



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

Eduardo Manuel Cruz Lastre

Adesão ao tratamento da hipertensão arterial: uma
proposta de educação em saúde na comunidade Três
Córregos, Campo Largo, Paraná

Florianópolis, Março de 2018

Eduardo Manuel Cruz Lastre

Adesão ao tratamento da hipertensão arterial: uma proposta de
educação em saúde na comunidade Três Córregos, Campo Largo,
Paraná

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: Lizandra da Silva Menegon
Coordenadora do Curso: Profa. Dra. Fátima Büchele

Florianópolis, Março de 2018

Eduardo Manuel Cruz Lastre

Adesão ao tratamento da hipertensão arterial: uma proposta de
educação em saúde na comunidade Três Córregos, Campo Largo,
Paraná

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

Profa. Dra. Fátima Büchele
Coordenadora do Curso

Lizandra da Silva Menegon
Orientador do trabalho

Florianópolis, Março de 2018

Resumo

A Unidade Básica de saúde (UBS) Três Córregos é uma comunidade do município de Campo Largo, no estado do Paraná, com uma população adstrita de 1336 habitantes, sendo 61% do sexo feminino e 38% do sexo masculino. Apresenta uma população predominantemente idosa, e um número expressivo de pessoas com Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS). A HAS tem se constituído um grande desafio a ser enfrentado pelas equipes de saúde, e a elaboração de estratégias para sua detecção e cuidado precoce, tem se tornado cada vez mais urgente. Nesse sentido, este projeto objetiva desenvolver ações educativas em saúde visando a adesão ao tratamento da HAS. Para tanto, irá um ciclo de encontros teórico-práticos com a realização de palestras educativas na comunidade, escolas, creches, moradias e locais de trabalho. O planejamento das palestras contará com apoio das escolas e Secretaria de Saúde, especialmente no que se refere ao treinamento da equipe de saúde no tratamento da hipertensão arterial sistêmica. Com a implementação deste projeto na comunidade, espera-se que o paciente hipertenso aumente seus níveis de conhecimento sobre a doença, com formas de manejo autônoma, co-responsabilidade por suas vidas, além de diminuir os impactos negativos da doença de forma individual, familiar e comunidade em geral.

Palavras-chave: Adesão ao tratamento medicamentoso, Doença Crônica, Estilo de Vida, Hipertensão

Sumário

1	INTRODUÇÃO	9
2	OBJETIVOS	13
2.1	Objetivo Geral	13
2.2	Objetivos Específicos	13
3	REVISÃO DA LITERATURA	15
4	METODOLOGIA	19
5	RESULTADOS ESPERADOS	21
	REFERÊNCIAS	23

1 Introdução

A Unidade Básica de saúde (UBS) Três Córregos iniciou suas atividades no ano 1983. Está localizada numa área rural, ao sul do município de Campo Largo na divisa com Ponta Grossa, oeste a comunidade de Castro, ao leste da cidade de Curitiba. A população foi crescendo, e para o ano 1980 já foram construídas as primeiras escolas, uma em cada pequeno bairro. Atualmente a comunidade não tem conselho comunitário, não tem conselho local de saúde, e de instâncias de luta por melhorar as condições de vida dos moradores, mas existe a níveis de municípios com participação de representantes da comunidade, o conselho de proteção à criança e ao adolescente. Contamos com três escolas, nas que funciona um conselho escolar. Também contamos com movimentos sociais nas igrejas. A renda familiar é variável, já que a maioria depende do trabalho manual, corte de pedra, madeira e labora na terra, aproximadamente 25% da comunidade está incluída no programa bolsa da família e programa do leite. Atualmente apresenta apenas 2% de analfabetismo, já que a escola oferece aulas abertas para adultos com grande participação da comunidade. Em torno de 60 % da população mora em casas de madeira com situação ruim, sendo que os outros 40 % reside em casas de alvenaria em boas condições. A comunidade de Três Córregos, segundo registros de dezembro 2016 realizados pela equipe de saúde da família, possui população adstrita de 1336 habitantes, sendo 61% do sexo feminino e 38% do sexo masculino (CENTRO DE SAÚDE DE TRÊS CÓRREGOS, 2016). Na minha área de abrangência reside uma população predominantemente idosa, com expressivo número de pessoas com doenças crônicas não transmissíveis que exigem cuidado contínuo, com difícil acesso a atenção primária de saúde.

