MAIDA ZENAIDE MARRERO GARCIA

# INTERVENÇÃO EDUCATIVA COM HIPERTENSOS NA UNIDADE BASICA DE SAUDE IRENE FRANCO AGUIAR DO MUNICIPIO DE RIO MARIA - PARÁ

RIO MARIA – PA

2007

**MAIDA ZENAIDE MARRERO GARCIA**

# INTERVENÇÃO EDUCATIVA COM HIPERTENSOS NA UNIDADE BASICA DE SAUDE IRENE FRANCO AGUIAR DO MUNICIPIO DE RIO MARIA - PARÁ

Trabalho de Conclusão de Curso de Especialização em Saúde da Família apresentado à Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre - UFCSPA como requisito indispensável para a conclusão do curso.

Orientador: Bruno Brunelli

**RIO MARIA – PA**

**2007**

## RESUMO

HAS (Hipertensão Arterial Sistêmica) é uma condição clínica multifatorial, caracterizada pela elevação sustentada da pressão arterial (PA) e por alterações metabólicas, apresentando alta prevalência e baixas taxas de controle, sendo considerado um dos mais importantes problemas de saúde pública. O objetivo deste projeto de intervenção será desenvolver intervenções educativas sobre HAS (Hipertensão Arterial Sistêmica), FR (Fator de Risco) determinantes e complicações para os pacientes da ESF (Estratégia de Saúde da Família). O projeto será realizado na área de abrangência da Estratégia de Saúde da Família Irene Franco Aguiar no município Rio Maria - Pará. Serão identificados 50 pacientes com diagnóstico de HAS (Hipertensão Arterial Sistêmica) de mais de 1 ano de evolução, cadastrado e acompanhado no Programa Hiperdia, com residência na área de abrangência da Estratégia de Saúde da Família. Será aplicado um questionário, para avaliar nível de conhecimento sobre a doença. Posteriormente serão realizadas intervenções educativas sobre HAS por um período de três meses. Com o projeto logrou-se elevar os níveis de conhecimento dos pacientes, sobre HAS; manutenção dos níveis de PA 9 Pressão Arterial) nos limites preconizados pelo Ministério de Saúde; reduzir a prevalência e evitar o desenvolvimento de complicações melhorando a qualidade de vida e a saúde dos usuários hipertensos.



**Descritores:** Atenção Primária à Saúde, Diabetes Mellitus, Hipertensão, Prevenção de saúde, Promoção da saúde.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO 5
2. ESTUDO DE CASO CLÍNICO 7
3. PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DE DOENÇAS 14
4. VISITA DOMICILIAR/ATIVIDADE NO DOMICÍLIO 16
5. REFLEXÃO CONCLUSIVA 20
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS 22

ANEXO I - PROJETO DE INTERVENÇÃO 23

## 1. INTRODUÇÃO

Eu sou a doutora Maida Zenaida Marrero García, tenho 45 anos, sou natural de Granma-Cuba, me graduei como médica pela Universidade de Ciências Medicas de Manzanillo no mês de julho do ano de 1995 e no ano 2000 de especialista em Medicina Geral Integral. Em dezembro de 2015, aderi ao Programa Mais Médico para o Brasil (PMMB), fui alocada no município Rio Maria – Pará. Atuo no Centro de Saúde Irene Franco Aguiar, localizado no Bairro Centro, cuja área da abrangência, atende além algumas vilas rurais.

A população é composta por 4.111 habitantes, a maioria de nível socioeconómico médio. O município consta com um hospital municipal, e minha equipe está composta especificamente por 01 médica, 01 enfermeira, 01 técnica de enfermagem, 11 agentes comunitários de saúde e 01 recepcionista. Trabalho de segunda a quinta-feira e tenho um dia para fazer as atividades do curso da especialização; a estrutura física da ESF (Estratégia de Saúde da Família) onde trabalho é muito boa. Além disso, temos dentro recepção, uma sala de vacina, sala de PCCU (Prevenção do Câncer do Colo do Útero), consultório de medicina, consultório de enfermagem, consultório de odontologia, escovódromo, sala dos agentes comunitários de saúde, sala de espera dos pacientes.

Nossa população fica distribuída em 1.423 famílias cadastradas. Atendemos um total de 30 a 35 pacientes por dia. Encontra-se na área: 02 escolas públicas, 06 igrejas. O abastecimento de água é mediante poços, alguns destes ficam muito perto das fossas sépticas, o que faz que o consumo da água não seja adequado para a maioria da população.

As doenças mais atendidas em nossa UBS são: as doenças crônicas não transmissíveis como Hipertensão Arterial, Diabetes Mellitus, Hipercolesterolêmia. Além disso, também são frequentes as doenças respiratórias, diarreias, infeções urinarias, existem outros problemas sociais prevalecentes como: uso de droga e alcoolismo. A economia é baseada principalmente em agricultura e pecuária, a maior empresa do município é o frigorífico. Um grande problema de saúde é a Hipertensão Arterial Sistêmica, mas sempre tentamos orienta-los mediante atividades grupais e individuais sobre os riscos e complicações desta. O meu projeto de Intervenção Estratégia de Saúde da Família Irene Franco Aguiar foi sobre Intervenção Educativa

com hipertensos do município. O presente projeto justifica-se pela Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) ter alta prevalência e baixas taxas de controle, é considerado um dos principais fatores de risco modificáveis e um dos mais importantes problemas de saúde pública. Tudo isso nos motiva a realizar o projeto de intervenção sobre este problema para diminuir as complicações e mortalidade pela mesma, com a realização de uma proposta para melhoria da adesão ao tratamento de hipertensão arterial dos pacientes da Unidade de Saúde da Família, portanto, è fundamental analisar em nossos pacientes, atendidos pela equipe, os seguintes aspectos: adesão ao tratamento, hábitos alimentares e o estilo de vida, bem como identificar os fatores de risco comportamentais à saúde dos hipertensos e realizar atividade de educação em saúde, contribuindo para melhoria da qualidade de vida.

## 2. ESTUDO DE CASO CLÍNICO

O Programa de Atenção Integral à Saúde do Adulto atua na promoção dos cuidados primários de saúde junto à população adulta, enfocando os principais agravos à saúde do adulto. Neste recurso são abordados os seus principais objetivos e também tem como propósito promover a melhoria das condições de saúde da população adulta e reduzir a morbidade e mortalidade dessa população, por meio do enfrentamento racional dos fatores de risco e mediante a facilitação ao acesso às ações e aos serviços de assistência integral à saúde.

Na minha área de saúde as situações de assistência, mais prevalentes são as doenças crônicas como a Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus e as transmissíveis como dengue parasitaria e gripe mais entre todas chama a atenção às doenças do grupo HIPERDIA. Estas ocupam por sua prevalência e importância um lugar preferencial no total de atendimentos no posto. É de grande relevância compreender os aspectos epidemiológicos e clínicos dos problemas mais prevalentes no cuidado do adulto em atenção primária à saúde, considerando as principais causas da não adesão ao serviço de saúde com o intuito de saber lidar com esses obstáculos e com vistas à transição demográfica que se vive atualmente, quanto mais saudável forem os adultos de hoje, mais saudáveis serão os idosos de amanhã.

Neste contexto, apresentamos o caso: temos uma família extensa formada por 5 integrantes, de situação precária de baixas condições socioeconômicas, baixo nível cultural fruto de poucos estudos e onde as condições de vida não são das melhores.

Constituída pelo senhor chefe do núcleo familiar um casal aposentado, Geovani de 74 anos, diabético e hipertenso, fumante de mais ou menos unos 20 cigarros ao dia, e a senhora Sara de 72 anos também sofre de hipertensão arterial e obesidade, este casal teve três filhos, sendo os dois primeiros homens, e só depois nasceu Martha, que mora na casa de seus pais, ela tem 44 anos, com histórico de hipertensão arterial severa e faz tratamento regular, utiliza diversas medicações, os qual não toma os medicamentos regularmente e mantêm níveis elevados de pressão arterial, ela é viúva e perdeu seu marido que ficava com cardiopatia isquêmica, onde a situação piorou para ela.

No momento, Martha encontra-se extremamente preocupada com problemas econômicos e familiares, faz ofícios de limpeza em algumas casas quando chamam

para ela, tornando-se este um pagamento irregular. O casal está em tratamento, mas não fazem a medicação direito, além de que apresenta dificuldades para caminhar, por queixas frequentemente de dor nas pernas, precisando assistir a consulta medica por causa desse comportamento, o que não lhes permite irem às consultas agendadas. Marta com este quadro familiar, além de suas doenças e difícil situação financeira, não pode parar de trabalhar para atender a sua família, é limitada a apenas tentar fazer o seu tratamento, o que não faz certamente.

Martha tem uma filha chamada Alicia que está com 20 anos de idade, é mãe solteira, e parou seus estudos porque ela ficou grávida na rua de um menino que não queria reconhecer sua filha, hoje ela está desempregada, Amélia de 1 ano, que nasceu de sete meses e ainda com baixo peso e até este momento, sem tratamento, Alicia só conseguiu assistir a duas consultas de pre natal ao final de gestação pois sua gravidez ficou oculta.

Martha marcou uma consulta para a próxima semana, para acompanhamento sobre as doenças que tem, ela encontrava-se ansiosa e preocupada, relatando cefaleia intensa e dor no peito, relatou também que ultimamente não conseguia dormir, e que seus pais estavam precisando de sua atenção agora mais que nunca, e que ela não conseguia lhes dar. O dinheiro era insuficiente para resolver os problemas da casa, e sua maior preocupação era sua filha, pois sua menstruacão não desceu ainda, ela desconfia que Alicia não usa preservativo. Por enquanto Martha que havia parado de fumar, começou novamente, estava muito fragilizada e nervosa. Com todas estas preocupações em mente, diz que não conseguiria dormir, ficava em uma situação de estresse e de enfrentamento dos seus problemas, praticamente sozinha.

