baixo teor de sódio promoveu rápida e importante redução de PA em hipertensos resistentes (CARDIOLOGIA; HIPERTENSAO; NEFROLOGIA, 2010).

Observa-se também uma discreta redução da PA com a suplementação de óleo de peixe (ômega 3) em altas doses diárias e predominantemente nos idosos. As principais fontes dietéticas de ácidos graxos monoinsaturados (oleico) são óleo de oliva, óleo de

canola, azeitona, abacate e oleaginosas (amendoim, castanhas, nozes, amêndoas). Tem-se demonstrado que a ingestão de óleo de oliva reduz a PA, principalmente, devido ao elevado teor de ácido oleico (CARDIOLOGIA; HIPERTENSAO; NEFROLOGIA, 2010).

Já as fibras são classificadas em solúveis e insolúveis. As solúveis são representadas pelo farelo de aveia, pela pectina (frutas) e pelas gomas (aveia, cevada e leguminosas: feijão, grão-de-bico, lentilha e ervilha). As fibras insolúveis são representadas pela celulose (trigo), hemicelulose (grãos) e lignina (hortaliças). A recomendação de ingestão de fibra alimentar total para adultos é de 20 a 30 g/dia, 5 a 10 g destas devendo ser solúveis. O betaglucano, presente na aveia, determina discreta diminuição da PA em obesos, efeito não observado em indivíduos com peso normal (CARDIOLOGIA; HIPERTENSAO; NEFROLOGIA, 2010).

O álcool, como já foi apontado, está associado a alterações de PA, dependendo da quantidade ingerida. Claramente, uma quantidade maior de etanol eleva a PA e estão associadas às maiores morbidade e mortalidade cardiovascular. Por outro lado, as evidências de correlação entre uma pequena ingestão de álcool e a consequente redução da PA ainda são frágeis e necessitam de comprovações. Em indivíduos hipertensos, a ingestão de álcool, aguda e dependentemente da dose, reduz a PA, porém ocorre elevação algumas horas após o seu consumo. Em vista da controvérsia em relação à segurança e ao benefício cardiovascular de baixas doses, assim como da ação nefasta do álcool na sociedade, devemos orientar àqueles que têm o hábito de ingerir bebidas alcoólicas que não ultrapassem 30 g de etanol ao dia, para homens, de preferência não habitualmente, sendo a metade dessa quantidade a tolerada para as mulheres (XIN et al., 2001).

Com relação à atividade física, ensaios clínicos controlados demonstraram que os exercícios aeróbios (isotônicos), que devem ser complementados pelos resistidos, promovem reduções de PA, estando indicados para a prevenção e o tratamento da HAS56-60. Para manter uma boa saúde cardiovascular e qualidade de vida, todo adulto deve realizar, pelo menos cinco vezes por semana, 30 minutos de atividade física moderada de forma contínua ou acumulada, desde que em condições de realizá-la (CARDIOLOGIA; HIPERTENSAO; NEFROLOGIA, 2010).

Já fatores psicossociais, econômicos e educacionais e o estresse emocional participam do desencadeamento e da manutenção da HAS, podendo funcionar como barreiras para a adesão ao tratamento e mudança de hábitos. Diferentes técnicas de controle do estresse têm sido avaliadas, porém com resultados conflitantes. Meditação, musicoterapia, biofeedback, ioga, entre outras técnicas de controle do estresse foram capazes de reduzir discretamente a PA de hipertensos A cessação do tabagismo constitui medida fundamental e prioritária na prevenção primária e secundária das DCV e de diversas outras doenças. Não há, entretanto, evidências de que, para o controle de PA, haja benefícios (CARDIOLOGIA; HIPERTENSAO; NEFROLOGIA, 2010).

3.4 Hipertensão Arterial Sistêmica e Atenção Básica em Saúde

A pressão arterial elevada é a condição que dá origem ao maior número de consultas. As complicações da hipertensão, em muitos casos, levam o paciente a requerer cuidados médicos de alto custo, exigindo uso constante de medicamentos, exames complementares periódicos.

O controle e prevenção da HAS e suas complicações são responsabilidade das equipes de Atenção Básica (AB). Os profissionais da AB têm importância primordial nas estratégias de prevenção, diagnóstico, monitorizarão e controle da doença.

