



SANDRA FELICIA GONZÁLEZ ESPINOSA

**ABORDAGEM INTEGRAL COMUNITÁRIA PARA O CONTROLE E
PREVENÇÃO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA NA UNIDADE DE
SAÚDE LAURO CORRÊA PINTO, MUNICÍPIO DE ORIXIMINÁ/PA**

ORIXIMINÁ/PA

2017



SANDRA FELICIA GONZÁLEZ ESPINOSA

**ABORDAGEM INTEGRAL COMUNITÁRIA PARA O CONTROLE E
PREVENÇÃO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA NA UNIDADE DE
SAÚDE LAURO CORRÊA PINTO, MUNICÍPIO DE ORIXIMINÁ/PA**

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: DANIEL VICTOR CORIOLANO
SERAFIM

ORIXIMINÁ/PA

2017

RESUMO

A Hipertensão Arterial Sistêmica é uma doença de prevalência crescente no mundo, fator de risco importante no desenvolvimento de doenças cardiovasculares. Estima-se que a prevalência está associada a uma série de fatores como o estresse, idade, sexo, antecedentes patológicos familiares, obesidade, sedentarismo, alimentação rica em sódio e gorduras; além de complicações desenvolvidas por mau tratamento ou controle das doenças crônicas não transmissíveis. No caso específico de manejo e controle da HAS é notório destacar a baixa taxa de adesão ao tratamento presente em nossa população portadores desta doença, a existência de um baixo nível de percepção de risco, de um elevado número de pessoas com risco para a HAS e uma maior incidência das complicações da mesma. Tudo isso somado ao desconhecimento de aspectos importantes da sua doença o que impede em grande medida que os pacientes adotem estilos de vida saudáveis. Os fatores de risco constituem metas primordiais da prevenção de enfermidades e a educação em saúde tem sido utilizada tradicionalmente para atingir essa meta. No entanto, dentro do marco mais amplo da promoção da saúde, as condutas de risco podem ser consideradas como respostas às condições de vida adversas e as ações devem incluir a criação de ambientes favoráveis à saúde. A promoção da saúde visa assegurar a igualdade de oportunidades e proporcionar os meios para que indivíduos e comunidades tenham oportunidade de conhecer e controlar os fatores determinantes da sua saúde.

Descritores: Atenção Primária, Hipertensão, Prevenção em Saúde, Saúde da Família.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AVC - Acidente Vascular Cerebral CAB - Caderno de Atenção Básica CAD -
Caderno de Atenção Domiciliar

CRAS - Centro de Referência de Assistência Social

CREAS - Centro de Referência Especializado de Assistência Social CT - Colesterol
Total

DCNT - Doenças Crônicas Não Transmissíveis EQU - Exame Qualitativo de Urina

ECG - Eletrocardiograma FC - Frequência Cardíaca

FR - Frequência Respiratória GJ - Glicemia de Jejum

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística PA - Pressão Arterial

TG: Triglicerídeos

UBS - Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	6
2. ESTUDO DE CASO CLÍNICO	9
4. VISITA DOMICILIAR	21
5. REFLEXÃO CONCLUSIVA	26
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	28
ANEXO – PROJETO DE INTERVENÇÃO	30

1. INTRODUÇÃO

Meu nome é Sandra Felicia González Espinosa doutora cubana, foi formada em na universidade de Ciências Médicas de Villa Clara, graduada em Medicina desde o ano 1989 e Especialista em Medicina Geral Integral (medicina da família) desde o ano 1994. Trabalhei anteriormente no Zimbabwe por um período de 2 anos desde 2003 até 2005 e na Venezuela desde 2008 até 2010, prestando ajuda médica através do convênio Bairro Adentro também por um período de 2 anos.

Graças ao Programa Mais Médicos tive a maravilhosa oportunidade de me incorporar ao mesmo em dezembro do 2015. Dito programa tem permitido que muitos municípios que não tinham a oportunidade de ter suficientes profissionais da saúde para brindar maior cobertura na rede pública, hoje sua realidade seja outra; esse é o caso de meu município: Oriximiná. O mesmo encontra-se localizado no estado Pará, na mesorregião baixa amazonas. O acesso ao mesmo e por meio de barco ou aéreo, tendo como principal via de acesso o Rio Trombetas. Apresenta uma população aproximada de 67.939 habitantes (IBGE 2016), que inclui comunidades na área rural, quilombolas, indígenas e ribeirinhas (ORIXIMINÁ, 2013- 2016).

A atenção de saúde está organizada da seguinte forma:

- 2 hospitais públicos (hospital municipal e maternidade)
- 7 Unidades Básicas de Saúde
- 1 farmácia popular e aproximadamente 24 farmácias particulares.
- 3 clínicas privadas.
- Centro de epidemiologia, Centro de testagem e aconselhamento (CTA),
- 2 CRAS e CREAS.

CONTEXTUALIZAÇÃO DA UBS

Minha área de abrangência corresponde à UBS Lauro Correa Pinto, localizada no bairro Perpetuo Socorro. Tem uma população de 4.875 pessoas, concentradas nos bairros Centro e Perpetuo Socorro; considerando os limites da cidade poderíamos dizer que são bairros cêntricos. Dentro da comunidade tendo um total de três escolas, sendo uma delas particular, não existem creches, não temos empresas. Existem poucos espaços públicos de lazer ou para a prática de exercícios físicos ao ar livre.

A UBS conta com serviço de pronto atendimento, farmácia, odontologia, vacinação, consultas médicas e consultas de enfermagem. Nossa equipe do PSF está formada por 1 médico, 1 enfermeiro, 1 técnico de enfermagem, 1 odontologista e 6 agentes comunitários de saúde. Embora nossa equipe apresente uma estrutura completa a demanda de atendimento na UBS tem um comportamento crescente, todo isso justificado pela permanência regular de um médico na equipe, que antes do programa, não existia.

As principais demandas de atendimento observadas referem-se a doenças parasitárias, sobretudo em crianças devido a problemas de higiene pessoal e não tratamento correto de água de consumo; ocupando um lugar importante, além de outras doenças tais como as respiratórias, afecções dermatológicas como Impetigo, dermatites, micoses etc., e diria quase no primeiro lugar entre a população adulta, aparecem os atendimentos por doenças crônicas diga se Hipertensão Arterial (HAS), Diabetes Mellitus e Cardiopatias.

Estima-se que a prevalência da HAS está associada a uma série de fatores como o estresse, idade, sexo, antecedentes patológicos familiares, obesidade, sedentarismo, alimentação rica em sódio e gorduras (CAB, 2006); além de complicações desenvolvidas por mau tratamento ou controle das doenças crônicas não transmissíveis.

Juntamente com tudo o que foi anteriormente exposto lembramos que a alimentação nesta região é muito rica em alimentos gordurosos, farinha, salgados, picante etc; teremos riscos crescentes em nossa população de desenvolver muitas das doenças já mencionadas.