A Unidade Básica de Saúde de Três Córregos dispõe de uma equipe de saúde com: médico geral, enfermeira, técnica de enfermagem, odontologista, assistente de odontologista, agentes comunitários, recepcionista e auxiliar de serviços gerais. A equipe está em processo de reorganização na dinâmica de habilitação da Estratégia Saúde da Família (ESF). O processo de trabalho começando pela atenção médica ambulatorial individual, coordenada pela enfermagem, geralmente é dificultada pelo difícil acesso aos centros de atenção. A distância entre a comunidade e a UBS é grande, e os meios de transporte para o deslocamento são muito precários. Meu trabalho como médico fica centralizado em ações de saúde que abrangem a promoção e a proteção da saúde, prevenção de agravos, a reabilitação do usuário com fim de contribuir a uma atenção integral centradas no usuário.

A equipe disponibiliza dois dias na semana para o acompanhamento domiciliar dos idosos com limitações, usuários acamados e aqueles que precisam de uma orientação médica e da enfermagem, prestando assim uma assistência integral aos mais vulneráveis.

As doenças mais comuns da população são as doenças crônicas não transmissíveis como: Hipertensão Arterial Sistêmica (16.61%), Diabetes Mellitus (3.29%), quadros res-

piratórios agudos e crônicos. Também há uma quantidade significativa de demandas por feridas, por consequência do tipo de serviço prevalente na região, como corte de pedra e madeira.

O maior número de consultas de demanda e de agenda que chegam a nossa UBS são pacientes com Hipertensão Arterial Sistêmica em diversos graus (25.44%) no ano 2017, crises hipertensivas, hipertensão de difícil controle, sem acompanhamento adequados e pacientes com sequelas e danos aos órgãos-alvos. Considerando as condições de vida, as comorbidades, falta de cuidado no seu estilo de vida, pelo alto índice de tabagismo e alcoolismo, de começo a precoce idade, baixo nível social e baixa renda, analfabetismo, as faltas de perspectivas de melhoramento na qualidade de vida, fazem-se transformar numa população de risco vulnerável para o desenvolvimento da Hipertensão Arterial Sistêmica de início precoce. A partir desta perspectiva da população onde desempenho minha atividade como médico da UBS, escolho esta doença para desenvolvimento deste projeto de intervenção, considerando a relevância, e tentando usar os instrumentos para trabalhar na prevenção, promoção, tratamento e reabilitação.

As doenças cardiovasculares constituem uma verdadeira pandemia no mundo, tanto em países desenvolvidos, quanto os subdesenvolvidos. A hipertensão arterial é definida como pressão arterial sistólica maior ou igual a 140 mmHg e uma pressão arterial diastólica maior ou igual a 90 mmHg, em indivíduos que não estão fazendo uso de medicação anti-hipertensiva. (SAÚDE, 2006a, p. 14). No Brasil são cerca de 17 milhões de portadores de hipertensão arterial, 35% da população de 40 anos e mais. A carga de doenças representadas pela morbimortalidade devida a doença é muito alta e por tudo isso, a hipertensão é considerada um problema grave de saúde tanto no Brasil, quanto no mundo. (SAÚDE, 2006b, p. 07). A HAS é um dos mais importantes fatores de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais, sendo responsável por pelo menos 40% das mortes por acidente vascular cerebral, por 25% das mortes por doença arterial coronária e, em combinação com diabetes, 50% dos casos de insuficiência renal terminal (SAÚDE, 2006c, p. 9). Sua prevalência no Brasil varia entre 22% e 44% para adultos (32% em média), chegando a mais de 50% para indivíduos com 60 a 69 anos e 75% em indivíduos com mais de 70 anos (JR, 2010, p. 99-106). Modificações de estilo de vida são de fundamental importância no processo terapêutico na prevenção da hipertensão. Alimentação adequada, sobretudo quanto ao consumo de sal, prática de atividade física, tabagismo e uso excessivo de álcool são fatores de riscos que devem ser adequadamente abordados e controlados (SAÚDE, 2006d, p. 7). Nesse sentido, a Hipertensão Arterial Sistêmica tem se constituído um grande desafio a ser enfrentado pelas equipes de saúde, no sentido para elaborar estratégias para sua detecção e cuidado precoce. Este projeto, portanto, apresenta um plano de intervenção com foco na adesão ao tratamento da hipertensão arterial, com vistas a direcionar a prática dos profissionais da saúde desta UBS relacionada a essa problemática, com foco numa detecção precoce, dinâmica e coordenada com os agentes

comunitárias de saúde. Foca, especialmente, na conscientização das mudanças de estilos de vida, estratificação dos usuários com risco para concretizar de forma rápida a HAS, a chegada dos usuários do sistema, ao diagnóstico e adesão ao tratamento.