Durante a consulta e exame físico, foram constatados pelos sintomas descritos, poliúria, polifagia e perda de peso com coceira vaginal frequente, apesar de não ter relações sexuais. Também sintomas de descontrole metabólico, com PA (pressão arterial) 170/100 a HAS (Hipertensão Arterial Sistêmica) estava descompensada. HGT (sem jejum) 144m/dl, indicamos os exames e orientamos fazer dieta sem sal, baixa em carboidratos e pouca gordura, foi aumentado o número de medicamentos, pois não havia diuréticos no tratamento, e o captopril só tomava duas vezes ao dia, aumentamos de 8/8 horas, marcamos consulta de saúde mental, e uma visita domiciliar com a equipe de saúde para conhecer os integrantes de toda a família. Ela concordou falando que sua família gostaria da Ideia e não fariam oposição. Em nossa equipe de saúde foi feito a apresentação do caso para realizar melhor

acompanhamento tratando-se de uma família que tem muitos fatores de risco, do ponto de vista: biológico, psicológico e social que também este afetando a integridade e dinâmica familiar, aonde nos corresponde as profissionais, trabalhar na vulnerabilidade para tratar de modificar modos e estilos de vida, em aspectos como a situação econômica precária e stress a que ficam submetidos, das doenças crônicas que tem cada integrante da família, consumo do tabagismo, paciente de risco pré-concepcional, a criança abaixo do peso, prematura, mais tudo isso sem acompanhamento adequado. Nota-se que nesta família precisa de uma abordagem familiar integral de início, intervir nas necessidades de saúde, aliviar o sofrimento do paciente, oferecer confiança e apoio, promover um diálogo aberto, objetivo, que leve a família a ter esclarecimento da realidade de sua situação geral, visando à busca de uma solução para seus problemas.

Os membros da equipe ficaram de acordo com a decisão de agendar uma visita domiciliar e uma intervenção familiar. A agente comunitária de saúde agendará consulta dos anciãos devido à impossibilidade que estes possuem em agendar suas consultas, além de consulta de puericultura da criança e planificação familiar para Alicia.

No dia seguinte, foi agendada a consulta de Martha para mostrar os exames, verificar seu mapeamento de PA e seguimento de peso, após o novo tratamento indicado. Ela parecia mais tranquila, a sintomatologia havia melhorado, mas continuava com os outros sintomas, onde os níveis de colesterol e triglicerídeos ainda permaneciam altos, a glicemia em jejum 119, o exame de secreção vaginal, apresentou o diagnóstico de monilíase, seus valores de PA estavam em 140/90 mm Hg. Sentamos com Martha e explicamos a ela, a confirmação diagnóstica de uma diabetes mellitus tipo II, os principais sintomas, signos e complicações da doença, a necessidade de realizar o tratamento correto com hipoglicemiante oral, nesse caso a metformina, e a deixamos consciente da importância da dieta, muito parecida para a hipertensão, entanto, agora tem que comer alimentos sem ou com pouco açúcar, fazer atividades físicas assim como mudanças no estilo de vida dela, a mesma foi encaminhada para uma consulta com nutricionista, e orientações gerais sobre cuidado com a pele e higiene pessoal, para evitar infecções oportunistas.

Uma semana depois, se realizou uma nova visita na casa mais só estavam os pais de Martha, ela se encontrava trabalhando em uma casa onde a chamaram para fazer tarefas domésticas, já que a mesma se encontrava necessitando do dinheiro. O

agente de saúde reclamava para o senhor Geovani, a respeito de seu não comparecimento às consultas agendadas, falando ele que muitas vezes os medicamentos não davam certo, que às vezes os tomava e sentia sintomas de pressão alta. Constatou-se que ele os tomava de modo errado, reconhecendo que em outras vezes também, esquecia-se e não os tomava.

Não tinha condições de fazer uma dieta adequada, além do mais sempre gostou de comer com pimenta, beber café e tomar refrigerante que acabava comprando junto com os cigarros, mesmo conhecendo o dano que causavam. Quando a equipe já estava de saída, chegou Alicia com sua criança nos braços, querendo marcar consulta novamente para sua filha e para ela, precisava do uso de algum método anticonceptivo. Para término da visita, a agente de saúde prometeu providenciar os agendamentos solicitados. Na reunião de equipe, realizamos agendamento de consultas de puericultura e saúde da mulher, assim como a visita da família para dentro de 15 dias, no horário da tarde.

No dia determinado, ao chegar a residência, avaliamos as condições gerais, digamos a higiene, onde concluímos que estava adequada, havia um ambiente favorável apesar de ser uma casa pouco espaçosa em suas dimensões. Possuíam um gato limpo e bem cuidado e os resíduos líquidos e sólidos adequados, tinham escassas barreiras arquitetônicas na casa, onde aproveitamos e fizemos uma conversa educativa sobre o tema de acidente em pessoas idosas, presenciamos que só Martha usava óculos, apesar de seus pais não terem uma boa visão. Neste momento verificamos a pressão e realizamos o HGT, os quais estavam altos.

Apesar de tudo mostravam um bom clima familiar e isso ajudou a intervir em todos outros problemas que ainda estavam sem solucionar e daí realizou uma dinâmica familiar tocando em temas como: melhorar a adesão a tratamentos, realização de controles direitinho, importância em manter o regime de dieta adequado e as consequências de complicações de algumas destas doenças crônicas que padecem cada um dos membros da família, falamos também sobre a importância de seguimento da criança em consulta de puericultura para avaliar o crescimento e desenvolvimento, comentamos a sobrecarga de trabalho de Martha e o estado de estresse psicológico ao qual se estava encontrando, através de uma conversa, conscientizamos a todos sobre a importância da cooperação familiar nas tarefas da casa, no caso de Alicia que colaboraria em melhorar seu atendimento a sua filha, na organização das responsabilidades de uma casa e não esperar por sua mãe voltar do

trabalho para fazer as tarefas. Indicamos de maneira certa o tratamento dos idosos, separando em caixas marcadas com os dizeres manhã, tarde e noite organizou-se os diferentes lotes em datas de vencimento, já que muitos ficavam misturados.

Comunicamos que a partir de agora devido à impossibilidade de transportarem-se a nosso posto, as consultas serão realizadas por meio de visitas domiciliares para continuar com o seguimento e controle de tratamento dos pacientes idosos. Informamos Alicia sobre seu agendamento e consulta de saúde da mulher e de puericultura para levar sua criança e explicamos a ela sobre a importância de uma boa alimentação para Amélia, pois percebemos que a mãe lhe oferecia muito refrigerante, pão e bolachas. Aproveitamos e falamos para a agente de saúde avaliar a possibilidade de cadastrar a família no programa bolsa família, devido à presença de pessoas idosas e uma criança, além de que único dinheiro que entrava era o de Martha. Nesse momento todos mostraram alegria, suas caras tinham um sorriso. Os membros da equipe comentaram que as visitas foram frutíferas, o acompanhamento desta família foi interessante, enfatizou-se a importância de comparecer a consultas e encaminhamos a Marta a uma consulta com psicologia, envolvendo também uma visita de um assistente social, nutricionista, reabilitador e psiquiatra, se necessário, podendo todos ser contemplados em uma ação Intersetorial como a organização de grupos de apoio a mulheres e crianças.

Alicia teve sua consulta agendada, a qual ela compareceu, com sorte a menina ficou tranquila o que favoreceu um ambiente de privacidade na consulta e melhor fluxo da informação, Alicia nunca realizou exame de prevenção, falou que teve relações sexuais com vários rapazes, inclusive com dois parceiros ao mesmo tempo e agora está com um novo namorado, usando de vez em quando preservativo, a mesma assegura que pretende permanecer com este mesmo parceiro e manter a relação, querendo abandonar a vida promíscua que estava levando, tinha atraso na menstruação de 15 dias, e algum corrimento amarelado. Concordou em fazer o exame preventivo depois de uma semana sem ter relações. Na semana seguinte, realizei a coleta e indiquei-lhe exame laboratorial, teste de HIV e sífilis além do uso de medroxiprogesterona como método ideal contraceptivo para ela, indiquei tratamento para vaginose bacteriana. O teste rápido de gravidez deu negativo.

De maneira que demos continuidade à consulta, neste caso de puericultura, Amélia é uma criança produto de um parto distòcico, por uma rotura prematura de membrana a consequência de umas sexys vaginal não tratada antes, ao nascer à

criança teve um peso de 2000gr, tinha pouca assistência a consultas marcadas, só três consultas, às curvas gráficas não estavam colocadas no caderno e ainda não havia tomado a Vacina PRS.

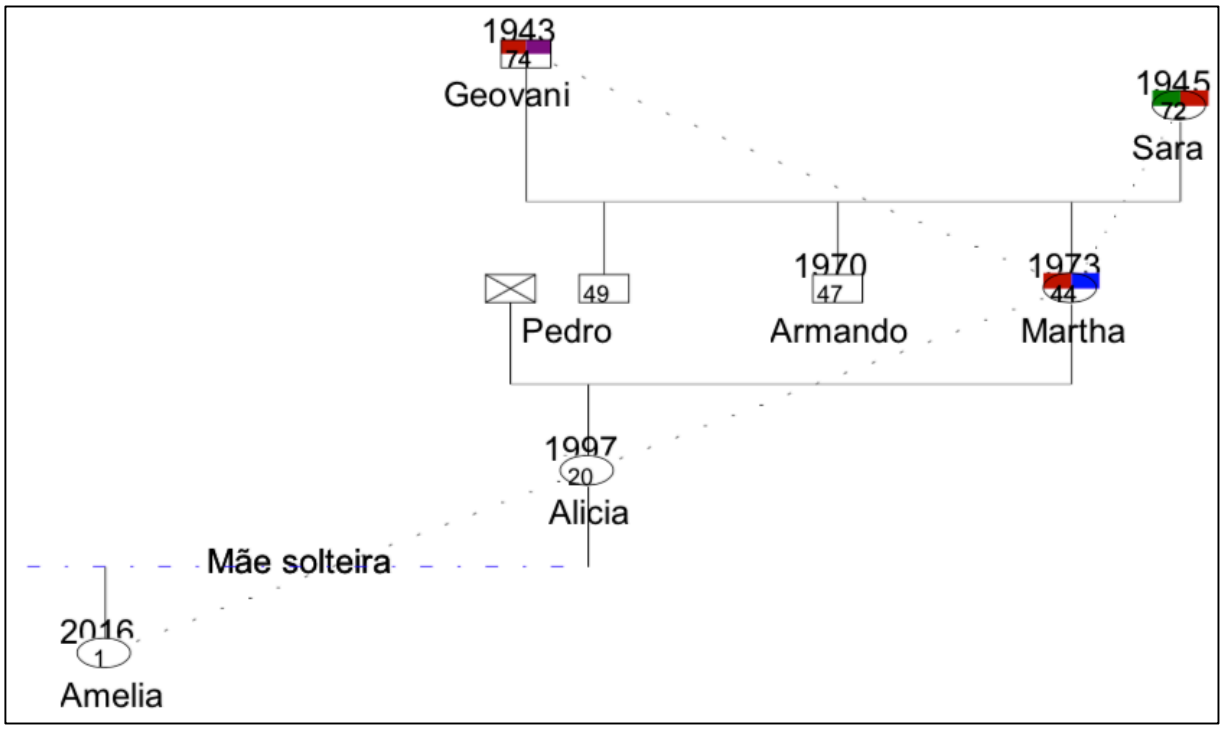
O estado dela estava desnutrido com um peso e altura abaixo da tabela para sua idade. Indiquei exames para o estudo da desnutrição, prescrevi tratamento com suplementos vitamínicos como ferro e vitaminas A e D. Falei da importância de uma alimentação saudável para idade da criança. Marquei a próxima consulta em um mês e encaminhei para pediatra para consultas de desnutrição e neste momento a técnica de enfermagem aplicou a vacina PRS.