APRESENTAÇÃO E JUSTIFICATIVA DO TEMA ESCOLHIDO

A hipertensão arterial e o sobrepeso tem sido observado em quantidade crescente nas consultas médicas e atividades na comunidade. Hoje temos um total de 351 hipertensos em nossa área de abrangência, trabalhando regularmente na pesquisa de casos novos, sabendo que muito pacientes podem ter a doença sem saber que a possui. Embora tenhamos feito ações de promoção e prevenção de saúde, assim como orientações dirigidas a grupos específicos da comunidade, acho que ainda faltam parcerias com outros setores como cultura, esporte e apoio de

instituições locais para o desenvolvimento de atividades encaminhadas ao controle e prevenção de doenças crônicas e fatores de risco para as mesmas. Lembrando que o tratamento é multifatorial incluindo prevenção do estresse, dieta saudável, prática regular de exercícios físicos, e não só medicamentoso. É assim que seria importante que nossa área e o município em geral tiveram opções para a prática de exercícios físicos considerando este como uma das principais escolhas para a prevenção de numerosas doenças crônicas como as que afetam nossa população e ajudando ao controle das mesmas após seu aparecimento.

Por outro lado, uma grande parte das pessoas com HAS não levam corretamente o tratamento farmacológico por múltiplas razões como a falta de dinheiro para comprar, abastecimento insuficiente dos medicamentos nos postos ou rede de farmácia popular, desconhecimento da importância do seu cumprimento, outros têm baixa adesão ao tratamento por efeitos indesejados que aparecem, a fim causas múltiplas evidentes que nos deparamos dia a dia em nosso agir. Tudo isso somado ao desconhecimento de aspectos importantes da sua doença o que impede em grande medida que os pacientes adotem estilos de vida saudáveis.

Assim mesmo as unidades de saúde desenvolvem atividades segundo as diretrizes para o controle das doenças crônicas não transmissíveis, precisando ainda de mais recursos, planejamentos adequados e da intersetorialidade com outras autoridades e setores do município. Todo o exposto com anterioridade leva a pensar da existência de um baixo nível de percepção de risco tanto na população como dos responsáveis políticos e administrativos, de um elevado número de pessoas com risco para a HAS, um falso registro da prevalência da HAS e a uma maior incidência das complicações da mesma em nosso município. Por todas estas razões encaminhamos os estudos aos fatores que influenciam no controle dos pacientes com Hipertensão Arterial em nossa área de saúde.

2. ESTUDO DE CASO CLÍNICO

CASO CLÍNICO: UBS LAURO CORREA PINTO.

ANAMNESE

Identificação

Nome: Claudia Acevedo Marquês Idade: 50

Sexo: Feminino Color da pele: Negra

Escolaridade: Ensino Médio incompleto Religião: Sem religião

Estado civil: Casada Profissão: Desempregada Naturalidade: Oriximiná, Pará

Residência Atual: Rua, Marechal Castelo Branco

QUEIXA PRINCIPAL: Dor de cabeça (04/11/2016).

HISTORIA DA DOENÇA ATUAL

1ª Consulta Médica (04/11/2016): Paciente com histórico de HAS, em tratamento clínico com uso contínuo de Hidroclorotiazida há 5 anos. Interrogatório sintomatológico: Sintomas Gerais: Não refere insônia, tontura ou fraqueza; Cabeça e Pescoço: queixa de dor de cabeça fundamentalmente na região occipital; Tórax: nega dor no peito e falta de ar; Abdome: Nega epigastralgia; Sistema Geniturinário: nega disúria, leucorreia; Sistema endócrino: nega alterações; Coluna vertebral, ossos, articulações e extremidades: sem alterações; Sistema nervoso: nega amnésia e paresia.

ANTECEDENTES PESSOAIS

Fisiológicos: Nascida de parto normal é a primeira filha de 2 filhos; Menarca 14 anos; Sexarca 16 anos;

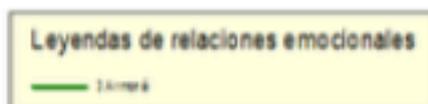
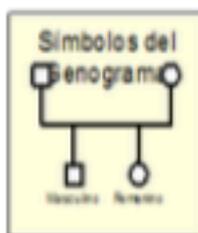
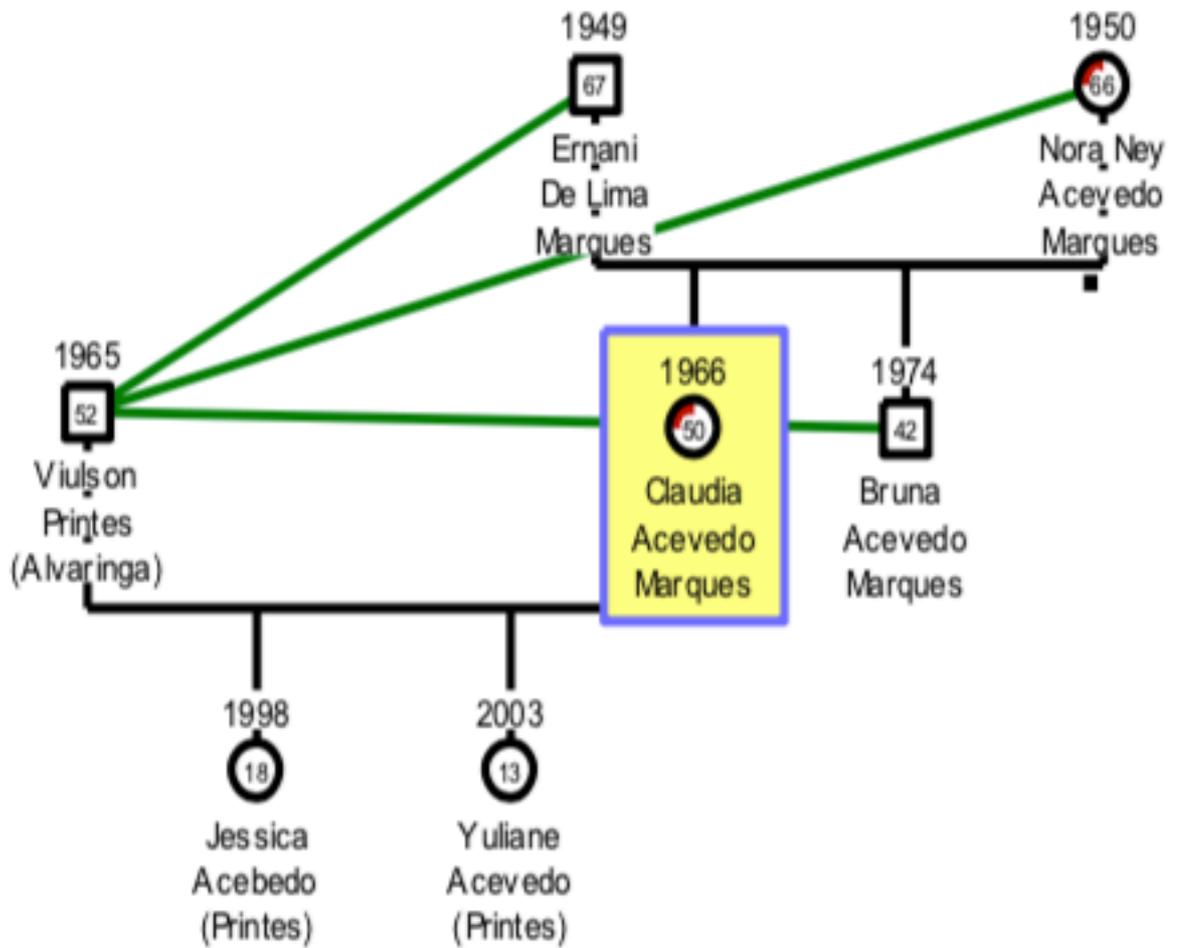
História Obstétrica: G2, P2n, A0.