2 Objetivos

2.1 Objetivo Geral

Promover ações educativas sobre adesão ao tratamento da Hipertensão Arterial Sistêmica.

2.2 Objetivos Específicos

- capacitar a equipe de profissionais da saúde para ao atendimento precoce e coordenado na atenção ao usuário com hipertensão;
- promover ações para fomentar estilos de vida e hábitos saudáveis;
- promover atividades de orientação e conscientização acerca da adesão ao tratamento da HAS.

3 Revisão da Literatura

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) destaca-se como principal causa de morte em todo o mundo e, no Brasil, é considerada como um grave problema de saúde pública. Considerada como uma doença crônica, a hipertensão é uma doença não transmissível e que pode ser controlada. Entretanto, trata-se de uma doença não curável; sendo assim, necessitada de tratamento por toda a vida(COSTA et al., 2014, p. 473). A Hipertensão Arterial é definida como pressão arterial sistólica maior ou igual a 140 mmHg e uma pressão arterial diastólica maior ou igual a 90 mmHg, em indivíduos que não estão fazendo uso de medicação anti- hipertensiva(SAÚDE, 2006a, p. 14). Está associada, frequentemente, às alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo-corção, encéfalo, rins e vasos sanguíneos-e às alterações metabólicas, com aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais(COSTA et al., 2014, p. 473). No Brasil são cerca de 17 milhões de portadores de hipertensão arterial, 35% da população de 40 anos ou mais. A carga de doenças representadas pela morbimortalidade devido à doença é muito alta e por tudo isso a hipertensão é um problema grave de saúde em Brasil e no mundo(SAÚDE, 2006b, p. 7). Sua prevalência no Brasil varia entre 22% e 44% para adultos (32% em média), chegando a mais de 50% para indivíduos com 60 a 69 anos e 75% em indivíduos com mais de 70 anos(JR, 2010). Estudos empíricos que abordam as concepções e práticas de Educação em Saúde entre os profissionais de centros de saúde convencionais e de equipes de Saúde da Família, demonstraram a reduzida frequência com que as ações educativas têm sido desenvolvidas no âmbito desses serviços, particularmente as atividades coletiva. Um ponto de convergência entre esses estudos referem-se à predominância das práticas de Educação em Saúde orientadas pelo modelo hegemônico. De acordo com este modelo, uma relação assimétrica e autoritária é estabelecida entre profissionais e usuários. Estes são considerados carentes de informação em saúde ou portadores de saberes equivocados, razão pela qual os profissionais, orientados pelo conhecimento técnico-científico com status de verdade, transmitem para aqueles, conteúdos sobre comportamentos e hábitos para uma vida saudável. Outro ponto de convergência entre os estudos referidos diz respeito à indicação que fazem os profissionais quanto à natureza da consulta como um contexto de Educação em Saúde. A despeito deste reconhecimento, nos estudos revisados, a consulta médica ainda não havia sido analisada como um espaço educativo. Em razão desta lacuna identificada, este estudo elegeu a consulta médica como unidade de análise, assumindo como objetivo identificar e caracterizar ações de Educação em Saúde ao longo dessas consultas no contexto do Programa Saúde da Família(PSF). Dentre as ações cotidianas da equipe de Saúde da Família, o estudo focalizou a atenção no paciente hipertenso. De acordo com as recomendações do PS, esta atenção deve ser iniciada pela busca ativa de casos na comunidade, seja mediante visitas domiciliares ou rotina de aferição da pressão arterial

de usuarios. A rotina de atenção a esses pacientes prevê tanto o acompanhamento ambulatorial e domiciliar quanto a assistência farmacêutica e a Educação em Saúde. (ALVES; NUNES, 2006) Modificações de estilo de vida são de fundamental importância no processo terapêutico e na prevenção da hipertensão. Alimentação adequada, sobretudo quanto ao consumo de sal, prática de atividade física, tabagismo e uso excessivo do álcool são fatores de risco que devem ser adequadamente abordados e controlados (SAÚDE, 2006c)