Alicia retornou à consulta para mostrar os resultados, se confirmou a gardnerella vaginallis e o teste de doença sexual tiveram resultados negativos. Como o exame especular foi normal, sem nenhuma alteração, avaliei a possibilidade de colocar um DIU, como a melhor alternativa para a jovem mãe e pelas características desta paciente. O mais importante è que logramos mudar os preconceitos dela.

Depois de alguns dias Martha compareceu a consulta, sua pressão estava ótima e a glicemia dentro dos valores normais, o tratamento havia dado resultado, falou que a consulta com a psicóloga agendada pelo NASF resultou-lhe excelentes resultados, com conselhos e orientações para ela e sua família e que estava realmente satisfeita, pois ela notou uma melhoria considerável dentro do funcionamento familiar, ainda tem alguns problemas, mas nada que não se possa resolver. Alicia começou a trabalhar e seu bebé foi consultado devido seu quadro de desnutrição, recebeu orientação sobre a importância de uma boa alimentação. Os estudos de desnutrição secundária foram negativos. Estão todos muito satisfeitos com o trabalho realizado pela unidade de saúde.

Considero importante continuar trabalhando nesta esfera das doenças crônicas e ofertar um bom atendimento para os pacientes da minha comunidade. Apesar do rápido crescimento das DCNT, seu impacto pode ser revertido por meio de intervenções amplas e custo-efetivas de promoção de saúde, para redução de seus fatores de risco, e pela melhoria da atenção à saúde, detecção precoce e tratamento oportuno.

Figura 1 – Genograma



## 3. PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DE DOENÇAS

A promoção de saúde é o processo que permite às pessoas aumentar o controle e melhorar sua saúde, representa um processo social e político, não somente incluindo ações direcionadas ao fortalecimento das capacidades e habilidades dos indivíduos, mas também ações direcionadas a mudanças das condições sociais, ambientais e econômicas para minimizar seu impacto na saúde individual e pública.

Promover tem o significado de dar impulso a; fomentar; originar; gerar, Promoção de saúde. Define-se, tradicionalmente, de maneira bem mais ampla que prevenção, pois se refere a medidas que não se dirigem a uma determinada doença ou desordem, mas servem para aumentar a saúde e o bem-estar geral. As estratégias de promoção enfatizam a transformação das condições de vida e de trabalho que conformam a estrutura subjacente dos problemas de saúde, demandando uma abordagem Inter- setorial.

No momento em que fiz uma análise da situação de saúde de minha comunidade na qual comecei a trabalhar há pouco mais de um ano, identifiquei o índice muito alto de pacientes com doenças crônicas: Hipertensão arterial e Diabetes mellitus, assim como a prevalência de consumo excessivo de ansiolítico e antidepressivo.

Encontrei em meu estudo que o estilo de vida das pessoas não era muito bom e condicionava a maioria das problemáticas antes mencionadas, por enquanto acreditei que devia trabalhar em modificar o estilo de vida, diminuir a ansiedade a qual tem repercussão orgânica causando um aumento da pressão arterial nas pessoas com predisposição genética. Também os quadros de ansiedade podem levar a aumentar o apetite das pessoas provocando obesidade com aumento do perímetro abdominal, hipertrofia das células adiposas e resistência à insulina causando Diabetes Mellitus em pessoas com predisposição genética.

Nossa equipe de saúde buscou estratégias para modificar essa condição e assim diminuir a incidência e melhorar o controle destas patologias na população, realizamos ações de promoção e prevenção de saúde, interacionamos com os membros do NASF (Núcleo de Apoio à Saúde da Família) como o nutricionista, psicólogo, fisioterapeuta, educador físico e assim poder programar as ações de saúde de prevenção da hipertensão arterial, uma das doenças com maior incidência em minha população e causa de estudo de minha intervenção.

Como medidas de prevenção realizadas têm:

- Controle do peso: Manter o peso na faixa ideal, aferido pelo índice de massa corporal o qual deve ser conseguido mediante dieta hipocalórica balanceada.
- Redução ou abandono da ingestão de álcool.
- Prática regular de exercícios físico ou caminhadas cada dia.
- Alimentação saudável rica em verduras e frutas.
- Utilização de medicina natural e tradicional para diminuir ansiedades em forma de chá, tal como de passiflora, Hortelã, camomila.
- Modificação de outros fatores de risco como: Tabagismo, Dislipidemias, Estresse.
- Prevenção da violência e estímulo de uma vida sana e de paz.

Foram organizados na Estratégia de Saúde os grupos de saúde mental, realizações de atividades físicas em todos os postos com participação dos funcionários de saúde e a comunidade, dirigido por uma educadora física; se realizam palestras sobre nutrição saudável dirigido pela nutricionista; além de reuniões a última semana de cada mês a terça feira com pacientes do programa HIPERDIA (Hipertensão e Diabetes) sobre o uso da medicina natural em substituição dos ansiolíticos, além de pacientes com transtornos neuróticos já conhecidos.

Todas estas atividades tiveram muita aceitação por nossos pacientes os quais, forem capazes de promover mudanças na determinação social do processo saúde/doença.

## 4. VISITA DOMICILIAR/ATIVIDADE NO DOMICÍLIO

O envelhecimento populacional é um fenômeno que ocorre a nível mundial. Esse processo caracteriza- se pelo constante aumento da expectativa de vida e a queda de fecundidade. Fatores estes, que juntos, resultam numa grande quantidade de idosos e uma significativa redução de crianças e jovens. Proporciona uma transição demográfica, modificando a forma da pirâmide etária a base, composta por jovens, fica estreita e o topo, representado por idosos, aumenta.

A medicina, influenciada pelos avanços tecnológicos, além de acompanhamentos e cuidados com a alimentação são os principais fatores responsáveis pelo aumento da expectativa de vida da população. Conforme dados da Organização das Nações Unidas (ONU), em 1950 existiam 250 milhões de indivíduos com mais de 60 anos no planeta. Esse número quase se triplicou até o ano 2000, somando 606 milhões de pessoas.

Desta atividade do portfólio seleciono o número 26, caso Agenor especificamente a parte de atenção ás pessoa idosa, devido a uma alta afluência as consultas e em visitas domiciliares de casos que requerem uma avaliação integral da saúde da pessoa idosa, o bairro onde estas pessoas moram fica localizado no centro do município, muitos deles com uma infraestrutura adequada, mais apresentam dificuldade em aspetos como, moradia, condições econômicas, violência, delinquência, tráfico de drogas e abandono familiar.

Em nossa produção o número de pessoas atendidas acima dos sessenta anos em consulta vem superando aos demais grupos etários com as doenças crônicas mais frequentes. Neste caso o paciente que vou tomar para fazer relatório do acompanhamento no posto é o senhor Antônio.

Em visita domiciliar a um paciente, com hipertensão arterial e diabetes mellitus compensado refere que após uso dos medicamentos, realização de dieta e exercício físico recomendado em consulta de acompanhamento tem mostrado melhoria de todas suas sintomatologias. O paciente nos comenta de um amigo dele de nossa área, de aproximadamente 62 anos que apresenta um estado de saúde bem precário, onde falou para ele da importância de assistir ao posto de saúde para buscar atendimento igual ao que ele estava fazendo, refere-nos que o senhor não mostrou muito interesse de procurar atendimento e convenhamos que realizaríamos uma consulta, procurei

endereço do senhor Antônio e agendei uma consulta para ele o qual mandei a agente de saúde para conveniar uma consulta de clínico para a próxima segunda-feira às oito horas.

Na reunião de equipe dessa semana, solicitei pauta para falar do caso e solicitei para o ACS (agente comunitário de saúde) que marcassem uma visita domiciliar ao senhor Antônio. Sugeri as técnicas de enfermagem fazer um pronto atendimento ao senhor, pois ele é idoso e não conhece como fica o funcionamento do posto.

Segunda feira, as 08h e 30min o senhor Antônio paciente de 62 anos recebe meu atendimento no posto, ele mostrava boa higiene pessoal e parecia ter mais idade. Depois de observa-lo, fizemos teste onde os níveis de HGT acima de 500 e sua pressão acima de 170/110 motivou encaminhar ele para emergência de hospital municipal. Expliquei para ele a necessidade de continuidade do acompanhamento no posto de saúde ao retorno. Não tinha compromisso da função cerebral, dor no peito sintomas que avaliavam a cronicidade da doença ligamos para SAMU (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência), no entanto, o paciente não tinha acompanhante.