Patológicos: Doenças da infância: (Varicela); Hipertensão Arterial Sistêmica; Obesidade Exógena;

Antecedente Cirúrgico: Nega cirurgias anteriores; Nega alergias, Diabetes Mellitus e comorbidades; Medicamentos em uso: Hidroclorotiazida.

Antecedentes familiares: Pai: Vivo sem doença; Mãe: Viva, com HAS; Irmã: Viva sem doença.

GENOGRAMA (Nomes fictícios)



CONDIÇÕES DE VIDA

Alimentação: Predominantemente carboidrato, consume de sal, gordura saturada e cafeína, pouca fruta e verduras. Habitação: morando com os filhos e casal, vive em uma casa de alvenaria, com 2 quartos, 1 sala, 1 cozinha, 1 banheiro, água encanada. História ocupacional: Trabalhou por 5 anos como costureira. Atividades físicas: Sedentária. Vícios: Nega tabagismo, alcoolismo e drogas. Condições socioeconômicas: a renda familiar é de um salário mínimo (só o esposo que trabalha).

EXAME FÍSICO

Somatoscopia: Paciente com bom estado geral, lúcido e orientado no tempo e espaço, fala e linguagem típica, biótipo retilíneo, atitude voluntária, mucosa corada, hidratada, afebril ao toque.

Sinais Vitais:

- Temperatura: 36,5°C;
- PA: 160x100 mmHg;
- FC: 82 bpm;
- FR: 20 irpm.

Medidas Antropométricas: Peso: 70 kg, Altura: 1,63 cm. Circunferência abdominal: 85 cm. Estado Nutricional: IMC (Índice de Massa Corporal): 26.3 (Sobrepeso). Cabeça e pescoço: Simétricos, sem deformidades aparentes, com ausência de linfonodomegalia, tireoide de tamanho preservado, a palpação e ausculta das artérias carótidas sem alteração, não turgência jugular.

Cavidade oral sem lesões nem alterações estruturais em mucosa e dentes.

Tórax Inspeção: tórax simétrico; amplitude normal, ausência de abaulamentos, retrações, cicatrizes e tiragem; Palpação: expansibilidade normal; sem alterações; Percussão: sem alterações; Ausculta pulmonar: Murmúrio Vesicular (+), sem Ruídos, não ausculta de estertores, roncos e sibilos; Ausculta cardiovascular: Ruídos cardíacos rítmicos, sem sopros cardíacos nos focos mitral e aórtico.

Abdome Inspeção: plano, cicatriz umbilical centralizada, ausência de circulação colateral; Ausculta: Ruídos Hidroaéreos normais; Percussão: timpânico, espaço de traube livre; Palpação: ausência de visceromegalias e/ou massas. Membros superiores e inferiores: Simétricas, sem presença de edema, pulsos braquiais, radiais, femorais, tibiais posteriores e pediosos presentes. Não lesões nas unhas, não ferimentos. Hipótese diagnóstica: Hipertensão Arterial Sistêmica descompensada. Sobrepeso.

CONDUTA

- a) Administrar uma dose complementar de 25 mg de captopril mastigado via oral, como medida para reduzir a exposição ao risco imediato do paciente. Conforme preconizado pelo CAB (2013) do Ministério da Saúde depois de realizar exame físico do paciente. Oriento quanto à importância da adoção de medidas de mudança de estilo de vida (MEV) para a efetividade do tratamento, como manter uma alimentação adequada (dieta com restrição de sal, gordura saturada e cafeína) e atividade física regular, estabelecer metas de controle de peso. Além disso, solicito exames complementares para avaliação inicial. Dosagem de Glicose, Colesterol total, Colesterol HDL, Colesterol LDL, Triglicérides, Dosagem de creatinina, Urina tipo 1 (EAS), Dosagem de potássio, Eletrocardiograma.
- b) Encaminho a paciente à nutricionista e oftalmologista, pois o oftalmoscópio não é um item disponível na UBS.
- c) Toma de pressão arterial semanal, no posto de saúde por duas semanas.
- d) Agendo o retorno para quinze dias para trazer os exames solicitados. Mantendo o tratamento de base até avaliação dos exames laboratoriais.

2ª Consulta Médica (22/11/2016): A paciente retorna no dia 22/11/2016 com os dados da triagem: PA: 150/100 mmHg Peso: 68.1 kg para um IMC: 25.6. Traz consigo alguns dos exames solicitados: GJ: 90mg/dl; CT: 270mg/dl; HDL: 34 mg/dl; LDL: 110 mg/dl; EAS: ausência de proteinúria e hematuria; TG: 120 mg/dl; Potássio: 3,8mg/dl; ECG: normal; Pendente Fundoscopia e creatinina. Avaliam-se as medidas de PA semanal com uma média de 150/95 mmhg. Se realizar estratificação de risco cardiovascular, a mesma alcança uma classificação de risco

baixo/intermédio, o que permite fazer cálculo das metas a atingir pela paciente. P/A: 140/80 mmHg; LDL: Menor que 130; C/T HDL Menor que 5. O tratamento não medicamentoso é parte fundamental no controle da HAS e de outros fatores de risco para doenças cardiovasculares (DCV), como obesidade e dislipidemia. Esse tratamento envolve mudanças no estilo de vida (MEV) que acompanham o tratamento do paciente por toda a sua vida. Pessoas com alto risco cardiovascular ou níveis pressóricos no estágio 2 (PA \geq 160/100mmHg) beneficiam-se de tratamento medicamentoso desde o diagnóstico para atingir a meta pressórica, além da mudança de estilo de vida (BRITISH HYPERTENSION SOCIETY, 2008).

Os diuréticos são pelo menos tão eficazes quantas outras opções anti-hipertensivas para prevenir eventos cardiovasculares em ampla gama de condições, como gravidade de hipertensão, idade, gênero, raça e presença de comorbidades (eventos clínicos prévios e diabetes mellitus). Levando em conta tolerabilidade pelo menos equivalente à de outros grupos e melhor relação de custo-efetividade, diuréticos são a primeira escolha para o tratamento da hipertensão arterial (FUCHS, 2009), em pessoas com menos de 55 anos, a decisão de iniciar com diurético deve ser tomada pelo médico com o usuário,

Como os níveis pressóricos se enquadram no estágio 2, o tratamento medicamentoso pode ser iniciado com dois anti-hipertensivos em doses baixas simultaneamente. Essa associação deve obedecer ao sinergismo de ação entre as cinco principais classes anti-hipertensivas. Ao iniciar o uso de um diurético tiazídico ou de um antagonista de canais de cálcio, a outra medicação associada deve ser um inibidor da enzima conversora de angiotensina ou um betabloqueador e vice-versa (GUSSO; LOPES, 2012). O Quadro de Birmingham sugere o uso racional de associações medicamentosas (LIP; BEEVERS; BEEVERS, 1998). Na população negra, a prevalência e a gravidade da hipertensão são maior, o que pode estar relacionado a fatores étnicos e/ou socioeconômicos, desta forma, para pacientes negros, desde que não haja contraindicações, o uso de diuréticos e bloqueadores de canais de cálcio é a opção mais racional (BRASIL, 2010).

Logo de confirmar adesão ao tratamento diurético, características da doente e o tempo de uso ao diurético assim como os valores normais de glicose decido adicionar a segunda medicação antes de atingir a dose máxima da primeira (estratégia B) pelo que agregamos Amlodipino 5mg ao dia e para eliminar o risco associado Sinvastatina 20 mg a noite por 3 meses, manter atividade física regular o

acompanhamento pelo nutricionista e modificações aos estilos de vida. Se decidir agendar consulta nos próximos 30 dias.