O DASH foi um estudo randomizado, controlado e multicêntrico, que comparou o efeito de três padrões dietéticos sobre a pressão arterial, mostrando que uma dieta rica em frutas, verduras e laticínios desnatados, escassa em gorduras saturadas e colesterol, pode reduzir a pressão arterial tanto quanto a monoterapia com anti-hipertensivos em hipertensos no estágio I. Posteriormente, um segundo estudo com a dieta DASH associada à ingestão de quantidades reduzidas de sal mostrou um importante efeito sinérgico na diminuição dos níveis pressóricos (RODRIGO; BENSEÑOR, 2001). Embora intervenções não-farmacológicas possam ter um impacto em reduzir a PA média da população, bem como de pacientes hipertensos; há evidências, principalmente de estudos observacionais, de que intervenções como redução de peso, diminuição da ingestão de sal e do consumo de álcool podem prevenir e tratar a HAS. Quanto a padrões dietéticos, existem alguns estudos observacionais e pelo menos dois estudos de intervenção controlados, mostrando que dietas vegetarianas podem reduzir a PA em normotensos e em hipertensos. Parece que o elevado nível de fibras e minerais, como o potássio e o magnésio, e o reduzido conteúdo de gorduras sejam os responsáveis por tais reduções da PA. Entretanto, ao se estudarem componentes específicos da dieta, por meio de estudos usando suplementos dietéticos, as reduções de PA encontradas em geral são pequenas e inconsistentes (RODRIGO; BENSEÑOR, 2001).

Em relação à perda de peso, já foi demonstrado que pequena perda (-5 por cento do peso total) resulta em melhor controle da pressão arterial e das alterações metabólicas associadas e em regressão da hipertrofia cardíaca. A redução moderada de sal da dieta (-6 g/dia) resulta em queda significativa da pressão arterial no paciente hipertenso. O benefício da atividade física no tratamento da hipertensão arterial até recentemente ainda não estava bem estabelecido; porém, novos estudos têm demonstrado que a prática de exercício do tipo isotônico de carga moderada resulta na redução sustentada da pressão arterial. Outras medidas, tais como suplementação de potássio e aumento do consumo do ácido graxo ômega 3, também resultam queda da pressão arterial. Assim, demonstrou-se que a perda de peso, principalmente nos pacientes hipertensos com obesidade central, pode resultar em grande benefício para esses pacientes, pelo fato de não só reduzir a pressão arterial, mas também facilitar o controle de co-morbidade, diabetes, dislipidemias (FERREIRA; BARRETO-FILHO; GRAZIA, 2003).

O hábito de fumar é responsável por mais morte de que todas as outras drogas psicoativas juntas, o consumo de tabaco é um fator de risco para seis das oito causas principais de morte no mundo: doenças cardíacas isquêmicas, acidentes cerebrais, infecções das vias

aéreas inferiores, Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC), tuberculose e câncer de pulmão, traqueia e brônquio. A fumaça ambiental dos cigarros também é responsável por causar danos à saúde, principalmente em asmáticos, crianças e adultos com tendências às doenças cardíacas (M et al., 2001). Para tanto, são essenciais medidas preventivas, para diminuir o contingente de pessoas que continuamente ingressam no consumo do tabaco. A luta contra a nicotino-dependência tem, por tanto dois ângulos básicos. Um é socorrer as vítimas dessa dependência, liberando-as da nicotina e prolongando sua esperança de vida e com melhor qualidade. O outro, é proteger a enorme massa da população para não ingressar no tabagismo, com medidas preventivas com base no binômio legislação e educação (ROSEMBERG, 2003)