Na próxima reunião de equipe a agente comunitária informou que Antônio estava internado no hospital por uma diabetes e uma hipertensão descompensada, tinha duas filiais que não preocuparam por ele, o qual morava sozinho e sua casa em muito péssimas condições estruturais, em franco abandono, ao que todos os membros da equipe concordaram com a necessidade da visita domiciliar quando senhor Antônio ficasse de alta hospitalar, assim como de vincular o caso com atenção social da comunidade, através do CRAS (Centro de Referência e Assistência Social), e CREAS (Centro de Referência Especializado de Assistência Social) e comprometer a equipe a tomar as decisões neste caso.

A equipe realizou visita domiciliar a casa do senhor Antônio, ficava com tantas barreiras que dificultavam acudir a consulta, por isso concordamos com a necessidade de fazer as visitas domiciliares. Ao chegar a sua casa o senhor Antônio estava deitado, a casa sem higiene, lixo em todas as partes, a geladeira sem alimentação, garrafas de água fora de refrigeração, restos de bolacha acima da mesa, perto de os laudos entregados para ele no hospital. Ele nos relatou que estava sentindo-se muito melhor só que estava preocupado, pois não sabia como iria aplicar a insulina indicada no hospital, além da dieta que tinha que fazer sem comer farinha, sal, café e refrigerantes entre outras coisas.

O paciente além da hipertensão e diabetes tinha sequelas da doença como

retinopatia diabética, com diminuição da visão em ambos os olhos, com indicação de encaminhamento para oftalmologia. Por enquanto a agente comunitária arrumara um pouco a casa e assistente social avaliou o caso de abandono familiar, em conjunto com agentes comunitários para facilitar a aprovação e ingresso no programa bolsa família. A enfermeira colocou os medicamentos em uma caixa com os horários correspondentes.

A técnica de enfermagem aproveita a visita e colocaram as 20 unidades de insulina que tinha indicada de manhã, e uma vizinha muito prestativa com algum conhecimento de colocar medicamentos foi trenada para colocar as doses de insulina inclusa as de horário da noite, a senhora mostrou interesse em fazer janta para o senhor Antônio, enquanto ele ficava desse jeito, se avaliou a possibilidade de que a senhora pudesse ser uma boa cuidadora para o paciente e foi aprovada por a assistente social que se encontrava assistindo ao paciente. ACS fez a caderneta de saúde de pessoa idosa preenchendo todos os dados certinhos e avaliou o esquema de vacina.

Entretanto, Antônio foi para a mesa e tomou uma merenda que um amigo trouxe e aproveitamos de dar atividade educativa sobre os cuidados da diabetes mellitus e a hipertensão arterial, da importância da dieta, promoção de hábitos saudáveis e cumprimento certo do tratamento. Aproveitamos para aplicar os instrumentos para avaliação global do idoso e detecção de idosos em situações de abandono. O estado de nutrição do paciente estava delicado, com franca dificuldade visual, audição conservada, do estado mental com boa função e atividade cognitiva, mostravam sinais de depressão e abandono de hábitos higiênicos e ambientais, sua mobilidade tinha uma alteração da marcha devido à dificuldade visual e com ajuda do bastão tinha apoio. Antônio em duas oportunidades apresentou queda.

Em sua casa tinha uma escada de três degraus da cozinha ao quarto, os corrimãos ficavam desarrumado a iluminação da casa não era boa, tinha vários obstáculos de todo tipo, não tinha parceira sexual há pelo menos seis anos. Conseguia alimentar-se, banhar-se e vestir-se com dificuldade além de ir ao banheiro, sem poder manter controle sobre suas necessidades fisiológicas por causa da diabetes descompensada e uso de medicamentos diuréticos para hipertensão, dentro das atividades instrumentais da vida não conseguia manipular medicamentos adequadamente, preparar refeições, não tinha dinheiro ou apoio financeiro para fazer compras. Avaliando desta forma ao senhor Antônio, a equipe saiu com uma ideia mais

clara das ações que tinham de se tomar. Neste caso, marcamos uma nova visita domiciliar para dar continuidade ao atendimento, o encaminhamos à nutricionista e oftalmologista, falamos com agente comunitária de saúde para estabelecer prioridade neste paciente idoso em situação de abandono e fragilidade, confeccionamos laudo medico indicando a causa de sua incapacidade física motora com doenças crônicas.

Acompanhamos ao longo do tempo ao senhor Antônio, consegui compensar sua diabetes e sua pressão, conseguiu aprender conviver com sua doença e incapacidade, foi tratado em consulta de saúde mental com indicações do psiquiatra e psicólogo, com uso de medicação controlado por um tempo, encontra-se vinculado a grupo de idoso e acompanhado por um cuidador, na última consulta ele consegue chegar ao posto de saúde, mostrando exames de rotina feitos onde os valores estão dentro dos limites normais, sua avaliação nutricional está em peso adequado, a parte econômica continua com dificuldade, os filhos depois de muito tempo ligaram para ele, falando que provavelmente o visitem e arrumem uma empregada para cuidar dele e de sua casa, incorporamos a formar parte do grupo de Hiperdia, que temos na comunidade com apoio dos agentes comunitários assim como lideres da comunidade, mas constitui um desafio para equipe de saúde, mudar os estilos de vida das pessoas idosas, por enquanto nosso trabalho continua já que infelizmente temos muitos pacientes em nossa área de desempenho em situações muito similares ou pior que o caso de senhor Antônio.

## 5. REFLEXÃO CONCLUSIVA

Ao longo de minha permanência no Programa Mais Médico para o Brasil desde dezembro de 2015, tem sido um desafio muito grande, a prática do idioma através de linguagem oral e escrita. Contribuiu para um melhor entendimento do português, poder oferecer atenção médica aos pacientes mais necessitados, enfrentar doenças que não temos em nosso país, significou um reto muito interessante e sobretudo, acredito que este curso de especialização em Saúde da Família é uma importante ferramenta para melhorar nosso trabalho cotidiano.

Não foi uma tarefa fácil para nós, fazer um curso virtual através de internet, em uma plataforma que requeria muita prática, e sem nenhuma experiência, assim como das complexidades de meu município sem o apoio de nossa secretaria de saúde em muitas tarefas que requeriam de informações que somente o órgão poderia proporcionar e sem contar com um departamento de estatísticas que nos facilitasse dados sobre as análises da situação de saúde em Rio Maria e com uma internet sem boa qualidade, além de outros inconvenientes que pouco a pouco fomos vencendo durante a prática e o trabalho de cada dia, como a comunicação com os pacientes nas consultas médicos onde muitos deles não entendiam nossa conversa, mais eu sempre procurei aplicar os conhecimentos na minha comunidade conjuntamente com minha equipe de trabalho.

O curso de especialização nos preparou ainda mais, pois os casos estudados coincidiam com os mesmos que avaliamos em nossas consultas, sendo dessa forma uma experiência importante, também ajudou muito ter que prepararmos para as atividades educativas como as palestras que oferecemos a nossa população, do intercâmbio ajudam muito a nossa prática do idioma através de linguagem oral o qual contribuiu a um melhor entendimento do idioma. Durante o estudo, ganhamos em conhecimentos sobre o surgimento do SUS (Sistema Único de Saúde) e seu impacto na saúde do Brasil, as políticas do estado para suas implementações, as legislações dos programas de saúde, o estudo dos casos clínicos com os que lidamos em nossas comunidades.

Continuo preparando-me cada dia técnica e profissionalmente para dispensar um melhor atendimento a população brasileira, que tanto necessita. Em meu projeto de intervenção eu escolho fazer um estudo de intervenção educativa em pacientes

hipertensos, estima-se que a hipertensão arterial seja responsável por 80% dos casos de acidente vascular cerebral e 60% dos casos de infarto agudo do miocárdio, de onde chegam muitos pacientes a nossas consultas medicas procurando atendimento médico.

A hipertensão é uma doença crônica que tem complicações graves que pode diminuir a qualidade de vida de quem a padece, temos observado uma alta incidência de complicações por o mau controle nos pacientes na ESF (Estratégia de Saúde da Família), o qual está em relação direta com um baixo conhecimento sobre a doença. Projetou-se a atual intervenção educativa para através do fornecimento de conhecimento ao hipertenso e seus familiares sobre os fatores de riscos e o controle da doença, as pretensões são de mudar estilos de vida não saudáveis e poder garantir melhorias na qualidade de vida de nossos pacientes.

Aproveitei minhas experiências com os mesmos para ir aplicando os conteúdos estudados nesta especialização. Eu gostaria que meu portfolio tivesse alguma repercussão fundamentalmente em minha comunidade, realizar um estudo profundo e completo destes pacientes, seus costumes, estilo de vida e aplicar os médios necessários para evitar as complicações desta doença crônica silenciosa que se não for diagnosticada e, consequentemente controlada, pode ocasionar a morte do paciente. Considero esta especialização em Saúde uma das ferramentas mais importantes para os médicos que fazemos saúde familiar e trabalhamos nas ESF (Estratégia de Saúde da Família).

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS


BUSS, P. M. - Uma Introdução ao Conceito de Promoção da Saúde. In: CZERESNIA, D. & FREITAS, C. M. (org.) - Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências. Editora Fiocruz, Rio de Janeiro, RJ. 2003.

ABRAHÃO AL, LAGRANGE V. A visita domiciliar como uma estratégia da assistência no domicílio. In: Morosini MVGC, Corbo A D. Modelos de atenção e a saúde da família. Rio de Janeiro: ESPJV, 2007. P. 151-72.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 648, de 28/3/2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS).

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Guia prático do Programa Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. 12 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde bucal. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

Manual Técnico de Promoção da Saúde e prevenção de risco e doenças na saúde suplementar& Agencia Nacional de Saúde Suplementar * Brasil) -3° ed. Ver. E atual- Rio De Janeiro: ANS, 2009

.