3ª Consulta Médica (27/12/2016): No dia 27/12/2016 a paciente retorna à consulta com: Creatinina: 0.8 mg/dl; Fundoscopia: Sem lesões que acreditem dano no órgão alvo. Dados da triagem: PA: 140/90 mmHg; Peso: 61.900 kg. Realizo o cálculo do Clearance de Creatinina pela fórmula MDRD cujo resultado da taxa de filtração glomerular é 88.92 ml/min, o que a classifica como estágio G2 (diminuição leve). Refere retorno com a nutricionista e perda de peso de 2.9 Kg em relação à primeira consulta, relata que está seguindo as orientações da dieta e atividade física regular, exibindo uma diminuição no peso e melhoria no IMC, mais ainda fica sobrepeso. Pela melhoria dos valores de hipertensão arterial mais não atingir as metas trazidas para o paciente se decide não modificar o tratamento farmacológico e manter as doses, além das modificações no estilo de vida e acompanhamento do paciente por isso se agenda consulta para o próximo mês.

4ª Consulta Médica (27/01/2017): Paciente retorna a consulta no dia 27/01/2017, sem queixas, com os seguintes dados da triagem: PA: 130/80 mmHg; Peso: 66.7 kg. Para um IMC de 25.1. Relata uso regular da Hidroclorotiazida 01 comprimido e Amlodipino 01 comprimido via oral ao dia e manutenção das MEV. Explico que foram atingidas as metas de controle da hipertensão, mas que os cuidados devem ser mantidos para evitar as complicações e chegar a obter o peso ideal. Indica-se exame de colesterol para avaliar efetividade do tratamento. Agendando-se para o próximo mês.

5ª Consulta médica (28/02/2017): No dia 28/02/17 retorna à consulta médica sem queixas e com a finalidade de renovação de receita de Hidroclorotiazida e Amlodipino e avaliar o resultado de colesterol. Colesterol: 168 mg/dl; HDL: 35 mg/dl; LDL: 89 mg/dl. Pela evolução do paciente se decide agendar a consulta em 6 meses.

3. PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DE DOENÇAS

UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE: LAURO CORRÊA PINTO, ORIXIMINÁ/PARÁ

Os sistemas de saúde estão compostos por duas metas principais, uma delas aperfeiçoar a saúde da população e as disparidades entre subgrupos populacionais, de modo que determinados grupos não estejam em desvantagem em relação ao seu acesso aos serviços de saúde e ao alcance de um ótimo nível de saúde.

Para alcançar essas metas, as ações de promoção e proteção de saúde, são uma ferramenta importante, as mesmas podem ser desenvolvidos por instituições, empresas, associações comunitárias e indivíduos. Tais ações visam à redução de fatores de risco, que constituem uma ameaça à saúde das pessoas.

Elas compreendem uma série de ações, de natureza eminentemente preventiva, que, em seu conjunto, constituem um campo de aplicação precípua do que se convencionou chamar, tradicionalmente, Saúde Pública, ou seja: o diagnóstico e tratamento científico da comunidade.

A promoção da saúde foi nominada, pela primeira vez, pelo sanitarista Henry Sigerist, no início do século XX. Ele elaborou as quatro funções da Medicina: promoção da saúde, prevenção das doenças, tratamentos dos doentes e reabilitação. Segundo a sua concepção, a promoção da saúde envolveria ações de educação em saúde e ações estruturais do Estado para melhorar as condições de vida da população.

No campo da promoção, são exemplos de ações: educação em saúde, bons padrões de alimentação e nutrição, adoção de estilos de vida saudáveis, aconselhamentos específicos, etc. Através dessas ações, são estimuladas as práticas de exercícios físicos, os hábitos de higiene e, em contrapartida, desestimulados o sedentarismo, o alcoolismo, o tabagismo, o consumo de drogas.

No desenvolvimento dessas ações devem ser utilizados, de forma programática e sistemática, o emprego de linguagem adequada ao público alvo e os diferentes meios e veículos disponíveis de comunicação ao alcance da comunidade. No campo da proteção, são exemplos de ações: vigilância epidemiológica, sanitária, vacinações, saneamento básico, exames médicos e odontológicos, entre outros. Através da vigilância epidemiológica, são obtidas as informações para conhecer o estado de saúde da comunidade e para desencadear, as medidas dirigidas à prevenção e ao

controle agravos à saúde. A vigilância sanitária busca garantir a qualidade de serviços, meio ambiente de trabalho e produtos (alimentos, medicamentos cosméticos, saneantes, agrotóxicos e outros), mediante a identificação, o controle ou a eliminação de fatores de risco à saúde.

Todas as ações de promoção e proteção da saúde acima descrita podem e devem ser exercidas durante o atendimento nas unidades de saúde, ambulatoriais e hospitalares, com objetivos e técnicas adequados a estes locais. Ações de recuperação envolve o diagnóstico e o tratamento de doenças, acidentes e danos de toda natureza, a limitação da invalidez e a reabilitação.

A reabilitação é um processo global e dinâmico com o objetivo de recuperar a saúde física e psicológica da pessoa portadora de deficiência ou com funções prejudicadas por doença ou evento traumático. Tem como meta final a reintegração social do paciente (RIBEIRO; BARTER, 2010).

Com essa finalidade, são utilizados os serviços hospitalares e os comunitários, visando a reeducação e treinamento, ao reemprego do reabilitado ou à sua colocação seletiva, através de programas específicos.

As ações de recuperação da saúde, na maior parte das vezes podem e devem ser planejadas, através de estudos epidemiológicos. Assim vistas, as ações de recuperação da saúde devem ser também geradas no diagnóstico e tratamento científico da comunidade. De todo modo, nesses serviços as ações típicas são: consultas médicas e odontológicas, a vacinação, o atendimento de enfermagem, exames diagnósticos e o tratamento. O diagnóstico deve ser feito o mais precocemente possível, assim como o tratamento deve ser instituído de imediato. Por isso, os serviços de saúde, especialmente os de nível primário de assistência, devem buscar o adequado desempenho dessas duas ações fundamentais de recuperação da saúde.

O tratamento deve ser prestado ao paciente portador de qualquer alteração de sua saúde, desde uma afecção simples, cujo atendimento pode ser efetuado por pessoal de nível elementar, até uma doença mais complexa, que exige a atenção por profissional especializado e tecnologia avançada. O tratamento deve ser conduzido, desde o início, com a preocupação de impedir o surgimento de eventuais incapacidades decorrentes das diferentes doenças e danos.

É importante avaliar a diferença entre prevenção de doenças e promoção da saúde, lembrando que ambas são importantes para a condição de saúde. A primeira

trabalha no sentido de garantir proteção a doenças específicas, reduzindo sua incidência e prevalência nas populações, a promoção da saúde moderna visa incrementar a saúde e o bem-estar gerais, promovendo mudanças nas condições de vida e de trabalho capazes de beneficiar a saúde de camadas mais amplas da população.

A promoção da saúde deve possuir enfoque mais amplo e abrangente, pois deve trabalhar a partir da identificação e enfrentamento dos macros determinantes do Processo saúde /enfermidade, procurando transformá-los favoravelmente na direção da saúde. Leavell & Clark, em 1965, propuseram o modelo da história natural da doença, composto por três níveis de prevenção; prevenção primária, secundária e terciária. Nesse modelo, a promoção da saúde se limitava e compunha um nível de atenção da Medicina Preventiva (prevenção primária), constituindo ações destinadas ao desenvolvimento da saúde e bem-estar gerais no período de Pré-patogênese.

