



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

Yilianny Gutierrez Escanaverino

Intervenção educativa para diminuir os riscos
cardiovasculares em pacientes portadores de hipertensão
arterial sistêmica da Unidade Básica de Saúde Dr.
Nilton Luiz De Castro, em Ponta Grossa - PR

Florianópolis, Março de 2018

Yilianny Gutierrez Escanaverino

Intervenção educativa para diminuir os riscos cardiovasculares em pacientes portadores de hipertensão arterial sistêmica da Unidade Básica de Saúde Dr. Nilton Luiz De Castro, em Ponta Grossa - 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: Murielk Motta Lino
Coordenadora do Curso: Profa. Dra. Fátima Büchele

Florianópolis, Março de 2018

Yilianny Gutierrez Escanaverino

Intervenção educativa para diminuir os riscos cardiovasculares em pacientes portadores de hipertensão arterial sistêmica da Unidade Básica de Saúde Dr. Nilton Luiz De Castro, em Ponta Grossa - 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

Murielk Motta Lino
Orientador do trabalho

Florianópolis, Março de 2018

Resumo

Introdução: A hipertensão arterial sistêmica é um dos problemas de saúde de maior prevalência no Brasil, não só como doença, mas como fator de risco para a aparição de outras doenças de maior gravidade, é por isso que o adequado controle da mesma é de uma grande importância. A Atenção Básica de Saúde é o âmbito ideal para o controle partindo da premissa que o diagnóstico precoce, o controle e o tratamento adequado dessa afecção são essenciais para diminuição das complicações cardiovasculares, renais, cerebrais, da retina e os pequenos vasos. **Objetivo:** O objetivo deste projeto de intervenção é diminuir os riscos cardiovasculares em pacientes portadores de hipertensão arterial da UBS Dr. Nilton Luiz De Castro, Ponta Grossa, Paraná. **Metodologia:** O estudo é um projeto de intervenção que envolverá os hipertensos da área de abrangência incluídos segundo os critérios utilizados. A abordagem integral dos pacientes tomando conta do cadastramento e a estratificação de risco cardiovascular pelo escore de Framingham, direcionando depois para consultas médicas, visitas domiciliares e atividades de promoção de saúde e prevenção de doenças segundo as prioridades pelos hipertensos envolvidos. **Resultados esperado:** Espera-se que a partir da implementação do plano de ação proposto ocorra a redução do número de fatores de risco na hipertensão arterial sistêmica através da implantação de estratégias de saúde, diminuindo o número de pacientes de alto risco e aumentando a quantidade de pacientes categorizados de baixo risco. Assim contribuir a reduzir as complicações da doença e aumentar o estado de saúde dos pacientes hipertensos, e aumentar a educação em saúde da população.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde, Educação da População, Hipertensão, Prevenção de Doenças, Projetos de Pesquisa

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	23
	REFERÊNCIAS	25

1 Introdução

Ponta Grossa é um município localizado no centro do Estado do Paraná, distante 103 quilômetros da capital Curitiba, com uma população estimada de 341.130 habitantes. É o núcleo de uma das regiões mais populosas do Paraná e o maior parque industrial do interior do estado. A cidade, também conhecida como "Princesa dos Campos" e "Capital Cívica do Paraná", é a quarta (4^o) mais populosa do Paraná e 76^a do Brasil. O nome Ponta Grossa é a toponímia de uma grande colina coberta por um capão de mato que podia ser vista de longa distância pelos viajantes ([WIKIPEDIA, 2017](#)).