# ANEXO I - PROJETO DE INTERVENÇÃO

**PROJETO DE INTERVENÇÃO**

**MAIDA ZENAIDE MARRERO GARCIA**

# INTERVENÇÃO EDUCATIVA COM HIPERTENSOS NA UNIDADE BASICA DE SAUDE IRENE FRANCO AGUIAR DO MUNICIPIO DE RIO MARIA - PARÁ

**RIO MARIA – PA**

**2007**

## RESUMO

A HAS (Hipertensão Arterial Sistêmica) é uma condição clínica multifatorial, caracterizada pela elevação sustentada da pressão arterial (PA) e por alterações metabólicas, apresentando alta prevalência e baixas taxas de controle, sendo considerado um dos mais importantes problemas de saúde pública. O objetivo deste projeto de intervenção será desenvolver intervenções educativas sobre HAS (Hipertensão Arterial Sistêmica), FR (Fator de Risco) determinantes e complicações para os pacientes da ESF (Estratégia de Saúde da Família). O projeto será realizado na área de abrangência da Estratégia de Saúde da Família Irene Franco Aguiar no município Rio Maria - Pará. Serão identificados 50 pacientes com diagnóstico de HAS (Hipertensão Arterial Sistêmica) de mais de 1 ano de evolução, cadastrado e acompanhado no Programa Hiperdia, com residência na área de abrangência da Estratégia de Saúde da Família. Será aplicado um questionário, para avaliar nível de conhecimento sobre a doença. Posteriormente serão realizadas intervenções educativas sobre HAS por um período de três meses. Com o projeto logrou-se elevar os níveis de conhecimento dos pacientes, sobre HAS; manutenção dos níveis de PA 9 Pressão Arterial) nos limites preconizados pelo Ministério de Saúde; reduzir a prevalência e evitar o desenvolvimento de complicações melhorando a qualidade de vida e a saúde dos usuários hipertensos.



**Palavras chaves**: *Hipertensão. Educação em saúde. Fator de risco.*

# 1. INTRODUÇÃO

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é a mais frequente das doenças cardiovasculares (DCV) e o principal fator de risco (FR) para complicações como acidente vascular cerebral, infarto agudo do miocárdio e doença renal crônica terminal (BRASIL, 2006). É uma condição clínica multifatorial caracterizada pela elevação sustentada da pressão arterial (PA) e também por alterações metabólicas, apresentando alta prevalência e baixas taxas de controle, sendo considerado um dos mais importantes problemas de saúde pública (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010). A alta prevalência de casos de HAS tem contribuído para a atual pandemia de DCV no mundo. Portanto, controlar a HAS mostra-se necessário, não somente em razão de sua alta frequência, mas também por ser um FR modificável para DCV e renais (KEARNEY; WHELTON, et al., 2005).

Kearney; Whelton (2005) estimaram que o número total de adultos hipertensos no ano 2000 em 972 milhões de indivíduos, atingindo cerca de 30% da população mundial; destes, 333 milhões vivem em países desenvolvidos e 639 milhões em países em desenvolvimento. A projeção do número de adultos hipertensos, para o ano de 2025, é de um incremento em 60% sobre estes números, resultando em um total de 1,56 bilhão de indivíduos em escala mundial. A maior parcela deste crescimento pode ser atribuída a uma expectativa de aumento do número de hipertensos nas regiões em desenvolvimento econômico. Com base nestas estimativas, 75% da população de hipertensos estarão nos países em desenvolvimento em 2025, compondo 29% da população mundial. Uma alta prevalência de HAS (hipertensão arterial sistêmica) foi identificada na América Latina.

No Brasil, a HAS (Hipertensão Arterial Sistêmica) ocupa lugar de destaque no contexto da transição epidemiológica, segundo a qual essas mudanças se caracterizam pela evolução progressiva de um perfil de alta mortalidade por doenças infecciosas para outro perfil, em que predominam óbitos por DCV (Doenças Cardiovasculares) e neoplasias, causas externas e outras doenças consideradas crônico-degenerativas (MONTILLA, 2008). De acordo com o Ministério da Saúde (MS) a HAS (Hipertensão Arterial Sistêmica) é um problema grave de saúde pública no Brasil e no mundo. Ela é responsável por aproximadamente 40% das mortes por doença arterial coronariana e, associada ao diabetes, 50% dos casos de insuficiência renal terminal. Com o critério atual de diagnóstico de hipertensão arterial (140/90

mmHg), a prevalência na população urbana adulta brasileira varia de 22,3% a 43,9%, dependendo da cidade onde o estudo foi conduzido (BRASIL, 2006).

A Organização Mundial da Saúde (OMS), na sub-região das Américas, confere que a HAS (Hipertensão Arterial Sistêmica) está entre os três principais fatores de risco (FR) que concorrem para a carga total de doenças (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2002). No Brasil, a prevalência de HAS na população urbana adulta variou entre 15 e 30% para os homens, e entre 15 e 17% para as mulheres (FUCHS; MOREIRA et al., 1994; PASSOS, ASSIS, BARRETO, 2006; PICCINI; VICTORIA, 1994). Em investigação domiciliar realizada pelo Ministério de Saúde em 15 capitais e Distrito Federal sobre FR e morbidade para doenças crônicas não transmissíveis, a frequência de HAS variou de 16% a 45% (BRASIL, 2004).

A HAS (Hipertensão Arterial Sistêmica) é herdada dos pais em 90% dos casos e, em uma minoria, pode ser causada por uma doença secundária, como distúrbios das glândulas endócrinas, tais como a tireoide e a suprarrenal. Diversos fatores influenciam os níveis de PA, entre os quais: consumo de bebidas alcoólicas, tabagismo, obesidade, elevado consumo de sal, estrese, níveis altos de LDL-colesterol, sedentarismo, DM e sono inadequado (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGÍA, 2010). Além desses fatores, existe relação direta e linear da PA com a idade, sendo a prevalência de HAS superior a 60% nas pessoas acima de 65 anos (CESARINO; CIPULLO, et al., 2008). A prevalência global de HAS entre homem e mulheres é semelhante, embora seja mais elevado nos homens até os 50 anos, invertendo-se a partir da quinta década (BRASIL, 2004; CESARINO, CIPILLO, et al., 2008). Em relação à cor, é duas vezes mais prevalente em indivíduos de cor não branca. Estudos brasileiros com abordagem simultânea de gênero e cor demostraram predomínio de mulheres negras com excesso de HAS de até 130% em relação às brancas (LESSA, 2001). O excesso de peso relacionado com maior prevalência de HTA em idades jovens (BRANDÃO AA, POZZAN, et al., 2004).

A população brasileira apresenta um padrão alimentar rico em sal. Em contrapartida, em populações com dieta pobre em sal como a dos índios brasileiros ianomâmi, não foram encontrados casos de HAS (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2006). A ingestão de álcool por períodos prolongados de tempo pode aumentar a PA (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2006; MARTINEZ; LATORRE, 2006). A atividade física reduz a incidência de HAS mesmo em indivíduos pré-hipertensos, bem como a mortalidade e DCV (SOCIEDADE BRASILEIRA DE

CARDIOLOGIA, 2006; PESCATELLO; FRANKLIN, FAGARD t al., 2004) A influência do nível socioeconómico na ocorrência de HAS é complexa e difícil de ser estabelecida (CONER, GLYNN, et al., 2009). No Brasil, a HAS foi mais prevalente entre indivíduos com menos escolaridade (CESARINO; CIPULLO, M, et al.,2008).

A HAS (hipertensão arterial sistêmica) é considerada um dos principais fatores de risco modificáveis e um dos mais importantes problemas de saúde pública. A mortalidade por doença cardiovascular aumenta progressivamente com a elevação da PA (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2006). Em 2001 cerca de 7,6 milhões de mortes no mundo foram atribuídas á elevação da PA (54% por AVE e 47% por doença isquêmica do coração) (WILLIAMS, 2010).

No Brasil a AVE (acidente vascular esquêmico) tem sido a principal causa de morte. Em 2007 ocorreram 308.466 óbitos por doenças do aparelho circulatório (MALTA; MOURA, et al, 2009). A doença renal terminal é outra condição frequente na HAS. Ocasionou a inclusão de novos casos aos serviços de diálise no Brasil e o incremento da mortalidade por essa causa nos últimos anos. A Hipertensão Arterial também é chamada de assassina silenciosa, pelo fato da maioria dos pacientes não apresentarem nenhum sintoma, o que dificulta estabelecer um diagnóstico precoce, (TOLEDO, 2007).

A ação de atuação estratégica da atenção primária em saúde, para o controle da hipertensão arterial encontra-se no desenvolvimento das seguintes intervenções: diagnóstico clínico dos casos; busca ativa através da verificação da PA de usuários, visitas domiciliares, tratamento dos casos diagnosticados, acompanhamento ambulatorial e domiciliar; diagnóstico precoce de complicações através de realização de exames laboratoriais; primeiros atendimentos de urgência as crises hipertensivas e outras complicações; ações educativas para o controle de condições de risco (obesidade, vida sedentária, tabagismo) e prevenção de complicações (BRASIL, 2001).

Entre as intervenções que nossa equipe desempenha, para reduzir este agravo destacam-se: apresentações na sala de espera de folhetos explicativos, confecção de material educativo e atividades educativas nas consultas. As orientações nas consultas contemplam ações não farmacológicas de baixo custo e mínimo risco para o controle da PA (pressão artéria) tais como: redução do peso corporal, alimentação saudável, restrição alcoólica, controle do tabagismo e prática regular de atividade física. Criação de grupos de trabalhos com os hipertensos de acordo com sua

estratificação de risco. Programação de consulta multiprofissional de atenção aos usuários. Capacitação dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) para que continuem prestando orientações durante as visitas domiciliares. Identificação dos líderes da comunidade que colaborem com o trabalho da equipe de saúde e incentivo a formação de grupos comunitários para a prática de atividades físicas coletivas.