São descritos três níveis de ação, primária (promoção da saúde e proteção específica). A promoção da saúde aparece como prevenção primária, confundindo-se com a prevenção referente à proteção específica (vacinação, por exemplo). Corresponde a medidas gerais, educativas, que objetivam melhorar a resistência e o bem-estar geral dos indivíduos (comportamentos alimentares, exercício físico e repouso, contenção de estresse, não ingestão de drogas ou de tabaco), para que resistam às agressões dos agentes (ALMEIDA, 2005)

A secundária engloba estratégias populacionais para detecção precoce de doenças, também contempla ações com indivíduos doentes ou acidentados com diagnósticos confirmados, evitando complicações, práticas clínicas preventivas e de educação em saúde. A terciária (reabilitação) inclui o cuidado de sujeitos com sequelas de doenças ou acidentes, visando a recuperação ou a manutenção em equilíbrio funcional.

Nessa concepção, mais moderna, a promoção da saúde define-se como o processo de fortalecimento e capacitação de indivíduos e coletividades no sentido de que ampliem suas possibilidades de controlar os determinantes da saúde e, com isso, ensejem uma mudança positiva nos níveis de saúde. Implica na identificação dos obstáculos à adoção das políticas públicas de saúde e em um modo de removê-los, além de considerar a intersectorialidade das ações, a implementação de ações coletivas e comunitárias, além da reorientação dos serviços de saúde.

Os principais fatores ambientais modificáveis das doenças cardiovasculares

(DCV) são os hábitos alimentares inadequados, o sedentarismo e a obesidade, associados às mudanças no estilo de vida como a cessação do tabagismo e o controle estresse psicoemocional. Dentro da prevenção, o monitoramento da prevalência dos fatores de risco para DCV, especialmente os de natureza comportamental está lá implementação de ações preventivas com maior custo- efetividade.

No entanto, o padrão comportamental e os hábitos de vida estão estreitamente relacionados com condições objetivas de oferta, demanda consumo, modismo e ainda as representações sociais da cultura e das relações sociais estabelecidas na sociedade. Nesse contexto é que, além da prevenção primária, a promoção da saúde tem se configurado como alternativa teórica e prática para o enfrentamento global da ampla gama de fatores que configuram o quadro epidemiológico atual das DCV.

Os fatores de risco, constituem metas primordiais da prevenção de enfermidades e a educação em saúde tem sido utilizada tradicionalmente para atingir essa meta. No entanto, dentro do marco mais amplo da promoção da saúde, as condutas de risco podem ser consideradas como respostas às condições de vida adversas e as ações devem incluir a criação de ambientes favoráveis à saúde. A promoção da saúde visa assegurar a igualdade de oportunidades e proporcionar os meios para que indivíduos e comunidades tenham oportunidade de conhecer e controlar os fatores determinantes da sua saúde. Entre seus principais campos estão ambientes favoráveis a escolhas mais saudáveis, acesso à informação e educação em saúde, desenvolvimento de habilidades para uma vida saudável, bem como a reorganização dos serviços de saúde.

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma doença de prevalência crescente no mundo, fator de risco importante no desenvolvimento de doenças cardiovasculares. Apesar de existirem tratamentos eficazes, vários estudos epidemiológicos têm mostrado que o controle da pressão arterial é insuficiente, é necessário adotar posturas de enfrentamento nos âmbitos coletivo e individual, bem como a adoção de políticas que facilitem as escolhas mais saudáveis pela população além da participação em atividades que melhorem a capacidade mental e a interação social desses indivíduos ao meio social em que vivem. (SIMONETTI; BATISTA; CARVALHO, 2002).

No caso específico de manejo e controle da hipertensão arterial sistêmica é notório destacar a baixa taxa de adesão ao tratamento presente em nossa população portadores desta doença, a existência de um baixo nível de percepção de risco, de

um elevado número de pessoas com risco para a HAS e uma maior incidência das complicações da mesma. Constituindo este um incentivo para a melhoria de nosso trabalho, tratando de incentivar a prática de estilos de vida saudáveis como parte da prevenção e do tratamento não farmacológico da HAS na população, revertendo nesta situação.

Em nossa equipe trabalhamos sempre respeitando e aplicando os atributos básicos da atenção primária: Acesso, Longitudinalidade, Integralidade e Coordenação em todas diretrizes e indicadores de saúde. Podendo possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade, caracterizados como a porta de entrada preferencial do sistema de saúde. Realizando avaliação e acompanhamento sistemático os resultados alcançados, como parte do processo de planejamento e programação; estimular a participação popular e o controle social.

Não poderíamos estabelecer um sistema de ações em saúde si não se faz desde a primeira infância e que englobe todos os aspetos da vida da família e o ser humano, incluso a saúde mental, as ações desenvolvidas nas primeiras décadas da vida marcam pautas no desenvolvimento futuro da pessoa, como adquirir hábitos de vida saudáveis, prática de exercícios físicos regular, que no caso específico de doenças cardiovasculares torna-se importante.

No Pré-natal, é importante destacar a avaliação correta dos exames realizados durante o pré-natal, e sua monitorização no longo do tempo, correlacionar com seguimento nutricional antes do início do Pré-natal e no pós-parto, atualização vacinal, seguimento odontológico, e psicológico, apoio e coordenação com outros níveis de atenção, correto acompanhamento na unidade de saúde e domiciliar, avaliar desenvolvimento no novo rol familiar e comunitário da grávida, monitoramento do uso correto de medicação durante período, valorizar o apoio familiar e governamental. Vincular desde esta etapa com o papel desempenhado pela e oferecer ferramentas educacionais desde os âmbitos de promoção e prevenção em saúde.

Com a puericultura, promoção do aleitamento materno até sexto mês de vida. Acompanhamento da puérpera e da criança na atenção básica com visita domiciliar na primeira semana após a realização do parto e nascimento. Busca ativa de alterações genéticas no recém-nascido, orientação da realização do teste do pesinho, busca ativa de complicações puerperais, busca ativa recém-nascidos de risco e de crianças e mães em situação de vulnerabilidade, avaliação nutricional da puérpera e recém-nascido, avaliação antropométrica do recém-nascido e avaliação do

crescimento e desenvolvimento físico, mental e neurológico, mediante estimulação precoce do desenvolvimento, garantia do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança na atenção básica, garantia do acesso às vacinas disponíveis no SUS, fortalecimento do vínculo familiar com a UBS, orientação e capacitação sobre métodos de planejamento familiar. Vincular com programas educativos sobre saúde sexual e reprodutiva e sobre métodos de alimentação saudável para a mãe e a criança, programar consultas periódicas e visitas domiciliares com equipe de saúde.

A promoção da saúde mental envolve ações que permitam às pessoas adotar e manter estilos de vida saudáveis.

Saúde mental é mais do que a ausência de transtornos mentais ou deficiências, trata-se de um estado de bem-estar no qual um indivíduo realiza suas próprias habilidades, pode lidar com as tensões normais da vida e pode trabalhar de forma produtiva. Nesta base, a promoção, proteção e restauração da saúde mental podem ser consideradas como uma preocupação vital dos indivíduos, comunidades e sociedades em todo o mundo.

Políticas nacionais de saúde mental não devem se ater apenas aos transtornos mentais, mas também reconhecer e abordar as questões mais amplas que promovem a saúde mental. Elas incluem a integração da promoção da saúde mental às políticas e programas em setores governamentais e não governamentais.