A Unidade Básica de Saúde Dr. Nilton Luiz de Castro encontra-se localizada no município de Ponta Grossa. Na área da UBS, existem conselhos comunitários que fazem reunião uma vez cada 4 meses e líderes comunitários formais, onde a presidenta do conselho comunitário se relaciona diretamente com a UBS, pois é a administradora geral da mesma. Sobre os serviços públicos do bairro: educação, saúde e assistência social, existem 3 escolas em toda a área de diferentes níveis de ensino, mais de 4 igrejas que profetizam diferentes religiões e lugares destinados ao lazer onde se destaca um campo de futebol e ginásios ao ar livre. Há na localidade áreas de vulnerabilidade social como tráfico de drogas, risco de acidentes de trânsito e áreas sem coleta de lixo. A renda de mais de 80% das famílias do bairro gira em torno de 1 salário mínimo e portanto as famílias são beneficiárias de algum programa social (Bolsa Família e/ou Programa Estadual Leite das Crianças). O índice de analfabetismo fica perto do 4%, com um nível geral de ensino fundamental e médio. O saneamento básico no bairro e o abastecimento de água é por rede pública com cobertura de 99,60%. Existe recolhimento de lixo 3 vezes por semana. As casas são mistas em mais de 80% dos casos, de madeira em 5% e de alvenaria em 15%.

Na área de saúde, além da UBS existem outros centros de apoio à saúde como CAPS II e Centro de juventude. Na UBS Dr. Nilton Luiz de Castro conta-se com três equipes de saúde da família, sendo que enquanto médica atua na equipe 3 com uma população de 3780 pessoas, com 531 famílias sendo 1.924 pessoas femininas e 1.856 masculinos. Neste momento, 18 gestantes acompanhadas por meio de consultas e visitas domiciliares, 82 crianças menores de 2 anos acompanhadas, 40 crianças menores de 1 ano acompanhadas, 14 crianças menores de 6 meses acompanhadas, número de crianças com aleitamento materno exclusivo menores de 6 meses 10, menores de 1 ano com vacinas ao dia 39, com uma prevalência na atualidade de hipertensão arterial sistêmica de 417 e de diabetes mellitus de 161 que recebem a visita domiciliar do agente comunitário de saúde mensalmente para acompanhamento dos valores de referência de pressão arterial e diabetes.

As queixas mais comuns pela população são 37% hipertensão arterial, 29% diabetes mellitus, 18% saúde mental, 9% saúde mental, 7% infecções agudas tanto do sistema respiratório como do sistema urinário. Em minha equipe de saúde da família programamos

os atendimentos de acordo à demanda priorizando o agendamento para os pacientes com doenças crônicas e os agentes comunitários visitam as casas de pacientes doentes para prevenir as complicações associadas à doenças crônicas tanto hipertensão quanto diabetes mellitus, no plano da saúde materno-infantil em minha unidade de saúde não houve óbitos em crianças com menos de um ano, o esquema de vacinação está atualizado com exceção das crianças com febre nesse momento, todas as gestantes tiveram 7 e mais controles durante o pré-natal, eu e minha equipe de saúde fazemos consulta e acompanhamento tanto no posto de saúde quanto nas visitas domiciliares e estão estáveis, as causas mais frequentes de morte na comunidade são, infarto agudo do miocárdio, doenças cerebrovasculares, cânceres, pneumonias em pacientes acamados, as causas de internações mais frequentes são doenças cardiovasculares, emergências hipertensivas, diabetes mellitus descontroladas com complicações associadas, outras doenças que estão afetando a comunidade são as diarreias pôr o consumo de água de torneira e maus hábitos higiênicos-dietéticos.

O problema a ser trabalhado no presente projeto de intervenção é são estratégias educativas para melhorar a qualidade de vida de pacientes com hipertensão arterial sistêmica na UBS onde atuo. Através da Estratégia Saúde da Família procuramos mudar a atenção e a assistência em saúde na atenção básica. Nesse sentido, uma alteração que se deseja é a substituição de uma assistência passiva, individualizada, curativa e, muitas vezes improvisada, por um cuidado que também pense na promoção de saúde, na prevenção de doenças e planeje e avalie suas ações. O processo de trabalho em equipe constitui-se em uma prática na qual é fundamental a comunicação entre os profissionais no exercício cotidiano do trabalho. O atendimento deve de ser integral e interdisciplinar, tendo como objetivo a atuação integral em saúde.