## JUSTIFICATIVA

Na Estratégia de Saúde da Família (ESF) Irene Franco Aguiar, a HAS (Hipertensão Arterial Sistêmica) é o problema de saúde mais evidente, com um total de 318 hipertensos cadastrados, segundo dados secundários obtidos pelo Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB). Durante as consultas, observa-se que os usuários não têm conhecimento dos fatores de risco (FR) e das consequências resultantes desta doença, onde as complicações cardiovasculares são as mais frequentes. O desconhecimento de tais fatores de risco (FR) pela população, as complicações decorrentes da elevação da pressão arterial (PA), a grande demanda de usuários hipertensos pelos serviços da ESF (Estratégia de Saúde da Família) e internações, e a baixa adesão ao tratamento, justificam o desenvolvimento do projeto de intervenção, cujo objetivo é identificar a população com diagnóstico de HAS e os FR associados a este agravo, estabelecendo ações educativas e assistenciais programadas para o controle dos fatores determinantes destas complicações.

Com esta proposta, pretende-se aumentar e avaliar os níveis de conhecimento da população alvo sobre a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e os fatores de risco (FR) determinantes, orientando protocolos atualizados para seu tratamento e medidas a ser adotadas para evitar complicações da doença. Mediante trabalho realizado pela Estratégia de Saúde da Família (ESF) Irene Franco Aguiar, no município Rio Maria, os usuários poderão adotar estilos de vida adequados, aumentando sua qualidade de vida e, com isto, a sociedade pode dispor de indivíduos saudáveis.

## 2. OBJETIVOS

### 2.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar o impacto da uma intervenção educativa no controle da hipertensão arterial e fatores de fisco em pacientes da UBS Irene Franco Aguiar, Rio Maria – Pará.

### 2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Determinar o nível de conhecimento que tem a população sobre a Hipertensão Arterial Sistólica (HAS).
- Melhorar os conhecimentos dos pacientes hipertensos sobre a HAS e fatores de risco associados mediante atividades educativas.
- Avaliar o impacto das ações educativas nos usuários hipertensos no controle da sua doença.

.

## 3. REVISÃO BIBLIOGRAFICA

No Brasil, a Portaria Nº 648 GM/2006, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), define Atenção Básica como: um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde.

É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território.

É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. (Brasil, 2006). Vários estudos observaram que a orientação dos sistemas nacionais de saúde pelos princípios da atenção primária está associada a melhores resultados. Em 2005 organizações (com a participação de ministros de todos os países membros), reafirmou que basear os sistemas de saúde na APS é a melhor abordagem para produzir melhoras sustentáveis e equitativas na saúde das populações das Américas.

> Atención Primaria de la Salud "….la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundadas y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un coste que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada etapa de su desarrollo con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación…." Declaração de Alma Ata (Art. VI)

A HAS (Hipertensão Arterial Sistêmica) é diagnosticada quando a pressão sistólica está superior a 140 ou uma pressão arterial diastólica superior a 90mmHg. Algumas especificações da HAS encontram-se descritas a seguir (BRASIL, 2006):

- Hipertensão Sistólica Isolada (SAH): é mais comum em pessoas com idade superior a 65 anos. Ela é considerada assim quando a pressão sistólica é igual ou superior a 140 mm Hg e pressão arterial diastólica é inferior a 140 mm Hg.
- Hipertensão do Jaleco Branco: são considerados com este tipo de hipertensão para pessoas com elevação da pressão arterial durante a visita à equipe de saúde, permanecendo índices normais no resto das atividades.
- Hipertensão Refratária ou Resistente: é aquela que não reduz a valores inferiores de 160/100 mm/Hg com um regime terapêutico mesmo assistido com três medicações em doses máximas, uma delas sendo um diurético.
- Hipertensão Maligna: é a forma mais grave da HAS. Está relacionada à necrose arteriolar no rim e em outros órgãos. Os pacientes têm retinopatia e hipertensão renal grau II III ou IV.

As elevações da pressão arterial estão divididas em três classes com base nas declarações do Ministério da Saúde (BRASIL, 2010): urgência e emergência, pseudocrise, elevação eventual:

- Crise hipertensiva de emergência: Quando ocorre lesão de órgãos com risco para agravamento ou morte. Na atenção primária o médico deve estabilizar o paciente não necessariamente para níveis normais e solicitar remoção para hospital optando pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU).
- Crise hipertensiva de urgência: Pressão diastólico ≥ 120 mmHg, mesmo apresentando estabilidade há um risco agudo de lesões em órgãos, como por exemplo o coração e os rins, caso já exista deve-se dar uma atenção especial, pois novas complicações podem ocorrer e os níveis

pressóricos não alcançarem a estabilidade desejada.

- Crise hipertensiva pseudocrises: Ocorre quando o paciente apresenta queixas de dores como cefaleia, contando ainda com mal-estar e ansiedade. Nesses casos, além do tratamento anti-hipertensivo, os sintomas apresentados também devem receber cuidados específicos.

Tabela 1 – Classificação da pressão arterial de acordo com a medida casual no consultório em maiores de 18 anos Classificação de pressão arterial.

| Classificação | Pressão sistólica (mmHg) | Pressão diastólica (mmHg) |
|---|---|---|
| Ótima | < 120 | < 80 |
| Normal | < 130 | < 85 |
| Limítrofe* | 130 – 139 | 85 – 89 |
| Hipertensão estágio1 | 140 – 159 | 90 – 99 |
| Hipertensão estágio 2 | 160 – 179 | 100 – 109 |
| Hipertensão estágio 3 | ≥ 180 | ≥ 110 |
| Hipertensão sistólica isolada | ≥ 140 | < 90 |
| Quando as pressões sistólica e diastólica situam-se em categorias diferentes, a maior deve ser utilizada para classificação da pressão arterial. | | |

- Elevação eventual: São aqueles pacientes que não apresentam queixas e só descobrem em atendimento de rotina no serviço de saúde. O médico inicia o tratamento imediato ou solicita controle com retorno para consulta hipertenso (1,56 trilhões de pessoas a serem afetadas) (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2006)

> Segundo Jardim et al (2007) existem duas abordagens terapêuticas para o tratamento da hipertensão arterial, o não farmacológico que consiste em Modificações no Estilo de Vida (MEV) e o farmacológico no qual é feito o uso da terapia medicamentosa, concordo que as 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, controle do peso, prática de atividade física, tabagismo e uso excessivo de álcool são fatores de risco que devem ser adequadamente abordados e controlados, para alcançar os níveis recomendados de pressão arterial, afirma que as condutas higieno dietéticas constituem um segundo as implicam mudanças de hábitos ou no estilo de vida, e isso pode significar perda de prazer em um contexto de vida, no qual as oportunidades de satisfação pessoal são mínimas (ROCA, 2010, p 87).

O controle e detecção da hipertensão arterial têm sido atribuição fundamental na saúde da família, configurando-se desta forma ação imprescindível na saúde do adulto em seu estádio inicial, sendo também uma estratégia de trabalho após o pacto de defesa da vida, de 2005 (RABETTI; FREITAS, 2011).

A preocupação com a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), não é de responsabilidade exclusiva da Atenção Primária à saúde (APS), todavia as oportunidades chaves de atenção ocorrem em nível primário de assistência à saúde.

A doença hipertensiva pode se valer como um importante parâmetro na saúde da família, por ser um agravo com atenção prioritária na saúde do adulto, e por ser uma patologia específica, torna-se também um agravo que requer cuidado longitudinal, o que compreende uma ação da APS (RABETTI; FREITAS, 2011). Por esses problemas antes expostos é que se pretende realizar ações de promoção da saúde para tentar evitar e ou diminuir as complicações causadas pelo não controle das doenças crônicas não transmissíveis.

No Brasil são cerca de 17 milhões de portadores de hipertensão arterial, 35% da população de 40 anos e mais. E esse 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 representada pela morbimortalidade devida à doença é muito alta e por tudo isso a Hipertensão Arterial é um problema grave de saúde pública no Brasil e no mundo. Por ser na maior parte do seu curso assintomática, seu diagnóstico e tratamento é frequentemente negligenciado, somando-se a isso a baixa adesão, por parte do paciente, ao tratamento prescrito. 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, controle do peso, prática de atividade física, tabagismo e uso excessivo de álcool são fatores de risco que devem ser adequadamente abordados e controlados, sem o que, mesmo doses progressivas de medicamentos não resultarão alcançar os níveis recomendados de pressão arterial.

Apesar dessas evidencias, hoje, incontestáveis, esses fatores relacionados a hábitos e estilos de vida continuam a crescer na sociedade levando a um aumento contínuo da incidência e prevalência da HAS, assim como do seu controle inadequado. A despeito da importância da abordagem individual, cada vez mais se comprova a necessidade da abordagem coletiva para se obter resultados mais consistentes e duradouros dos fatores que levam a hipertensão arterial. Uma reforça a outra e são complementares.

Evidencias suficiente demonstram que estratégias que visem modificações de estilo de vida são mais eficazes quando aplicadas a um número maior de pessoas geneticamente predispostas e a uma comunidade. A exposição coletiva ao risco e

como consequência da estratégia, a redução dessa exposição, tem um efeito multiplicador quando alcançada por medidas populacionais de maior amplitude. Obviamente, estratégias de saúde pública são necessárias para a abordagem desses fatores relativos a hábitos e estilos de vida que reduzirão o risco de exposição, trazendo benefícios individuais e coletivos Apresentação 8 Cadernos de Atenção Básica – nº 15 Hipertensão Arterial Sistêmica para a prevenção da HAS e redução da carga de doenças devida às doenças cardiovasculares em geral.

Levando-se em conta todos esses fatores intimamente relacionados, é de fundamental importância a implementação de modelos de atenção à saúde que incorporem estratégias diversas-individuais e coletivas a fim de melhorar a qualidade da atenção e alcançar o controle adequado dos níveis pressóricos. Este 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 vinculo com a comunidade e a clientela adscrita, levando em conta diversidade racial, cultural, religiosa e os fatores sociais envolvidos.

Na série dos Cadernos de Atenção Básica, este dedicado a Hipertensão Arterial Sistêmica atualiza conhecimentos e estratégias e visa melhorar a capacidade da atenção básica para a abordagem integral desse agravo, baseia-se nas evidencias científicas atuais e são economicamente sustentáveis para a grande maioria da população brasileira dependente do Sistema Público de Saúde, tem como grande desafio reduzir a carga dessa doença e reduzir o impacto social e econômico decorrentes do seu contínuo crescimento.