Das estratégias intersetoriais, depende uma correta promoção da saúde mental. Entre elas, estão as atividades de intervenções e apoio das populações de riscos, na primeira infância, visitas domiciliares a mulheres grávidas e atividades psicossociais no período pré-escolar, combinados ao auxílio psicossocial e nutricional para populações desfavorecidas, apoio às crianças (programas para desenvolvimento de habilidades e programas de desenvolvimento infantil e juvenil), apoio social para populações idosas, programas direcionados a grupos vulneráveis, incluindo minorias, pessoas indígenas, migrantes e indivíduos afetados por conflitos e desastres, atividades de promoção da saúde mental em escolas, intervenções de saúde mental no trabalho, políticas de habitação, programas para prevenção da violência, programas de desenvolvimento comunitário, redução da pobreza e proteção social para os pobres.

4. VISITA DOMICILIAR

A atenção básica constitui o primeiro contato dos usuários com o sistema de saúde é responsabilidade das equipes de atenção básica atender os cidadãos conforme suas necessidades em saúde, que muitas vezes se traduzem também pela dificuldade que algumas pessoas possuem em acessar os serviços de saúde, seja pelas barreiras geográficas, pelas longas distâncias, pela forma como são organizados, sejam pelo seu estado de saúde, que, muitas vezes, os impedem de se deslocarem até esses serviços, exigindo que a assistência seja dispensada em nível domiciliar (CAD, 2012).

Nosso município não tem divisão territorial pelo que se dificulta o atendimento domiciliar, antes de eu começar no município se realizava a visita domiciliar a pedido do familiar ou doente, para melhoria do atendimento os agentes comunitários fizeram um levantamento de pacientes com doenças crônicas, acamados e riscos que precisarem visita domiciliar além de que quando eles detectarem uma ocorrência qualquer que seja a temos em conta para com esses dados fazer um planejamento das visitas mensal.

VISITA DOMICILIAR

Realizamos 2 visitas domiciliares e uma foi ontem a pedido do familiar por estar a paciente acamada com urinas turbas. Realizamos a visita Médico, Enfermeira e Agente Comunitário da Saúde. Residência localizada na TV Braz Mileo # 58 Oriximiná PA, paciente Teresa Soares. Chegamos a casa, nos recebe a filha da paciente doente cumprimentamos e nos leva até ela que esta deitada no quarto.

PACIENTE ALVO

Teresa Soares de 88 anos acamada, antecedentes de Hipertensão arterial de longa data mais de 40 anos, apresentou ACV não especificado faz 6 anos, pelo que apresenta hemiparesia do hemicorpo esquerdo, além da doença de Alzheimer de longa data, está acamada faz 6 anos, não fala, precisa da ajuda para tudo, não tem controle nos esfíncteres vesical nem anal também de longa data, paciente grau 5 na

Escala de Avaliação da Incapacidade Funcional da Cruz Vermelha Espanhola (Dueyer & Oliveira, 2004). É viúva, tem 4 filhas, 3 moram fora do município. A filha que mora com ela Maria Claudia Soares casada, 55 anos, não tem filhos e dedica todo seu tempo para o cuidado da mãe com ajuda de uma empregada, a paciente tem boa aposentadoria, as filhas têm boa situação econômica e ajudam a Maria Claudia a sustentar a mãe.

QUEIXA ATUAL

A filha refere que a mãe faz dois dias apresenta urinas turvas meio escuras com cheiro forte, sem febre, com dificuldades para ser alimentada e para dar a medicação já que não quer engolir.

EXAME FÍSICO

- Teste glicose 106 pós-prandial
- FR 20 irpm
- FC 82 bpm.
- PA 110/70
- Saturação oxigênio 98.
- Paciente acamada impressiona normopeso, esta corada, hidratada. Pele não apresenta lesões ou úlceras de decúbito.
- Pulmonar: Murmúrio vesicular preservado não estertores, não tiragem, não dispneia, não cianose.
- Cardiovascular: Ruídos cardíacos rítmicos, não sopro cardíaco.
- Abdome suave impressiona dor na palpação de hipogástrico, não visceromegalias nem massas tumorais palpáveis, Ruídos hidroaéreos presentes e normais.
- Membros inferiores com pulsos presentes e normais
- Sistema nervoso: afasia, não fala faz muito tempo antes do ACV, a estímulos fortes emite alguma palavra ou sorriso, pelo geral mantêm olhar fixo para o lado esquerdo.

A filha refere que “em ocasiões tem sorriso sozinho olha para todos os lugares da casa, até olha para ela com carinho”. Faz poucos movimentos com os membros, fica com punhos apertados e um pouco de rigidez dos membros. Realiza-se exame vulvar com secreção branca e eritema nos lábios e virilha. Realizamos assepsia da região vulvar, passamos sonda uretral coletamos urina para EQU e cultura já que a paciente apresenta alergia a quase todos os antibióticos, sem febre.

TRATAMENTO

Leva acompanhamento por neurologista, cardiologista e fisioterapeuta, medicamentos Memantina 20mg ao dia, Losartana comp 50 mg, 1 comp de 12/12 horas, Hidroclorotiazida comp 25mg , 1 comp de manhã, usa fralda faz muito tempo está cadastrada na UBS e ganha 90 por mês, foi avaliada por nutricionista e recebe alimentação trophic 1.5 um litro por dia é uma dieta enteral, nutricionalmente completa, normocalórica (1.2 Kcal/ml) e normoproteica isenta de sacarose, lactose e glúten, indicado para risco nutricional, pela anorexia e dificuldade para engolir. A fisioterapeuta vai duas vezes por semana para fazer os exercícios e ensina a filha para que faça os outros dias da semana.

CUIDADORA

O cuidador é a pessoa que mais diretamente presta os cuidados, de maneira contínua e/ou regular, podendo, ou não, ser alguém da família (CAB, 2006). Maria Claudia filha é a responsável da mãe, se mantêm todo o tempo a cuidado dela, mas tem uma empregada Eliane Docarmo de 53 anos, que ajuda na cozinha, limpeza da casa e quando se precisa movimentar ou dar banho e alimentar a paciente também ajuda. Elas têm todo tipo de equipamentos para movimentar a paciente como cadeira de rodas, colchão pneumático hospitalar antiescara, cadeira para fazer xixi e coco, só que já quase não usam pela incontinência dela.

ESTRUTURA FAMILIAR

Moram as duas e o marido da Maria Claudia o senhor Vilson Printes de 58 anos que trabalha em Transtal Transporte. A empregada fica até as 5 da tarde, após esta

hora a paciente fica na cama sendo movimentada cada 2 ou 3 horas pela filha com ajuda do casal.

SITUAÇÃO DE SAÚDE E DE VIDA

São pacientes de grande poder aquisitivo, com apoio econômico da família, onde tem todos os equipamentos necessários, para um bom atendimento da mãe além dos mencionados anteriormente eles têm oxímetro, glicosímetro, nebulizador, esfigmomanômetro. A filha Maria Claudia é a responsável de dar os medicamentos a mãe.

ALIMENTAÇÃO

A empregada se encarrega de preparar os alimentos os quais são líquidos (sopas) e moles, pela dificuldade para engolir, a filha é a encarregada da administração, às vezes precisa da ajuda da empregada, são administrado 2 refeições por dia, líquidos e água frequente.