A identificação dos vários fatores de risco para hipertensão arterial colabora muito para os avanços na epidemiologia cardiovascular, visto que a hipertensão arterial é um importante fator de risco para essas doenças, e conseqüentemente, nas medidas preventivas e terapêuticas dos altos índices pressóricos, que abarcam os tratamentos farmacológicos e não farmacológicos. Algumas ações como a redução do peso corporal, a restrição alcoólica, o abandono do tabagismo e a prática regular de atividade física vem se confirmando como estratégias eficazes no combate a hipertensão. O projeto proposto pretende expor o problema da hipertensão em adultos e este poderá contribuir e servir de alerta para que os profissionais de saúde e de outras áreas possam tomar atitudes e propor ações sistemáticas para fazer o diagnóstico precoce evitando complicações futuras consecutivas à instalação da doença crônica.

O estudo deste tema é importante para toda nossa comunidade, para todos os pacientes com doenças crônicas não transmissíveis, sobretudo para todos os pacientes com hipertensão arterial sistêmica. Este tema é importante pelo aumento da incidência e prevalência de hipertensos que temos em nossa área de abrangência, por o desconhecimento sobre os fatores de risco atribuíveis à doença, neste sentido realizaremos atividades de prevenção

e promoção em saúde sobre as DCNT o seja fazer trabalho continuo de educação para a saúde ensinando quais são os fatores de risco mais importantes para o desenvolvimento da doença, ações de prevenção e promoção dessas doenças e outra coisa muito importante é a atualização do tema de hipertensão arterial sistêmica, Dessa forma, amplia-se e aprofunda-se nos conhecimentos sobre os fatores de risco associados à hipertensão, para que possam promover ações educativas, intervenções, esclarecimentos e conscientização da população em geral. Principalmente, sobre estilos de vida saudáveis, verificando a efetividade de programas no controle da hipertensão e, diminuição ou remoção dos fatores de risco associados a ela.

Eu, como profissional de saúde, meu objetivo mais importante é que aconteçam essas mudanças na vida dos hipertensos, a doença pode ser controlada com tratamento não farmacológico que inclui a restrição de alimentos ricos em sódio, lipídios e carboidratos simples, abandono do tabagismo e de consumo de bebidas alcoólicas, controle do peso e do estresse, a realização de atividade física e ainda o aumento da ingestão de potássio, controle das dislipidemias, suplementação de cálcio e magnésio e atividade anti-estresse, aqui é imprescindível o envolvimento dos profissionais de saúde, cabendo a todos abordar aspectos de prevenção e de promoção à saúde, prestar informações ao publico, implementar programas educativos e avaliá-los periodicamente, visando à melhoria das ações desenvolvidas e á adequação das mesmas ás novas realidades, além de desenvolver pesquisas sobre a prevenção e o controle da hipertensão arterial. Quando ocorre este trabalho interdisciplinar a atenção à saúde ocorre de forma eficaz. Pretende-se com a implementação da sistematização do atendimento ao paciente hipertenso possibilitar o acompanhamento e o controle dos pacientes com hipertensão e o planejamento de atividades educativas.

2 Objetivos

2.1 Objetivo Geral

Diminuir os riscos cardiovasculares em pacientes portadores de hipertensão arterial da UBS Dr. Nilton Luiz De Castro, Ponta Grossa, Paraná.

2.2 Objetivos específicos

1. Identificar os fatores que dificultam o controle da hipertensão arterial por seus portadores;
2. Promover ação educativa em saúde para os portadores de hipertensão arterial;
3. Organizar acompanhamento clínico para os portadores de hipertensão arterial.

3 Revisão da Literatura

As doenças cardiovasculares são as principais causas de morbidade e mortalidade em adultos nos países industrializados e com maior desenvolvimento econômico mas podem existirem em muitos países em desenvolvimento. As doenças cardiovasculares são apresentadas em diversas formas clínicas e são um dos fatores predisponentes mais importantes para o início precoce, a gravidade que afeta diretamente a morbidade e mortalidade dos pacientes (SBC, 2010).