A adesão à terapêutica por parte dos portadores de doenças crônicas como a HAS tem sido discutida como um processo complexo e multifatorial. Sob o ponto de vista do indivíduo, a adesão relaciona-se ao reconhecimento, à aceitação e à adaptação à condição de saúde, bem como à identificação de fatores de risco no estilo de vida adotado e ao desenvolvimento do auto-cuidado e de hábitos e atitudes saudáveis. Como fatores dificultadores da adesão, destacam-se a falta de informação sobre a doença, a passividade do indivíduo em relação aos profissionais de saúde e à escolha do esquema terapêutico, e as representações negativas relacionadas à doença e ao tratamento. No caso da HAS, vários motivos são apontados como causa para a resistência à mudança de hábitos de vida, dentre eles o curso assintomático da doença, a subestimação de suas reais conseqüências e a dificuldade de mudança de padrões comportamentais construídos ao longo do tempo. Logo, as metas da educação em saúde para o indivíduo portador de HAS devem incluir a apropriação de meios para o desenvolvimento de seu autocuidado e autonomia, a ampliação de seu nível de conhecimento e apreensão sobre os processos de saúde-doença-adoecimento e o desenvolvimento de estratégias para seu empoderamento e libertação (RIBEIRO et al., 2012).

Considerando que a HAS uma doença crônica que pode ser controlada, mas não curada, requer um tratamento por toda a vida. Um fato preocupante é que muitos indivíduos só descobrem que são portadores da doença quando apresentam complicações graves, haja vista que a HAS pode evoluir por um longo período sem ocasionar sintomas. Estima-se que, de toda a população de hipertensos, cerca de um terço não sabem que tem a doença e, dentre os que sabem, apenas a metade adere, efetivamente, ao tratamento. Segundo a Sociedade Brasileira de Hipertensão, estudo concluído em julho de 2003 pela OMS revelou que a manutenção do tratamento por parte dos pacientes portadores de doenças crônicas nos países desenvolvidos é realizada por apenas 50% dos doentes. Mas nos países em desenvolvimento esse número é muito menor (SILVA; RIBEIRO, 2006).

A adesão relaciona-se também com a aceitação e com o reconhecimento da doença, para que assim possa haver a adaptação às condições de saúde e a identificação dos fatores de risco, atitudes de vida saudável e do autocuidado. Um dos fatores que mais interferem

no controle da HAS é a não adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso. A não adesão estabelece barreiras no processo de tratamento não minimizando as complicações decorrentes. As dificuldades em mudar o estilo de vida e não seguir a prescrição terapêutica são consideradas um dos maiores problemas no tratamento da doença, mas a falta de informações sobre a doença também é considerada um fator importante para provocar a não adesão (COSTA et al., 2014).

Uma ferramenta considerada importante para incrementar o controle e reduzir o impacto da doença, em todos os níveis de atenção à saúde, trata-se das diretrizes de hipertensão arterial. A Sociedade Brasileira de Cardiologia, associada com outras entidades, tem publicado diretrizes desde 1991, visando reduzir condutas inadequadas na assistência e constituindo a melhor opção para diagnóstico e tratamento, baseada em evidências científicas. A elevada prevalência em adultos, somada ao fato de ser uma condição altamente sensível à atenção ambulatorial, torna a HA uma prioridade assistencial no Sistema Único de Saúde (SUS). Ações preventivas como os incentivos para a prática de atividades físicas, para melhores hábitos alimentares e para a redução do peso e do tabagismo servem também para o tratamento com relação à terapêutica medicamentosa, dispõe-se de numerosos fármacos de eficácia comprovada em grandes estudos. O controle da doença depende de ações adequadas das instituições e dos profissionais de saúde, bem como da adesão dos pacientes. O SUS oportuniza, de forma ampla e gratuita, acesso aos profissionais de saúde e aos medicamentos, especialmente nas unidades básicas de saúde (UBS), tendo alguma dificuldade de oferecer atendimento dos especialistas (CLÓVIA; CRISTINA, 2010).

No Brasil, cerca de 60 a 80% dos casos de HA e DM podem ser tratados na rede primária de saúde, necessitando apenas de medidas preventivas e de promoção de saúde. A atenção primária trata-se do primeiro nível de atenção à saúde, o qual nos anos 90 recebeu o reforço do Programa de Agentes Comunitário (PACS) e do Programa de Saúde da Família (PSF). Tais programas reafirmaram seu conceito e reorganizaram suas práticas num ambiente em equipe e participativo, dirigido a populações de territórios bem delimitados. Por conta das suas grandes importâncias funcionais, atualmente os consideram como uma estratégia. O país, através do Ministério da Saúde (MS), também criou inúmeros programas para o controle das doenças de maior impacto na população. No caso da HA e do DM, o MS publicou o Programa Nacional de Hipertensão e Diabetes Mellitus - Hiperdia. Este programa promoveu a reorientação da Assistência Farmacêutica proporcionando o fornecimento contínuo e gratuito de medicamentos, além do monitoramento das condições clínicas de cada usuário (CARVALHO et al., 2012).