DOMICÍLIO

Casa bem estruturada, de alvenaria com sala, 1 cozinha 3 quartos com 3 banheiros garagem, carro e quintal pequeno, chão de cerâmica, o quarto da paciente tem 2 camas já que a filha dorme frequente no quarto da mãe, quando as irmãs vão de visita dormem no quarto com ela também. Todo limpo e arrumado, não tem animais domésticos. A mãe fica todo o dia sentada na poltrona reclinável, onde recebe todos os cuidados, a filha lê e conversa e faz os exercícios indicados.

PROBLEMAS DO PACIENTE

Atual Candidíase vulvar Infecção do trato urinária Crônica Demência da doença de Alzheimer severo ACV com hemiparesia, Hipertensão arterial crônica

PLANO DE CUIDADO

- Continuar visita por agente comunitário mensal.
- Visita domiciliar após resultado de exame de urina com cultura.
- Movimentar a paciente para evitar úlcera por pressão, passar Dersane óleo.
- Abundante líquido, como evitar bronco aspiração.
- Medidas higiênicas vulvares.
- -Trocar fraldas sempre que seja necessário.
- Continuar tratamento com fisioterapia.
- Apoio psicológico, conscientização sobre a doença crônica da mãe.

PLANO MEDICAMENTOSO:

- Continuar tratamento de doenças crônicas.
- Nistatina creme aplicar na vulva e virilha por 10 dias.
- Observação da paciente em caso de outro sintoma avisar à equipe de saúde.

Próxima visita domiciliar quando este o resultado dos exames de urina realizados. Observa-se a filha Maria Claudia com preocupação excessiva pela mãe, nervosa, o que é confirmado pela empregada Eliane Docarmo, porém damos apoio psicológico e agendamos consulta para ela no posto de saúde para melhor atendimento. A atenção domiciliar inclui a reorganização do processo de trabalho pela equipe de saúde e as discussões sobre diferentes abordagens à família. Porém os profissionais sejam capazes de atuar com criatividade, mediante uma prática humanizada, que envolva ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação onde seja avaliado o paciente alvo junto no plano biopsicossocial assim ajudamos ao bem estar e funcionamento da família. Com o caso exposto lembramos que uma das complicações mais frequentes da Hipertensão Arterial que produz incapacidades motoras na população, são as doenças cerebrovasculares com hemiplegia o paraplegia.

5. REFLEXÃO CONCLUSIVA

A pós-graduação em Especialização em Saúde da Família que estou cursando está me ajudando no meu crescimento profissional, no dia a dia nas minhas condutas, nos meus atendimentos com meus pacientes e formando vínculos com minha comunidade. A especialização tem como objetivo formar especialistas em Saúde da Família, capazes de atuar na promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes, e na manutenção da saúde da comunidade em que atuam ou pretendem atuar; capacitar especialistas em Saúde da Família para atuação na promoção de saúde em diferentes comunidades e realidades sócias econômicas; possibilitar a reflexão sobre o papel de facilitador, promotor e coordenador das atividades educativo-participativas na comunidade.

No longo de quase um ano de estudo no Curso de Especialização em Saúde da Família, tendo como sede a Universidade de Porto Alegre em Rio Grande do Sul e, usando a modalidade a distância, tenho aprendido coisas valiosas que enriqueceram meus conhecimentos no campo da medicina. Em um primeiro momento os aspetos do SUS no Brasil, seus princípios, a medicina baseada na evidência, os documentos para informações estadísticas na atenção básica, planejamento da agenda profissional, ética em saúde, em fim toda uma quantidade enorme de informação e estudo que ajudaram no meu trabalho dia a dia.

No segundo momento entramos no valioso mundo da prática clínica propriamente dita, com reflexões sobre vários casos complexos, indo desde doenças crônicas não transmissíveis e transmissíveis; atenção a grupos especiais como idosos, crianças, grávidas; violência; outras doenças frequentes em nosso agir na atenção básica; a análise profunda de cada um dos casos o complexos permitiu não só o conhecimento dos principais protocolos de tratamentos de ditos agravos sino também ajudo nos entender as diferencias existentes em cada uma das regiões do Brasil. Na prática profissional avançamos vários passos na promoção e prevenção de saúde frente a diferentes doenças apresentadas em nossa região, ou frente a fatores de risco capazes de desenvolver agravos à saúde. Esta modalidade de educação a distância desenvolveu maior capacidade nos participantes do uso dos meios da informática e as comunicações. Temos que marcar que como toda nova experiência acho que poderiam ser melhorados pequenos detalhes, dada a importância e valorização deste curso. Por exemplo, algumas tarefas poderiam ser um poucos más

práticas, nesse sentido o eixo 2 a meu entender, foi muito mais entendível que o eixo 1. Acho que deveríamos usar mais os espaços do bate papo com os tutores e aumentar a frequências por semana, não só para dúvidas mas também para conhecer a realidade do Brasil, por outro lado sinto a falta e a necessidade do contato presencial. Por parte de nós os intercambistas, sempre devemos melhorar as horas de estudo e assim aperfeiçoar o conhecimento.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, L. M. Da prevenção primordial à prevenção quaternária. Revista Portuguesa de Saúde Pública, Lisboa, 23(1), p. 91-96, 2005.

BRASIL. Secretaria de atenção à saúde. Departamento de atenção básica. Caderno de atenção básica. Obesidade, 2006.

BRASIL. Secretaria de atenção à saúde. Departamento de atenção básica. Caderno de atenção básica. Nº 37. Hipertensão arterial sistêmica, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Rastreamento. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. (Cadernos de Atenção Primária, n. 29).

BRITISH HYPERTENSION SOCIETY. Royal College of Physicians. Management in adults in primary care: pharmacological update. Hypertension. NICE Clinical Guideline 18. Disponível em: <<http://www.nice.org.uk/CG018>>. Acesso em: 23 set. 2016.

CADERNO DE ATENÇÃO BÁSICA. Controle dos Cânceres do Colo do Útero e da Mama. Brasília, 2006. Atenção Domiciliar.

CADERNO DE ATENÇÃO DOMICILIAR. Diretrizes para a Atenção Domiciliar na Atenção Básica. Brasília/DF, 2012.

DUEYER & OLIVEIRA. Escala de Avaliação da Incapacidade Funcional da Cruz Vermelha Espanhola. 2004. Disponível em: <<https://www.unasus.unifesp.br/biblioteca>> Acesso em 22 out. 2016.

FUCHS, F. D. Diuretics: still essential drugs for the management of hypertension. Expert Ver Cardiovasc Ther, 7(6), p. 591-598, jun. 2009.

GUSSO, G.; LOPES, J. M. C. Tratado de medicina de família e comunidade. São Paulo: Artmed, 2012.

IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Oriximiná. 2016. Disponível: <<http://www.cidades.ibge.gov.br/painel/painel.php?codmun=431620>>. Acesso em 10 dez. 2016.

LEAVELL & CLARK. História Natural da Doença. 1965. Disponível em: <<https://www.unasus.unifesp.br/biblioteca>>. Acesso em 28 nov. 2016.

LIP, G. Y.; BEEVERS, D. G. The 'Birmingham Hypertension Square' for the optimum choice of add-in drugs in the management of resistant hypertension. Journal of Human Hypertension, London, 12(11), p. 761-763, nov., 1998.

PREFEITURA MUNICIPAL DE ORIXIMINÁ. Plano Municipal de Saúde Oriximiná 2013-2016.