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é um dos grandes problemas de saúde pública no mundo e no Brasil. É um síndrome clínico multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial (PA). A hipertensão é considerada uma doença assintomática que tem uma evolução lenta e sem um tratamento adequado, pode ter complicações graves, comprometendo a qualidade de vida do portador. Associa-se a complicações dos órgãos-alvo (coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos) e a alterações metabólicas, com consequente aumento no risco de eventos cardiovasculares, como doença arterial coronariana, acidente vascular encefálico, doença vascular periférica, insuficiência renal e insuficiência cardíaca congestiva, dentre outras (BRASIL, 2006).

No Brasil são cerca de 17 milhões de portadores de hipertensão arterial, 35% da população de 40 anos e mais e tal número é crescente. Seu aparecimento está cada vez mais precoce e estima-se que cerca de 4% das crianças e adolescentes também sejam portadoras. A carga de doenças e apresentada pela morbimortalidade devida a essa patologia é muito alta e por tudo isso a hipertensão arterial é um problema grave de saúde pública mundialmente (SILVA, 2014).

As doenças cardiovasculares (DCV) constituem a primeira causa de morbimortalidade em adultos em relação a qualquer outra causa e cada vez mais pessoas morrem anualmente por estas doenças, uma delas é a hipertensão arterial sistêmica (HAS) que por sua vez, multiplica o risco para o desenvolvimento de outras Doenças Cardiovasculares (DCV). Portanto é um importante fator de risco a ser considerado na morbimortalidade cardiovascular. Na assistência ao portador de HAS, as ações de saúde devem contemplar a abordagem para redução dos fatores de risco para as DCV por meio de uma terapêutica medicamentosa e mudanças no estilo de vida (SILVA, 2014) (PESSUTO, 2008).

Para alcançar um adequado controle dos pacientes e importante a adesão dos mesmos ao tratamento e, para isso, a equipe de saúde deve utilizar as atividades de educação em saúde como ferramenta principal, além das consultas individuais, elevando a participação do primeiro nível de atenção ou seja a Estratégia da Saúde da Família. Ela aproveitando o vínculo com a comunidade e usuários e as melhores condições para controle dos fatores de risco para as doenças cardiovasculares, além da natureza multidisciplinar dos atendimentos (PESSUTO, 2008).

Quanto ao atendimento clínico, as diretrizes e os protocolos para tratamento da HAS recomendam a avaliação do risco cardiovascular em hipertensos e uma forma de classificá-lo e a utilização de algoritmos, sendo o modelo de Framingham recomendado pelas diretrizes brasileiras. O estudo de Framingham, iniciado em 1948, teve como objetivo investigar os fatores de risco para as doenças do coração, pois foi uma época de transição epidemiológica em que a mortalidade e a incidência da DCV aumentavam progressivamente e pouco se conhecia sobre seus fatores de risco e fisiopatologia (SBC, 2007).

A hipertensão arterial é causa de lesões em órgãos-alvo, como o cérebro (acidente vascular encefálico), o coração (hipertrofia miocárdica, infarto do miocárdio), e, como via final, a miocardiopatia dilatada, comprometimento das artérias de extremidades, dos vasos da retina (até cegueira) e os rins (insuficiência renal crônica). A hipertrofia ventricular esquerda (HVE) induzida pela hipertensão arterial é um fator independente de risco cardiovascular. A ocorrência de eventos como insuficiência cardíaca, doença coronária, insuficiência renal e acidente vascular encefálico é maior em pacientes hipertensos com HVE quando comparados aos demais hipertensos, estando também relacionada ao aumento de arritmias e morte súbita, proporcional ao grau de hipertrofia. O controle adequado da pressão arterial em indivíduos hipertensos é a principal estratégia para prevenção das complicações cardiovasculares da doença (BRASIL, 2006)