Os objetivos mais importantes das ações de saúde em HAS são o controle da pressão arterial e a redução da morbimortalidade causada por a Hipertensão arterial. Portanto, fazer uma intervenção educativa, sistematizada e permanente é um aspecto fundamental para prevenir da doença. Dessa forma, o cuidado realizado pela equipe deve enfocar-se na mudança nos hábitos de vida do indivíduo, ajudando as pessoas a descobrirem formas de estabelecer qualidade de vida e bem-estar, mesmo convivendo com uma doença crônica. Isso significa que o acompanhamento do paciente com Hipertensão Arterial deve envolver a equipe multiprofissional atuando com atendimentos programados, visitas domiciliar e com ações organizadas.

O profissional da atenção básica tem uma ferramenta para enfrentar o planejamento de ações a nível local e o monitoramento dos portadores de HAS por meio do Sistema de Informação sobre Cadastramento e Acompanhamento dos Hipertensos e Diabéticos (SISHiperdia). O Hiperdia tem como objetivo possibilitar a Gestão do Cuidado com a vinculação do paciente à Unidade Básica ou à equipe de saúde, monitorar de forma contínua a qualidade do controle dos agravos na população assistida e assim planejar a assistência (SCHMIDT, 2009)

Uma das estratégias para desenvolver ações em saúde é a formação de grupos para pessoas com esta doença crônica. Nestes espaços, é possível compartilharmos saberes e experiências, e ampliar criativamente as formas de conviver com a doença crônica, dentre outras.

Uma tentativa de melhorar o manejo dos pacientes com Hipertensão Arterial foi a utilização de grupos, complementando atendimentos individuais tendo como principal objetivo reduzir os fatores de risco da população. A terapia de grupo tem como vantagem a possibilidade de estimular nos pacientes o autocuidado, uma vez que em muitos encontros são realizados exercícios físicos, aferição da pressão arterial e estímulo a uma alimentação adequada.

A educação em saúde e terapia de grupos é muito importante para os resultados de normalização da pressão arterial nos pacientes, tendo em conta que em um tempo curto o professional da saúde tem a possibilidade de intercambiar critérios e experiência com os pacientes e mostrar-lhes a importância das medidas de prevenção e tratamento adequado farmacológico e não farmacológico da doença.

Exemplo de experiências nesta área foi o realizado pelo North Karelia Project, diminuindo significativamente a mortalidade por doenças cardiovasculares em 22 anos de programa em uma população finlandesa. Outro projeto foi realizado, acompanhou 10 anos hipertensos membros permanentes de grupos, constatou redução na mortalidade e aumento da expectativa de vida, quando comparados aos membros temporários e controles. No Brasil são muito comuns os grupos de hipertensos apresentando resultados positivos (AMARAL; TESSER; MÜLLER, 2013).

3.5 Políticas Públicas em Saúde e Hipertensão Arterial

As políticas públicas são conjuntos de programas, ações e atividades desenvolvidas pelo Estado diretamente ou indiretamente, com a participação de entes públicos ou privados, que visam assegurar determinado direito de cidadania, de forma difusa ou para determinado seguimento social, cultural, étnico ou econômico. Normalmente estão constituídas por instrumentos de planejamento, execução, monitoramente e avaliação, encadeados de forma integrada e lógica, da seguinte forma:

1. Planos (estabelecem diretrizes, prioridades e objetivos gerais a serem alcançados em períodos relativamente longos) Ex: Plano de Enfrentamento de DCNT

2. Programas (estabelecem, por sua vez, objetivos gerais e específicos focados em determinado tema, público, conjunto institucional ou área geográfica). Ex: Programa Academia da Saúde.

3. Ações

4. Atividades (SOUZA; MEDEIROS; REZENDE, 2013).

São ferramenta indispensável para prevenir e/ou retardar as DCNT e promover o envelhecimento saudável evitando mortes prematuras. Investir nas políticas públicas significa reconhecer que a carga de doença vai aumentar devido ao processo de envelhecimento da população. Têm um papel importante na formulação e adequação de sistemas de saúde em suportar as pressões decorrentes deste processo (acesso, custos, qualidade, RH, etc) (SOUZA; MEDEIROS; REZENDE, 2013).