4 Metodologia

População alvo

A presente proposta do projeto de intervenção educativa será desenvolvida com a população adstrita na comunidade Três Córregos no Município Campo Largo, no estado do Paraná. Para aderência ao projeto serão utilizados critérios de inclusão e exclusão, conforme apresentado abaixo.

Critérios de inclusão

- . Todo usuário hipertenso em uso ou não de tratamento anti-hipertensivo.
- . Usuário que apresentar nível alto de pressão arterial constatada no mínimo em duas consultas programadas.

Critérios de exclusão

- . Usuários fora de área de abrangência.

Estratégias de ação

O objetivo deste projeto é apresentar uma série de ações educativas com vistas a melhorar a qualidade de vida, através da modificação dos modos de vida e estilo de vida, visando a diminuição dos impactos negativos da hipertensão arterial na população e sociedade em geral.

O projeto de intervenção terá como foco os fatores de risco modificáveis, mudança do estilo de vida e adesão ao tratamento anti-hipertensivo, centrado na educação em saúde continuada. Para tanto, serão realizadas palestras educativas na comunidade, escolas, creches, moradias e locais de trabalho. O planejamento das palestras contará com apoio das escolas e Secretaria de Saúde, para treinamento da equipe de saúde no tratamento da hipertensão arterial sistêmica, visando a modificação dos fatores de risco desencadeantes, além de atuar na conscientização do usuário no cumprimento do tratamento. Para reverter esta situação desfavorável de não adesão ao tratamento, está planejado um conjunto de atividades educativas e de promoção de saúde com vistas a aumentar o conhecimento da população alvo sobre o tema em questão. Para isso, organizou-se um cronograma de encontros teórico-práticos, treinamento da equipe de saúde sobre hipertensão arterial, palestras sobre os fatores de risco da hipertensão arterial, palestras sobre a importância da prática de exercícios físicos sistemáticos e estímulos a hábitos de vida saudáveis, além de complicações da hipertensão arterial, que serão oferecidos semanalmente, durante quatro meses pela equipe de saúde. Esse projeto foi baseado em um problema de saúde que atinge uma população vulnerável, que ocasiona o maior número de consultas, e que muitas vezes apresenta-se com complicações graves tardias que requerem internações hospitalares e acabam gerando grandes gastos econômicos, financeiros e humanos.

Este projeto permitirá ampliar nosso conhecimento sobre a realidade da comunidade e fomentar hábitos saudáveis a população.

Tabela 1 – Cronograma

ATIVIDADES	01/2011	02/2011	03/2011	04/2011	05/2011	06/2011	07/2011	08/2011	09/2011	2017
Treinamento da equipe de saúde sobre hipertensão.	x	x								
Palestras sobre os fatores de risco à hipertensão.				x						
Palestras sobre a importância da prática de exercícios físicos.					x					
Palestras sobre estilos de vida saudáveis.						x				
Palestras sobre complicações da hipertensão.							x	x		
Palestras sobre hábitos alimentares saudáveis									x	

RECURSOS NECESSÁRIOS

RECURSOS HUMANOS: Para realização deste projeto serão necessários profissionais de diferentes áreas, como: profissionais da Estratégia da Saúde da Família; agentes comunitários, enfermeiras da família, médico da família. **RECURSOS MATERIAIS** Computador, canetas, lápis, cadernos para o registro das atividades. Esfigmomanômetro de mercurio, estetoscópio. Tempo disponível para o desenvolvimento dos trabalhos, de pesquisas e procura da informação. Espaços para o desenvolvimento das atividades. Horário disponível para desenvolvimento das atividades com os grupos.

5 Resultados Esperados

Com a implementação deste projeto espera-se obter os seguintes resultados:

Resultados esperados a curto prazo:

- Aumentar a adesão ao tratamento da HAS, por parte dos usuários do projeto;
- Melhorar a qualidade de vida dos pacientes hipertensos;
- Contribuir com melhor controle da pressão arterial;
- Reincorporação dos pacientes a uma vida útil e produtiva.

Resultados esperados a longo prazo

-Modificar o modo e estilo de vida dos pacientes hipertensos; -Diminuir a mortalidade cardiovascular; -Reduzir as complicações cardiovasculares; -Reduzir os custos econômicos por medicação e hospitalização; -Diminuir o número de internações por doença hipertensiva.