Os fatores de risco se classificam em:

Fatores de risco não modificáveis

- Idade:
- Hereditariedade:
- Sexo:

Os fatores de risco modificáveis

- Hábitos sociais e uso de anticoncepcionais

## 3.1 PADRÕES ALIMENTARES E ASPECTOS FÍSICOS

SEDENTARISMO E OBESIDADE

A HAS (Hipertensão Arterial Sistêmica) é um problema de saúde complexo e necessita de ação interdisciplinar para o atendimento integral dos indivíduos, família e comunidade e toda a equipe deverá estar capacitada para atuar na prevenção e controle destes problemas através de ações de assistência, promoção e educação em saúde. As equipes de saúde devem atuar de forma integrada e com níveis de competência bem estabelecidos, na abordagem do caso, na avaliação de risco cardiovascular, nas medidas preventivas e no atendimento às pessoas com HAS.

No SSC a necessidade de uma abordagem multi interdisciplinar no trabalho das equipes são reconhecidas e vem sendo incorporadas de forma progressiva na prática diária das Unidades de Saúde (US). Cabe aos médicos, após o primeiro atendimento e diagnóstico do caso, encaminhar o paciente para consulta de enfermagem para orientação e reforço do tratamento não medicamentoso. Também para outros profissionais da equipe multiprofissional de acordo com a disponibilidade destes recursos na unidade de saúde (US) e necessidades em saúde do paciente.

A HAS (Hipertensão Arterial Sistêmica) tornou-se uma problemática para a saúde pública mundial, devido sua alta incidência e associação com as DCV (Doenças Cardiovasculares), independente dos fatores de risco associado, como obesidade, sedentarismo, tabagismo e dislipidemia (V DIRETRIZ BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, 2006). No Brasil a HAS (Hipertensão Arterial Sistêmica), atinge mais de 20 milhões de pessoas, para essa incidência Significativa, faz-se necessário entender meios que aceleram o desenvolvimento das DCV (Doenças Cardiovasculares), como a hereditariedade, sedentarismo, stress e elevado consumo de sal (V DIRETRIZ BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, 2006).

Segundo a V Diretriz Brasileira de Hipertensão (2006, p.365), “a HAS, caracteriza-se como um dos fatores independente para as DCV (Doenças Cardiovasculares), gerando custo elevado tanto médico e socioeconômico, devido suas principais repercussões. A HAS (Hipertensão Arterial Sistêmica) causa 40% das mortes por AVC (Acidente Vascular Cerebral).”

Após vários estudos a HAS (Hipertensão Arterial Sistêmica) foi definida com o principal fator de risco tanto para a morbidade quanto para a mortalidade por DCV

(Doenças Cardiovasculares).

> "Estudos epidemiológicos comprovaram que elevados níveis de pressão arterial, aumenta a tendência do individuo evoluir para doença. Pag. 25, 24 Coronariana e Insuficiência Cardíaca Congestiva" (GOMES, 2010, p. 17).

A tendência global para o aumento da expectativa de vida na maioria dos países repercutiu no aumento da expectativa e no envelhecimento da população. A Hipertensão está presente em todas as regiões do mundo e sofre interferência de múltiplos fatores de ordem econômica, social, cultural e ambiental. A prevalência dos casos está cada vez mais alta, associado a padrões alimentares inadequados, diminuição na realização de atividade física e aspectos comportamentais tóxicos. No mundo estima-se que cerca de 691 milhões de pessoas sofrem de HAS (BRASIL, 2006).

Quando divididos segundo o gênero, Rosenfeld (2011) observou uma prevalência de 27% em homens e 30% de mulheres, sendo este dado em conformidade com o encontrado por outros estudos (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2011). A prevalência mundial estimada para o ano 2025 é na ordem de 29,2%, o que significa que um em cada três adultos com mais de 20 anos será hipertenso (1,56 trilhões de pessoas a serem afetadas) (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2006)

Segundo Dewulf (2010, p.27), a obesidade está intimamente ligada com as principais causas de morbidade, mortalidade e invalidez, associada a um número cada vez maior de casos com hiperlipidêmia, que acelera o processo de aterosclerose e causa um efeito direto sobre o coração e outros sistemas do organismo, culminando em um maior esforço cardíaco para bombear o sangue através de vasos sanguíneo.

Segundo Jardim et al (2007) existem duas abordagens terapêuticas para o tratamento da hipertensão arterial, o não farmacológico que consiste em Modificações no Estilo de Vida (MEV) e o farmacológico no qual é feito o uso da terapia medicamentosa, concordo que as 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, controle do peso, prática de atividade física, tabagismo e uso excessivo de álcool são fatores de risco que devem ser adequadamente abordados e controlados,

> para alcançar os níveis recomendados de pressão arterial, afirma que as condutas higieno dietéticas constituem um , segundo as implicam mudanças de hábitos ou no estilo de vida, e isso pode significar perda de prazer em um contexto de vida, no qual as oportunidades de satisfação pessoal são mínimas (ROCA, 2010, p 87).

O controle e detecção da hipertensão arterial têm sido atribuição fundamental na saúde da família, configurando-se desta forma ação imprescindível na saúde do adulto em seu estádio inicial, sendo também uma estratégia de trabalho após o pacto de defesa da vida, de 2005 (RABETTI; FREITAS, 2011). A preocupação com a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), não é de responsabilidade exclusiva da Atenção Primária à saúde (APS), todavia as oportunidades chaves de atenção ocorrem em nível primário de assistência à saúde.

A doença hipertensiva pode-se valer como um importante parâmetro na saúde da família, por ser um agravo com atenção prioritária na saúde do adulto, e por ser uma patologia específica, torna-se também um agravo que requer cuidado longitudinal, o que compreende uma ação da APS (RABETTI; FREITAS, 2011).

Por esses problemas antes expostos é que se pretende realizar ações de promoção da saúde para tentar evitar e ou diminuir as complicações causadas pelo não controle das doenças crônicas não transmissíveis. Partindo do princípio de que o desenvolvimento humano emerge da interação entre o indivíduo e o ambiente (meio social, cultural, relações humanas e sociais) e, que a cultura mais não é que um conjunto de significados apreendidos e internalizados pelo indivíduo e, em compartilhamento com seu grupo, podemos entender que uma intervenção educativa pressupõe uma aquisição de significados e/ou uma melhor definição de alguns significados pré-existentes, através da mediação de médico/ pacientes.

.

## 4. METODOLOGIA

Será realizado um estudo de intervenção educativa para avaliar o impacto de uma estratégia educativa no controle da hipertensão arterial e fatores de risco em pacientes da Estratégia de Saúde da Família Irene Franco Aguiar, Rio Maria – Pará no período compreendido entre novembro 2016- julho 2017.

No universo de 318 hipertensos identificados na área de abrangência da Estratégia de Saúde da Família Irene Franco Aguiar e registrados no E-SUS, serão identificados 50 usuários que desejem participar no projeto os quais serão incorporados ao programa de prevenção, controle e tratamento da HAS (Hipertensão Arterial Sistêmica) da Unidade Irene Franco.

Para seleção dos sujeitos, serão adotados os seguintes critérios de inclusão:

- Paciente com diagnóstico de HTA de mais de um ano de evolução, cadastrado e acompanhado no Programa Hiperdia da Estratégia de Saúde da Família Irene Franco Aguiar e que seja residente na área de abrangência da mesma.
- Os pacientes selecionados terão uma reunião com a equipe de saúde onde serão abordados os objetivos e as atividades a serem realizados no projeto.
- A intervenção será acontecerá em 3 etapas: diagnóstica, de intervenção e avaliativa

### 4.1 PARCERIAS ESTABELECIDAS

Na realização deste projeto serão estabelecidas parcerias com as escolas localizadas na área de abrangência da Estratégia de Saúde da Família Irene Franco Aguiar e com os líderes do Conselho de Moradores, com o objetivo de informar a população e garantir a participação massiva dos pacientes hipertensos e o apoio de seus familiares.

#### *4.1.1 Primeira etapa (Diagnóstica)*

Os ACS (Agentes Comunitários de Saúde) aplicarão um questionário

relacionado com HAS (Hipertensão Arterial Sistêmica) a cada paciente, incluído no programa, de acordo com sua área de abrangência. (Anexo 1). O questionário consistirá em 20 perguntas, com um valor de cinco pontos cada, com 2 opções de resposta (sim ou não). Contemplarão dados como: idade, sexo, e grau de escolaridade, além de perguntas que buscarão avaliar o nível de conhecimento dos usuários sobre a HAS (Hipertensão Arterial Sistêmica) e FR(Fator de Risco). Para avaliar o resultado das respostas serão considerados 2 níveis de conhecimento, de acordo a pontuação obtida:

- Insuficiente conhecimento de 0 - 45 pontos.
- Suficiente conhecimento de 50 - 100 pontos.

A partir da obtenção dos dados secundários, dos levantamentos bibliográficos e epidemiológicos, será elaborado o plano de ação para o enfrentamento do problema.

*4.1.2 Segunda etapa*

Posteriormente à obtenção dos resultados deste questionário, será implementado o projeto de intervenção, que consistirá em oferecer atividades educativas relacionadas a HAS (Hipertensão Arterial Sistêmica), FR (Fatores de Risco) associados e complicações, aos 50 usuários incorporados ao grupo de hipertensos da Estratégia de Saúde da Família). As atividades educativas serão realizadas por um período de três meses, com períodos de oito horas mensais, duas horas semanais. Os pacientes serão divididos em 2 grupos de 25 cada um.

Será realizada uma intervenção desenvolvida por meio de levantamentos de dados bibliográficos e epidemiológicos. Serão utilizadas bibliografias relacionadas ao tema, contendo os seguintes descritores: hipertensão arterial; fatores de risco; atenção primária em saúde e anti-hipertensivos. Para obtenção de dados epidemiológicos serão utilizadas informações fornecidas pela Secretaria Municipal da Saúde e a pessoa responsável pela Vigilância Epidemiológica no município.

A equipe planejará as atividades educativas de acordo com as necessidades da população assistida, respeitando-se crenças, valores, e limitações dos participantes. As intervenções educativas serão desenvolvidas nos espaços da escola

Catete Pinheiro, próximo da Estratégia de Saúde durante um período de três meses.