A promoção do estilo de vida mais ativo tem sido utilizada como estratégia de desenvolver melhoria nos padrões de saúde e na qualidade de vida. Estudos recentes têm demonstrado que intervenções não farmacológicas no manejo da HAS, complementares ao tratamento, são cada vez mais relevantes na prática clínica. A redução do peso e a menor ingestão de sódio e álcool, associados às práticas corporais, podem reduzir em até 10 mmHg a pressão arterial sistólica (PAS). Indivíduos que não praticam atividade física ou indivíduos sedentários têm um risco 30% a 50% maior de desenvolver (RAYMUNDO, 2014). Entre os hábitos de vida, a alimentação ocupa um papel de destaque no tratamento e prevenção da HAS existem dez passos para alimentação de pacientes hipertensos que são essenciais no abordagem na ESF (SOARES, 2011) (PITANGA, 2014) (BRASIL, 2006):

1. Usar o mínimo de sal no preparo dos alimentos. Recomenda-se para indivíduos hipertensos 4 g de sal por dia (uma colher de chá), considerando todas as refeições.
2. Para não exagerar no consumo de sal, evite deixar o saleiro na mesa.
3. Ler sempre o rótulo dos alimentos verificando a quantidade de sódio presente (limite diário: 2.000 mg de sódio).
4. Preferir temperos naturais como alho, cebola, limão, cebolinha, salsinha, açafrão, orégano, manjericão, coentro, cominho, páprica, sálvia, entre outros. Evite o uso de temperos prontos, como caldos de carnes e de legumes, e sopas industrializadas. Atenção também para o aditivo glutamato monossódico, utilizado em alguns condimentos e nas sopas industrializadas, pois esses alimentos, em geral, contêm muito sódio.

5. Alimentos industrializados como embutidos (salsicha, salame, presunto, linguiça e bife de hambúrguer), enlatados (milho, palmito, ervilha etc.), molhos (ketchup, mostarda, maionese etc.) e carnes salgadas (bacalhau, charque, carne seca e defumados) devem ser evitados, porque são ricos em gordura e sal.

6. Diminuir o consumo de gordura. Use óleo vegetal com moderação e dê preferência aos alimentos cozidos, assados e/ou grelhados.

7. Procurar evitar a ingestão excessiva de bebidas alcoólicas e o uso de cigarros, pois eles contribuem para a elevação da pressão arterial.

8. Consumir diariamente pelo menos três porções de frutas e hortaliças (uma porção = 1 laranja média, 1 maçã média ou 1 fatia média de abacaxi). Dar preferência a alimentos integrais como pães, cereais e massas, pois são ricos em fibras, vitaminas e minerais.

9. Procurar fazer atividade física com orientação de um profissional capacitado.

10. Manter o peso saudável/ideal. O excesso de peso contribui para o desenvolvimento da hipertensão arterial.

11. Consumir laticínios e vitamina D: Existem evidências que a ingestão de laticínios, em especial os com baixo teor de gordura, reduz a PA. O leite contém vários componentes como cálcio, potássio e peptídeos bioativos que podem diminuir a PA. Em alguns estudos, níveis séricos baixos de vitamina D se associaram com maior incidência de HA. Entretanto, em estudos com suplementação dessa vitamina, não se observou redução da PA.

12. Consumir alho: O alho possui inúmeros componentes bioativos, como a alicina (encontrada no alho cru) e as-alil-cisteína (encontrada no alho processado). Discreta diminuição da PA tem sido relatada com a suplementação de várias formas do alho.

Abordar a Hipertensão Arterial como grave problema de Saúde Pública implica na busca para conhecer as dificuldades de cunho psicossocial, econômico, biológico e cultural que envolve os seus portadores. Entender tais dificuldades torna-se relevante, principalmente ao articulá-las às condições de produção de conhecimento sobre a doença no imaginário social. O conhecimento possibilita a identificação de experiências vivenciadas pelos portadores, familiares e profissionais de saúde em relação à doença (PESSUTO, 2008).