3.6 Estratégias para a Prevenção e Cuidado da Hipertensão Arterial

Alguns aspectos importantes podem ser elencados como estratégias no enfrentamento da HAS. São eles:

- Promover saúde: manter uma vida saudável (alimentação saudável, atividade física e cessação do tabaco) e favorecer sociedades saudáveis, especialmente para aqueles que vivem em populações desfavorecidas;

- Prevenção: revenir invalidez e mortes prematuras devido a doenças crônicas. As soluções existem, podem ser simples e de baixo custo (custo x efetivo);

- Tratar: tratamento eficaz e disponível para todos, sobretudo para as populações mais carentes. Utilizar conhecimentos custo x efetivos disponíveis;

- Cuidar: facilitar e apoiar o desenvolvimento e sustentabilidade dos cuidados adequados ao longo do ciclo de vida, ao individuo, famílias e comunidades de forma equânime. Desenvolver autonomia para o auto- cuidado. Buscar qualidade (SOUZA; MEDEIROS; REZENDE, 2013).

4 Metodologia

Com o intuito de realizar um trabalho que não se reduza a simplesmente a passar informações sobre a dimensão biológica da Hipertensão Arterial, mas buscando trabalhá-la enquanto dimensão integradora do ser humano, optou-se por utilizar a metodologia de Intervenção Comunitária desenvolvendo oficinas em dinâmica de grupo.

O projeto será desenvolvido na área de abrangência da Unidade Básica de Saúde de Indianópolis no período de junho a dezembro de 2017. A equipe da UBS atualmente acompanha uma população de 4500 habitantes e está constituída por uma equipe com um Clínico Geral, um Ginecologista, um Pediatra, um Estomatologo, uma Enfermeira, dois técnicos de enfermagem, uma assistente em Estomatologia, uma Nutricionista, uma Psicóloga e dois Agentes Comunitários de Saúde (ACS).

A equipe de saúde costuma trabalhar com grupos populacionais específicos, por isso constituiu um grupo de hipertensos. Apesar de possuir uma agenda frequente de atividades educativas e palestras, observa-se um aumento da Hipertensão Arterial na população. A presente intervenção irá envolver esses pacientes com HAS.

Desta forma, inicialmente será proposta uma capacitação da equipe de saúde na qual serão realizadas cinco oficinas nos meses de junho de julho de 2017, com os seguintes temas: Principais riscos da Hipertensão Arterial; Alimentação Adequada nos pacientes Hipertensos; Estilo de vida; Uso de drogas e consumo de álcool; Complicações da Hipertensão Arterial.

Cada oficina terá em torno de nove participantes da equipe de saúde. Os profissionais escolhidos para participar destas oficinas são: a enfermeira, as duas técnicas de enfermagem, e os dois ACS. Esta atividade será levada à coordenação da UBS e a proposta é de que a atualização aconteça durante reunião geral da equipe com uma hora de duração. O responsável por esta atividade será o médico de família. Ao final, os participantes poderão tirar dúvidas e participar do planejamento da atividade educativa com os hipertensos propondo modos de intervir.

Após a atualização dos profissionais, serão realizadas as oficinas com os pacientes hipertensos com o objetivo de melhorar a informação e aumentar a cultura sanitária sobre Hipertensão Arterial. Igualmente serão realizadas cinco oficinas, com os mesmos temas trabalhados na capacitação da equipe. Cada oficina terá em torno de 10 participantes, com duração de uma hora e acontecerá na sala de espera da UBS. Os hipertensos serão escolhidos para participar destas oficinas são da área de abrangência, onde tem alta prevalência de pacientes com hipertensão arterial.

Será agendada reunião com o grupo de Hipertensos para apresentação dos participantes e apresentação dos temas de interesse para as atividades de educação em saúde, a duração e os horários. Além disso, será explicada ao grupo a metodologia a ser utilizada

nas sessões de educação em saúde.

A proposta terá ajuda da Nutricionista e Psicóloga da UBS e buscará reunir o grupo no espaço da UBS, quinzenalmente, nas terças-feiras, no período matutino, com duração de 1 hora. Com proposta de 5 encontros totais. Porém, esta proposta é inicial, podendo acordar com o grupo outras possibilidades.

Será aplicado um questionário no início da intervenção, sem identificação do paciente, para avaliar a necessidade de aprendizagem e interesse sobre os temas a serem discutidos. A metodologia será com palestras, conversas, vídeos, todos com objetivo de melhorar os conhecimentos dos hipertensos para poder influenciar de maneira positiva na diminuição da problemática do estudo.