Enfim, espera-se com este trabalho modificar o estilo de vida dos usuários da comunidade, diagnosticados com Hipertensão Arterial Sistêmica, e que não mostraram um controle adequado dos níveis de pressão arterial. Espera-se que os usuários com hipertensão arterial aumentem seus níveis de conhecimento sobre a doença, com formas de manejo de forma autônoma, co-responsabilidade por suas vidas, e melhoraria a qualidade de vida, evitando que estes se convertam em uma carga para ele mesmo, para sua família e para a sociedade, podendo aportar mais para sua comunidade. Procuramos com este projeto, estimular estilos de vida e alimentação saudável, prática de exercícios físicos moderados, atividades de lazer, diminuição do consumo de álcool e cigarro, além de enfatizar a adesão ao tratamento anti-hipertensivo, uma vez que o papel do usuário nesse processo tem um valor determinante para o controle da doença.

Referências

- ALVES, V. S.; NUNES, M. O. Educação em saúde na atenção médica ao paciente com hipertensão arterial no programa saúde da família: interface, comunicação, saúde. *Interface- Comunicação, Saúde, Educação*, v. 10, n. 19, p. 131–132, 2006. Citado na página 16.
- CARVALHO, A. L. M. et al. Adesão ao tratamento medicamentoso em usuários cadastrados no programa hiperdia no município de Teresinha Piauí. *Ciência Saúde Coletiva*, v. 17, n. 7, p. 1886–1887, 2012. Citado na página 18.
- CLÓVIA, H.; CRISTINA, F. S. Inércia clínica e controle da hipertensão arterial nas unidades de atenção primária à saúde. *Arq Brasil Cardiol*, v. 95, n. 2, p. 223–229, 2010. Citado na página 18.
- COSTA, Y. F. et al. O papel educativo do enfermeiro na adesão ao tratamento da hipertensão arterial sistêmica: revisão integrativa da literatura. *O Mundo da Saúde*, v. 38, n. 4, p. 473–481, 2014. Citado 2 vezes nas páginas 15 e 18.
- FERREIRA, L. H.; BARRETO-FILHO, J. A.; GRAZIA, M. Q. Tratamento não medicamentoso da hipertensão arterial. *Revista. Soc. Cardiol Estado de São Paulo*, v. 13, n. 1, p. 148–155, 2003. Citado na página 16.
- JR, D. M. Diretrizes brasileiras de hipertensão: Arquivos brasileiros de cardiologia. 1, v. 95, n. 1, p. 99–106, 2010. Citado 2 vezes nas páginas 10 e 15.
- M, D. C. A. et al. Os efeitos do tabagismo como fator de risco para doenças cardiovasculares. *projeto revista*, p. 4–12, 2001. Citado na página 17.
- RIBEIRO, A. G. et al. Hipertensão arterial e orientação domiciliar; o papel estratégico da família. *Revista de nutrição*, v. 25, n. 2, p. 271–282, 2012. Citado na página 17.
- RODRIGO, D. O.; BENSEÑOR, I. M. Dietas e hipertensão arterial. *Revista Brasileira Hipertensão*, v. 8, n. 2, p. 221–224, 2001. Citado na página 16.
- ROSEMBERG, J. *Nicotina Droga Universal*. São Paulo: São Paulo, 2003. Citado na página 17.
- SAÚDE, M. da. *Hipertensão Arterial Sistêmica*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Citado 2 vezes nas páginas 10 e 15.
- SAÚDE, M. da. *Hipertensão Arterial Sistêmica*. Brasília: Ministério Saúde, 2006. Citado 2 vezes nas páginas 10 e 15.
- SAÚDE, M. da. *Hipertensão Arterial Sistêmica*. Brasília: Ministério Saúde, 2006. Citado 2 vezes nas páginas 10 e 16.
- SAÚDE, M. da. *Hipertensão Arterial Sistêmica*. Brasília: Ministério Saúde, 2006. Citado na página 10.

SILVA, A. G. B. da; RIBEIRO, G. telma. Adesão ao tratamento anti-hipertensivo: um análise conceitual. *Revista electronica enfermagem*, v. 8, n. 2, p. 259–277, 2006. Citado na página [17](#).