A decisão de quando iniciar medicação anti-hipertensiva deve ser considerada avaliando a preferência da pessoa, o seu grau de motivação para mudança de estilo de vida, os níveis pressóricos e o risco cardiovascular. O tratamento medicamentoso utiliza diversas classes de fármacos selecionados de acordo com a necessidade de cada pessoa, com a avaliação da presença de comorbidades, lesão em órgãos-alvo, história familiar, idade e gravidez. Frequentemente, pela característica multifatorial da doença, o tratamento da HAS requer associação de dois ou mais anti-hipertensivos. Com a redução de 5 mmHg na pressão diastólica ou 10mmHg na pressão sistólica, há redução aproximada de 25% no risco de desenvolver cardiopatia isquêmica e de 40% no risco de apresentar AVC (RAYMUNDO, 2014).

A saúde é construída pelo cuidado de cada um consigo mesmo e com os outros, pela

capacidade de tomar decisões e de ter controle sobre as circunstâncias da própria vida. Tal desafio é sobretudo da Atenção Básica, notadamente da Saúde da Família, espaço prioritário e privilegiado de atenção á saúde que atua com equipe multiprofissional e cujo processo de trabalho pressupõe vínculo com a comunidade, levando em conta diversidade racial, cultural, religiosa e os fatores sociais envolvidos. A motivação pelo tema do estudo surgiu então, de minha experiência profissional, assistindo portadores de HA, como médica da Estratégia de Saúde da Família (ESF). Esta experiência possibilitou-me observar empiricamente, que os portadores não percebem a HA como doença, mas, em geral, encaram-na como mal-estar passageiro, embora sejam conscientes dos riscos de morte e das sequelas incapacitantes (BRASIL, 2006).

4 Metodologia

Trata-se de um estudo de intervenção de tipo longitudinal a ser aplicado na Unidade Básica de Saúde (UBS) Nilton Luiz de Castro, no município de Ponta Grossa, Paraná, para a redução de fatores de risco na hipertensão arterial sistêmica. O período de realização do estudo vai ser do mês de março a outubro de 2018.

A população alvo vão ser os hipertensos cadastrados no sistema de informações da UBS os quais vão ser selecionados pelos critérios de inclusão e exclusão:

Critérios de inclusão do paciente:

- Todos aqueles atendidos na unidade de Nilton Luiz de Castro com diagnóstico de hipertensão independentemente da idade e sexo.

- Pacientes sem transtornos mentais.
- Pacientes que foram diagnosticados durante a realização da intervenção.
- Aceitação do paciente á participação no estudo

Critérios de exclusão dos pacientes:

- Aqueles que não aceitarem participar do estudo.
- Acamados
- Aqueles com deficiência mental em acompanhamento.

As variáveis a serem usadas são idade, sexo, padrão alimentar, tabagismo, uso de álcool, índice de massa corporal (IMC), nível de atividade física, nível socioeconômico. As informações necessárias para conhecer o perfil dos pacientes serão obtidas no sistema de informação da atenção básica para o uso das diferentes variáveis.

O primeiro a ser realizado é estratificação de risco cardiovascular de todos esses usuários pelo escore de Framingham (consiste em um algoritmo de risco multivariado que incorpora os fatores de risco das doenças cardiovasculares (DCV) que podem ser utilizadas na atenção primária de saúde (APS) para estimar o risco individual dos pacientes de desenvolver as DCV que toma conta dos seguintes aspectos: idade, HDL colesterol, colesterol total, níveis pressóricos, tabagismo e acompanhamento dos níveis de glicose) que classifica em risco baixo, intermediário e alto risco, além dos critérios do Ministério da Saúde que classifica segundo diferentes condições de hipertensos:

- Risco baixo e intermediário: tabagismo , obesidade , Hipertensão Arterial, sedentarismo, sexo masculino , idade maior que 65 anos , histórico familiar, homens menor que 55 e mulheres menor que 65 com evento cardiovascular prévio
- Alto risco Acidente vascular cerebral e infarto agudo do miocárdio prévio , diabetes , lesões de órgãos alvos (Hipertrofia de ventrículo esquerdo, ataque transitório de isquemia, nefropatia, retinopatia), Aneurisma da aorta abdominal e estenose da carótida sintomática.