A intervenção com esse grupo se dividirá em três etapas:

Etapa diagnóstica: Avaliação inicial para identificar as necessidades de aprendizagem sobre: Principais riscos da Hipertensão Arterial, Alimentação Adequada nos pacientes Hipertensos, Estilo de vida, uso de drogas e consumo de álcool e Complicações da Hipertensão Arterial. Desenhada segundo revisão bibliográfica e tendo em conta os objetivos da investigação, as perguntas serão realizadas de maneira compreensível para este grupo de pacientes. O resultado da mesma se converterá no registro primário da investigação.

Etapa de intervenção: A amostra se dividirá em grupos de no máximo cinco (10) pacientes, para melhor efetividade das técnicas empregadas e atendimento. Posteriormente, se levará um programa educativo, no qual se dividirá em cinco oficinas cada um dos grupos dirigidos pelo autor da investigação, com ajuda dos profissionais da equipe de saúde já capacitados anteriormente.

Etapa de avaliação: Os participantes poderão falar e entregar por escrito sobre a percepção de ajuda que a atividade trouxe para sua vida, além da necessidade de continuação do grupo e novos temas. Os profissionais de saúde poderão fazer uma avaliação em cada encontro, destacando o envolvimento, interesse e novos métodos de interagir com as pacientes em cada encontro. É importante repassar para a equipe semanalmente nas reuniões de área.

Técnicas de participação a usar: Técnicas de apresentação e técnicas de análise e reflexão.

Em cada oficina serão apresentados casos problemas, imagens e vídeos e será oferecido um espaço para discussão da vivencia dos pacientes sobre aspectos que envolvem a HAS, levando em consideração suas angústias e inseguranças a elas relacionadas.

O objetivo principal destas técnicas é levar informação de forma correta e em uma linguagem adequada em que os pacientes possam construir seu próprio conhecimento e seja capaz de refletir e elaborar sentimentos, comportamentos e conhecimentos compartilhados. As técnicas de análises e reflexão visam valorizar o diálogo, o autoconhecimento e uma melhor integração entre sentir, pensar e agir.

Os profissionais envolvidos nesse programa (médico de família, enfermagem, técnicos

de enfermagem e ACS) atuarão de duas formas: por meio das visitas domiciliares, observando e orientando as famílias; e também na unidade de saúde, fazendo o aconselhamento por meio de rodas de conversa, palestras, etc.

A promoção e prevenção de saúde são os principais objetivos da Atenção Primária e esta intervenção será muito importante para a população e os pacientes participantes, já que serão acrescentados conhecimentos à população com Hipertensão arterial sobre os fatores de riscos que podem ser eliminados e sobre as possíveis complicações. Dessa forma, será evitada a perda de autonomia dos pacientes e diminuirá a incidência de HAS na população atendida pela UBS.

5 Resultados Esperados

Com o desenvolvimento das atividades propostas nesse projeto de intervenção, as Equipes de Saúde da Família da Unidade Básica de Indianópolis esperam obter mudanças no estilo de vida das famílias de pessoas com Hipertensão Arterial Sistêmica por meio do conhecimento sobre os principais fatores de risco e das complicações dessa doença.

Desta forma, intenta-se diminuir a incidência de Hipertensão arterial na referida área de abrangência e diminuir as repercussões biológicas, psicológicas, familiares, sociais, econômicas e culturais deste proeminente problema que a população enfrenta no seu dia a dia.

Pretende-se, com as atividades propostas, estimular os pacientes hipertensos a realizarem mudanças em seu estilo de vida, desenvolvendo hábitos alimentares saudáveis, praticando exercícios físicos, diminuindo os fatores de risco e aderindo ao tratamento farmacológico de modo a conseguir a manutenção do controle de sua pressão arterial. Todas esssas ações são úteis para diminuir as complicações associadas à HAS.

Por fim, espera-se estruturar grupos de hipertensos com o objetivo de troca de experiências e criação de um espaço para os pacientes compartilhares seus sentimentos, experiências e medos relacionados ao enfrentamento de sua condição. Dessa forma, entende-se que irão se engajar ainda mais no tratamento e, ainda, auxiliar-se mutuamente nesse processo.

Referências

AMARAL, R. P. do; TESSER, C. D.; MÜLLER, P. Benefícios dos grupos no manejo da hipertensão arterial sistêmica: percepções de pacientes e médicos. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, p. 15–21, 2013. Citado na página 18.

BRASIL, M. da Saúde do. *Estrategias para o cuidado da pessoa com Doença Cronica ,Hipertensão Arterial Sistemica*. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Citado na página 14.