Os usuários serão orientados, durante as consultas e visitas domiciliares programadas, a cumprir com as orientações médicas dadas em cada encontro presencial, e posteriormente serão avaliados os resultados durante as atividades educativas mediante perguntas de controle.

Serão programadas reuniões clínicas semanais na Unidade de Saúde Irene Franco, para discutir o desenvolvimento do projeto.

### *4.1.3 Terceira etapa*

Os ACSs (Agentes Comunitários de Saúde) aplicarão um questionário relacionado com HAS a cada paciente, incluído no programa, de acordo com sua área de abrangência. (Anexo 1). O questionário consistirá em 20 perguntas, com um valor de cinco pontos cada, com 2 opções de resposta (sim ou não). Contemplarão dados como: idade, sexo, e grau de escolaridade, além de perguntas que buscarão avaliar o nível de conhecimento dos usuários sobre a HAS e FR. Para avaliar o resultado das respostas serão considerados 2 níveis de conhecimento, de acordo a pontuação obtida:

- Insuficiente conhecimento de 0 - 45 pontos.
- Suficiente conhecimento de 50 - 100 pontos.

Uma vez concluída a última palestra sobre o tema, o questionário de 20 perguntas fechadas será outra vez aplicado para mensurar o nível de conhecimento sobre HAS (Hipertensão Arterial Sistêmica) e FR (Fatores de Risco) associados alcançado pelos usuários.

## 5. CRONOGRAMA

| Atividades | Nov | Dez | Jan | Feb | Mar | Abr | Mai | Jun | Jul |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Revisão da bibliografia | X | X | X | X | X | X | X | X | X |
| Elaboração do Projeto | X | | | | | | | | |
| Reunião com a Equipe de trabalho e Apresentação do Projeto | | X | | | | | | | |
| Atualização dos Cadastros de pacientes. | | X | | | | | | | |
| Apresentação do Projeto | | X | | | | | | | |
| Aplicação das Encostas, Exames Laboratoriais e Consultas Médicas. | | | X | | | | | | |
| Atividades Educativas | | | | X | X | X | | | |
| Discussão e Análise dos Resultados | | | | | | | X | X | |
| Apresentação do Relatório Final. | | | | | | | | | X |

## 6. RECURSOS NECESSÁRIOS

Para a realização das operações do projeto de intervenção exposto, serão necessários diversos recursos, como**:**

- Humanos: Equipe de saúde da família.
- Materiais: Prontuário dos usuários; ficha para a avaliação dos usuários; cartolinas; canetas piloto; cartilhas educativas; folders; Retroprojetor, transparências e outros recursos cabíveis; fita métricas; Esfigmomanómetro e estetoscópio.

O espaço físico e equipamento para realização dos grupos e palestras. Esses serões realizados, inicialmente, na sala de espera da ESF (Estratégia de Saúde da Família). As despesas referentes ao material de consumo serão financiadas pela Secretaria de Saúde.

## 7. IMPACTOS GERADOS

O nível de conhecimento dos hipertensos em relação à sua patologia gera um impacto pela falta de informação entre eles, com complicações da doença, por estilo de vida não saudável ou não adesão ao tratamento; necessitando interesse deles por adquirir conhecimentos sobre sua enfermidade.

Espera-se, com o presente projeto de intervenção, elevar os níveis de conhecimento dos usuários, sobre a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Fatores de Risco (FR) associados na área de abrangência da UBS, com a finalidade de manutenção dos níveis pressóricos nos limites preconizados pelo Ministério de Saúde, reduzindo-se a prevalência da doença, evitando o desenvolvimento de complicações, melhorando a qualidade de vida e a saúde dos usuários hipertensos.

## 8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realização do plano de ação proposto neste TCC (Trabalho de Conclusão de Curso) tem diversas vantagens: diagnóstico adequado e precoce da HAS (Hipertensão Arterial Sistêmica) na população dentro da área de abrangência; classificação de risco, com ações de prevenção e tratamento precoce das complicações, priorização de medidas educativas de promoção á saúde; priorização das atividades coletivas com grupos de hipertensos e realização de palestras informativas logrando aumentar o conhecimento dos pacientes sobre HAS (Hipertensão Arterial Sistêmica), complicações e fatores de risco da doença.

A educação dos pacientes com diagnóstico de HAS (Hipertensão Arterial Sistêmica) é a melhor maneira para o alcance dos objetivos deste trabalho. É preciso que eles estejam motivados com sua participação na atividade, para poder lograr mudanças em seu estilo de vida melhorando a qualidade de vida dos mesmos.

## REFERÊNCIAS


BRASIL. Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica. Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde. Brasília, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer, Coordenação de Prevenção e Vigilância. Inquérito domiciliar sobre comportamentos de risco e morbidade referida de doenças e agravos não transmissíveis: Brasil, 15 capitais e Distrito Federal, 2002-2003. Rio de Janeiro: INCA; 2004.

_____. Ministério da Saúde. Norma operacional de assistência á saúde – NOAS/SUS-01/2001. Brasília: Ministério da Saúde; 2001. (Mimeógrafo)

BRANDÃO AA, POZZAN R, et al. Blood pressure and overweightin adolescente and their association with insulin resistence and metabolic syndrome. J Hypertens. 2004; 22 (suppl 1): 111S.

CESARINO CB, CIPULLO JP, et al. Prevalência e fatores sociodemográficos em hipertensos de São José do Rio Preto. Arq Bras Card. 2008; 91(1): 31-35.

CONER D, GLYNN RJ, et al. Socioeconomic status, blood pressure progression and incident hypertension in a prospective cohort of female health professionals. Eur Heart J. 2009; 30: 1378-84.

FUCHS FD, MOREIRA LB, et al. Prevalência de hipertensão arterial sistêmica e fatores associados na região urbana de Porto Alegre. Estudo de base populacional. Arq Bras Cardiol. 1994; 63(6): 473-479.

KEARNEY PM, WHELTON M, et al. Global burden of hypertension: analysis of worldwide data. Lancet. 2005; 365(9455): 217-223.

LESSA I. Epidemiologia hipertensão arterial sistémica e insuficiência cardíaca no Brasil. Ver Bras Hipertens. 2001; 8: 383-92.

MONTILLA DER. Noções básicas da epidemiologia. In: Borges APA, Coimbra AMC, organizadores. Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa. Rio de Janeiro: Fiocruz/ENSP/EAD; 2008. P.135-148.

MARTINEZ MC, LATORRE MRDO. Fatores de risco par hipertensão arterial e diabete melito em trabalhadores de empresa metalúrgica e siderúrgica. Arq Bras Cardiol. 2006; 87: 471-9.

MALTA DC, MOURA L, et al. Doenças crónicas não transmissíveis: mortalidade e fatores de risco no Brasil, 1990 a 2006 in Saúde Brasil 2008. Ministério da Saúde, Brasília. 2009. Pág. 337-362.

PICCINI RX, VICTORA CG. Hipertensão arterial sistêmica em área urbana no sul do Brasil: prevalência e fatores de risco. Rev Saude Publica. 1994; 28(4): 261-267.

PESCATELLO LS, FRANKLIN BA, et al. Exercise and hypertension. Med. Sci Sports Exerc. 2004; 36: 533-53.

Sociedade Brasileira de Cardiologia. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. Arq Bras Cardiol [periódico na internet]. 2010 [acesso em 2015 Jan 04]; 95(1 Suppl1):IIII.Disponívelem: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2010001700001.

Sociedade Brasileira de Cardiologia. V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. Arq Bras Cardiol. 2006: 1-48.

TOLEDO, MELINA MAFRA. Educação em Saúde no Enfrentamento da Hipertensão Arterial: Uma nova Ótica Para um velho Problema. Revista Educação em Saúde no Enfrentamento da Hipertensão Arterial. v.16 n.2, p.233-228, Abr- jun. 2007.

PASSOS VMA, ASSIS TD, BARRETO SM. Hipertensão arterial no Brasil: estimativa de prevalência a partir de estudos de base populacional. Epidemiol Serv Saúde. 2006; 15(1): 35-45.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Reducing risks, promoting healthy life. The World Health Report. [periódico na internet]. 2002 [acesso em 2015 jan. 03]. Disponível em: http://www.who.int/whr/2002/en/whr02_en.pdf

WILLIAMS B. The year in hypertension. JACC 2010; 55 (1): 66-73.

ANEXOS

**Quadro 1.** Caracterização da mostra segundo idade e sexo

| Grupo de idades | Mulher | | Home | | Total | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | **Nº** | **%** | **Nº** | **%** | **Nº** | **%** |
| 30-49 anos | | | | | | |
| 50-59 anos | | | | | | |
| 70 anos e mais | | | | | | |
| Total | | | | | | |

**Quadro 2.** Comportamento do nível de conhecimento antes e depois da intervenção segundo o sexo.

| Fatores de fisco | Antes | | | | Depois | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Suficiente | | Insuficiente | | Suficiente | | Insuficiente | |
| | **Nº** | **%** | **Nº** | **%** | **Nº** | **%** | **Nº** | **%** |
| Mulher | | | | | | | | |
| Home | | | | | | | | |
| Total | | | | | | | | |

**Quadro 3**. Comportamento dos fatores antes e depois na intervenção

| Fatores de fisco | Antes | | | | Depois | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Suficiente | | Insuficiente | | Suficiente | | Insuficiente | |
| | **Nº** | **%** | **Nº** | **%** | **Nº** | **%** | **Nº** | **%** |
| Padrões alimentares | | | | | | | | |
| Tabagismo | | | | | | | | |

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Sedentarismo e obesidade | | | | | | | | |
| Uso de anticoncepcionais | | | | | | | | |

**Quadro 4.** Avaliar o efeito da intervenção educacional no controle metabólico de

| **Variáveis** | **Suficiente** | | **Insuficiente** | | **Total** | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | **Nº** | **%** | **Nº** | **%** | **Nº** | **%** |
| Controle metabólico | | | | | | |
| Nível de conhecimento | | | | | | |
| Total | | | | | | |