A estratificação do paciente no critério de risco será realizada durante a procura dos usuários hipertensos pela unidade, seja para consulta, troca de receita ou outros, e também pela busca ativa dos outros pacientes sabidamente hipertensos ou portadores de fatores de risco, pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Será utilizado o cadastro, disponível no programa hiperdia denominada "Cadastro do hipertenso e ou Diabético".

Para a realização da estratificação de risco com o uso de exames de laboratório serão a critério médico com intervalo trimestral usando o laboratório do SUS para diminuir a vulnerabilidade de erro laboratorial, com orientações aos participantes de evitar a ingestão de álcool nas 72h que antecederem a coleta do sangue e nenhuma atividade física vigorosa deve ser realizada nas 24h que antecedem o exame.

Durante o cadastramento, os ACS juntamente com a técnica de enfermagem preencherão os dados de identificação e antropométricos. O médico e a enfermeira, durante as consultas específicas realizarão o preenchimento dos demais dados e a estratificação dos pacientes nos grupos de risco e assim realizar um banco de informações que ajudem ao acompanhamento destes pacientes:

Será elaborado um arquivo rotativo contendo dados referentes aos hipertensos (nome, endereço, data da última consulta e data do retorno, medicamentos em uso) e agendado o retorno após cada consulta (médica ou de enfermagem). O paciente hipertenso terá seu retorno agendado para o médico coordenador do estudo de acordo com a sua classificação e periodicidade estabelecida pelo Protocolo de Hipertensão. Também será realizado o levantamento mensal de todos os hipertensos faltosos às consultas e referendar para a busca ativa dos mesmos com reagendamento das consultas.

As palestras educativas serão realizadas mensalmente com temas previamente estabelecidos, referentes à prevenção, tratamento, riscos da hipertensão e estímulo a hábitos de vida saudáveis. Terá a participação da equipe multiprofissional (médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem, nutricionista, fisioterapeuta, educador físico, dentre outros) de acordo com o tema estabelecido para o grupo, a participação dos familiares pode ser um aporte interessante para lograr apoio familiar e a inserção de todos em o tratamento sobretudo não farmacológico (o referente á atividade física e alimentação).

As mensurações de PA serão feitas tanto em palestras como em visitas domiciliares onde vai ser monitorado além o tratamento, pacientes com PA elevadas devem acudir á UBS para controle. Criar e implementar programas de incentivo ao tratamento, educação e conscientização do paciente sobre a necessidade de tratamento, mostrando seus benefícios, treinando ás ACS para aumentar a educação em saúde e intentar inserir aos hipertensos em grupos de caminhadas dentre outros para assim evitar o sedentarismo e aumentar o relacionamento do paciente com os profissionais da equipe de saúde.

É muito importante detalhar a terapêutica usada o uso dos remédios os horários das medicações outra coisa que pode ajudar é falar sobre as características físicas dos comprimidos como cor , tamanho e relacionar as características com os horários dos medica-

mentos , muito importante vai ser um cronograma de consultas bem certo de consultas intercaladas entre o medico e o enfermeiro onde todos os detalhes do acompanhamento dos pacientes hipertensos segundo os protocolos e diretrizes de atendimento dos pacientes hipertensos o cronograma de consulta vai ser de acordo com a classificação do risco de doença cardiovascular dando maior prioridade para as consultas aos pacientes com maior risco a consulta pode ser com o medico ou enfermeiro dependendo do estado do paciente e de se tem ou não complicações associadas.