BRASIL, M. de Saúde do. *Unidades Básicas de Saúde*: Datasus. 2014. Disponível em: <http://dados.gov.br/datasus/unidades-basicas-de-saude-ubs>. Acesso em: 18 Jun. 2016. Citado na página 9.

CARDIOLOGIA, S. B. D.; HIPERTENSAO, S. B. D.; NEFROLOGIA, S. B. D. Vi diretrizes brasileiras de hipertensão. *Arq. Bras. Cardio*, v. 95, n. 1, p. 1–10, 2010. Citado 2 vezes nas páginas 15 e 16.

CHOBANIAN, A. V. The seventh report of the joint national committee on prevention, detection, evaluation and treatment of high blood pressure. *Journal of the American Medical Association*, p. 2560–2572, 2003. Citado na página 14.

CRITCHLEY, J.; CAPEWELL, S. Smoking cessation for the secondary prevention of coronary heart disease. *Cochrane Database Syst Rev.*, p. 2001–2008, 2004. Citado na página 14.

CUSHMAN, W. C. Effects of intensive blood-pressure control in type 2 diabetes mellitus. *The New England Journal of Medicine*, p. 1575–1585, 2010. Citado na página 13.

DICKINSON, H. et al. Lifestyle interventions to reduce raised blood pressure: a systematic review of randomized controlled trials. *J. Hypertens.*, p. 215–233, 2006. Citado na página 14.

EGAN, B. M. Prediction of incident hypertension. health implications of data mining in the'big data' era. *J Hypertens*, p. 2123–2124, 2013. Citado na página 13.

FREEMAN, R. Neurogenic orthostatic hypotension. *The New England Journal of Medicine*, p. 615–624, 2008. Citado na página 13.

IBGE, I. B. de Geografia e E. *Divisão Territorial do Brasil e Limites Territoriais*. 2014. Disponível em: <http://ibge.gov.br/cidadesat/painel/historico.php?lang=_EN&codmun=411040&search=parana|indianopolis|inphographics:-history>. Acesso em: 22 Mai. 2016. Citado na página 9.

OMS, O. M. de S. *Health Report 2002: from noncommunicable diseases mental health (NMH) communications*. 2017. Disponível em: <http://www.who.int/whr/2002/en/whr02_en.pdf>. Acesso em: 21 Fev. 2017. Citado na página 13.

PATEL, A. Effects of a fixed combination of perindopril and indapamide on macrovascular and microvascular outcomes in patients with type 2 diabetes mellitus. *Lancet*, p. 829–840, 2007. Citado 2 vezes nas páginas 13 e 14.

SACKS, F. M. et al. Effects on blood pressure of reduced dietary sodium and the dietary approaches to stop hypertension (dash) diet. *The New England Journal of Medicine*, p. 1019–1028, 2001. Citado na página 14.

SBC, S. B. de C. V diretrizes brasileiras de hipertensão arterial (dbh vi 2010). *Arq. Bras. Cardiol.*, p. 24–79, 2010. Citado na página 14.

SCHMIDT, M. I. Prevalência de diabetes e hipertensão no brasil baseada em inquérito de morbidade auto-referida, brasil, 2006. *Rev Saúde Pública*, p. 74–82, 2009. Citado na página 17.

SOUZA, A. M.; MEDEIROS, C.; REZENDE, E. *CODANT/DIVEP POLÍTICAS PÚBLICAS E HIPERTENSÃO ARTERIAL*. 2013. Disponível em: <http://docplayer.com.br/22429101-Codant-divep-politicas-publicas-e-hipertensao-arterial-ana-maria-souza-cristiane-medeiros-edna html>. Acesso em: 21 Fev. 2017. Citado 2 vezes nas páginas 18 e 19.

WHO, W. H. O. *Global Atlas on Cardiovascular Disease Prevention and Control*. Geneva: Shanthi Medis, 2011. Citado na página 13.

WIKIPÉDIA. *Indianópolis (Paraná)*. 2016. Disponível em: <https://pt.wikipedia.org/wiki/Indian{\char"00F3\relax}polis_(Par>. Acesso em: 18 Jun. 2016. Citado na página 9.

XIN, X. et al. *Effects of alcohol reduction on blood pressure*:: a meta-analysis of randomized controlled trials. hypertension. 2001. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11711507>. Acesso em: 10 Fev. 2017. Citado na página 16.