As consultas médicas e de enfermagem citadas serão realizadas preferencialmente em horário pré-determinado para essa atividade, dia do HIPERDIA. O controle da frequência e da regularidade dos pacientes às consultas médicas e de enfermagem e à realização dos exames complementares, além da análise da adesão ao tratamento pelas visitas dos ACS, será desenvolvido por meio do acompanhamento pelas Ficha de Acompanhamento do Hipertenso e/ou Diabético, ser preenchida pelo médico e pela enfermeira durante as consultas do HIPERDIA. e Ficha B-HA,, a ser preenchida pelos ACS durante as visitas domiciliares. O apoio dos NASF serão muito importante no desenvolvimento de toda as etapas da realização do trabalho educativo.

Os lugares destinados para a realização do trabalho serão na UBS, o local da Associação de moradores para a realização das palestras e nas casas dos hipertensos durante as visitas domiciliares. Os recursos materiais necessários são: equipamentos adequados para realização da classificação de risco. A UBS possui esfigmomanômetros, estetoscópios, tas métricas e balanças. Já os recursos humanos multiprofissionais: disponibilidade dos profissionais de saúde de diversas áreas. Os profissionais tanto da ESF quanto da equipe expandida, NASF já estão cientes e dispostos a participar do projeto.

5 Resultados Esperados

O resultado esperado neste projeto de intervenção é reduzir o número de fatores de risco na Hipertensão Arterial Sistêmica dos pacientes da UBS Dr. Nilton Luiz De Castro, Ponta Grossa, Paraná, através da implantação de estratégias de saúde, e conseqüentemente diminuir o número de pacientes de alto risco e aumentando a quantidade de pacientes categorizados de baixo risco. Isso será benéfico para a qualidade de vida e bem estar dos envolvidos, suas famílias e sistema de saúde como um todo.

Compreende-se que o cuidado saúde de portadores de doenças crônicas por meio de educação em saúde permite uma melhora a qualidade de vida e bem estar das pessoas envolvidas na ação, diminui as possibilidades de comorbidades que trazem prejuízos a pessoa e família, bem como oneram o sistema de saúde. A prevenção e promoção de saúde são os caminhos para a consolidação de um modelo de atenção que preza por todos os envolvidos e em todas as instâncias de atenção, mas mais especialmente na atenção básica traz resultados importantes com baixo ou nenhum custo.

Referências

- BRASIL, M. da S. *Hipertensão Arterial Sistemica*. Brasilia: Ministerio da Saude, 2006. Citado 3 vezes nas páginas 15, 16 e 18.
- PESSUTO, J. Fatores de risco em individuos com hipertensão. *Revista latinoamericana de Enfermagem*, p. 33–39, 2008. Citado 2 vezes nas páginas 15 e 17.
- PITANGA, F. Atividade fisica como discriminador de ausencia de hipertensão arterial sistemica em homens adultos. *Rev Bras Med Esporte*, p. 450–460, 2014. Citado na página 16.
- RAYMUNDO, A. Adesão ao tratamento de hipertensão em um programa de gestão de doenças crônicas. *Rev Esc Enferm USP*, p. 811–819, 2014. Citado 2 vezes nas páginas 16 e 17.
- SBC, S. B. de C. Risco cardíaco pelo score de framingham. *Sociedade Beneficente Israelita Brasileira*, p. 1–19, 2007. Citado na página 16.
- SBC, S. B. de C. Diretrizes brasileiras de hipertensão. *Ministerio da Saude*, p. 1–76, 2010. Citado na página 15.
- SILVA, V. Avaliação do risco coronario e sua relação com as ações de saude em hipertensos. *Revista Brasileira de Enfermagem*, p. 730–736, 2014. Citado na página 15.
- SOARES, C. A enfermagem e as ações de prevenção primaria de hipertensão em adolescentes. *Revista Adolescencia e saude*, p. 46–55, 2011. Citado na página 16.
- WIKIPEDIA. *Ponta Grossa*. 2017. Disponível em: <https://pt.wikipedia.org/wiki/Ponta_Grossa>. Acesso em: 19 Nov. 2017. Citado na página 9.