RIBEIRO, A. P.; BARTER, E. A. C. P. Atendimento de reabilitação à pessoa idosa vítima de acidentes e violência em distintas regiões do Brasil. Ciênc. Saúde Coletiva, 15(6): 2729-2740, 2010.

SIGERIST, H. Promoción de la Salud. 1945. Disponível em: <https://www.uco.edu.co/ova>
Acesso em: 02 jul. 2017.

SIMONETTI, J. P.; BATISTA, L.; CARVALHO, L. R. de. Hábitos de saúde e fatores de risco em pacientes hipertensos. *Rev. Latino-am. Enfermagem*, 3(10), p. 425– 432, 2002.

ANEXO – PROJETO DE INTERVENÇÃO



PROJETO DE INTERVENÇÃO

SANDRA FELICIA GONZÁLEZ ESPINOSA

**ABORDAGEM INTEGRAL COMUNITÁRIA PARA O CONTROLE E
PREVENÇÃO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA NA UNIDADE DE
SAÚDE LAURO CORRÊA PINTO, MUNICÍPIO DE ORIXIMINÁ/PA**

ORIXIMINÁ/PA

2016

RESUMO

Será desenvolvido um estudo transversal, a partir da implementação de um programa educativo como forma de obtenção de conhecimentos adequados sobre a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) a partir das necessidades de aprendizagens identificadas nos pacientes, o qual será desenvolvido na unidade básica de saúde Laudo Correa Pinto do bairro de Perpetuo Socorro, do município Oriximiná, do estado Pará, Brasil. Como forma de prevenção e tratamento não farmacológico da HAS, tendo como objetivo o incentivo de um estilo de vida saudável, o aumento do nível de conhecimento sobre esta doença e a avaliação de variáveis clínico epidemiológicas de interesse nos participantes, os quais receberam informações sobre os objetivos, métodos e as vantagens para o seu bem-estar tanto físico como psicológico que eles obterão se participarem do programa e suas ações. Se cumprirmos as normas éticas em quanto à descrição, confiabilidade e outros termos éticos que caracterizam aos investigadores. O Universo será conformado pelos pacientes com diagnóstico de HAS e fatores de risco para a mesma, pertencente ao bairro Perpetuo socorro. A amostra será determinada por uma amostragem aleatória simples e aqueles que cumpram os critérios estabelecidos para o desenvolvimento do inquérito. Para um melhor desenvolvimento dividiremos o estudo em etapas dando saída aos objetivos propostos em cada uma delas. Será desenvolvida uma exaustiva revisão bibliográfica de forma permanente vinculada com o tema a tratar, Os dados para o inquérito serão obtidos a partir da elaboração e aplicação de um questionário elaborado pelo autor. Os resultados serão apresentados em tabelas de duplo entrada, a discussão e análises serão comparando os mesmos com outros estudos e dados bibliográficos consultados permitindo fazer julgamentos, conclusões e recomendações.

Descritores de saúde: Hipertensão Arterial, Educação em saúde, Prevenção.

1. INTRODUÇÃO

O município Oriximiná localiza-se no Estado do Pará da região Norte do Brasil, pertence à mesorregião de baixo amazonas. A população é aproximadamente de 67,939 habitantes. A estrutura da atenção básica de saúde está representada por 7 unidades básicas de saúde (UBS) carregadas do acompanhamento dos pacientes tanto na unidade quanto na comunidade, assim como a implementação das diretrizes de Atenção Básica, incluindo dentro delas as estratégias para o cuidado de pessoas com doenças crônicas não transmissíveis (DCNT).¹

Dentre das principais DCNT a de maior prevalência é a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), mas encontrando-se ainda embaixo da média nacional que de 21,4%. A Hipertensão Arterial é atualmente, um importante problema de saúde pública no mundo considerado assim pela Organização Mundial de Saúde. Estima-se que a prevalência da HAS está associada a uma série de fatores como o estresse, idade, sexo, antecedentes patológicos familiares, obesidade, sedentarismo, alimentação rica em sódio e gorduras.²

Hipertensão (HAS) é um dos principais problemas de saúde médico da medicina contemporânea em países desenvolvidos e controle do que é a pedra angular sobre a qual devemos agir para diminuir significativamente a morbidade e letalidade da doença coronária, doenças vasculares e renais no cérebro em idade geriátrica.³

Estudos demonstram que existe uma relação direta entre a HAS e o excesso de peso, de forma que o risco de desenvolvimento da HAS aumenta com o ganho de peso e diminui com a redução do índice de massa corporal.⁴

Ha duas formas básicas de tratamento para a HAS: O tratamento medicamentoso e o tratamento não medicamentoso. O tratamento não medicamentoso além de proporcionar na maioria dos casos os mesmos benefícios gerados pelos medicamentos (diminuição de complicações) promove a melhora na qualidade de vida, evitando as principais complicações da doença, devido a mudanças que ocorrem nos sistemas cardiovascular, endócrino, assim como no psicológico e físico. Atualmente existem várias opções para o tratamento não medicamentoso da HAS que constituem também uma forma de prevenção para a mesma em pacientes com risco. As mesmas encontram-se vinculadas à vontade e o conhecimento do

indivíduo de desenvolver um estilo de vida saudável pelo qual tem uma significativa importância o conhecimento adequado sobre esta doença e seus fatores de risco, sendo que não basta com o conhecimento adequado, precisamos da vontade individual e das autoridades administrativas para o correto desenvolvimento de estilos de vida adequados. Uma alimentação saudável, evitar o estresse, entre outros hábitos saudáveis. O exercício físico é o principal aliado no combate e prevenção da HA, pois auxilia no controle do peso e nos riscos associados a dislipidemias e alterações glicêmicas. Além disso, proporciona bem estar físico-mental o que auxilia diretamente no controle da pressão arterial.

PROBLEMA

Sabendo assim que a saúde é um direito do povo e um dever do estado, o governo federal criou um programa chamado mais médicos para o Brasil destinado a atender a população brasileira em geral e em especial aos mais necessitados. Trabalhando fundamentalmente na área da promoção de saúde e a prevenção de doenças crônicas como a HAS, sendo que o município em questão se aderiu ao programa. Como parte mesma de nossas ações de prevenção e promoção de saúde para com a população com HAS ou com risco, desenvolveremos um projeto educativo baseado nas necessidades de aprendizagens identificadas nos pacientes hipertensos pertencentes ao posto de saúde Laudo Correa, do município Oriximiná, estado Para, Brasil, sendo uma opção de tratamento não farmacológico que facilitara o controle da HAS, suas complicações e os fatores de risco para padecer a HAS.

JUSTIFICATIVA

Em nosso município existe uma grande quantidade de pacientes com o diagnóstico de HAS e uma grande parte da população que hoje sofre de HAS ainda não é diagnosticado, pelo qual temos um falso registro respeito a média nacional para esta doença. Atualmente não existe uma política pública, controlada, dirigida e planejada no município destinado a fortalecer a prevenção de doenças crônicas incluindo a HAS. Tem poucos locais ou projetos encaminhados para a prática de exercícios físicos de maneira gratuita, constante, controlada e planejada segundo as necessidades dos pacientes e objetivos propostos por uma equipe de profissionais.

Hoje existem algumas academias com tais fins, mas são particulares, sem contar que muitas pessoas com doenças crônicas ou fatores de risco para as mesmas não tem condições de pagar. Por outro lado uma grande parte das pessoas com HAS não levam corretamente o tratamento farmacológico por múltiplas razões como a falta de dinheiro para comprar, abastecimento insuficiente dos medicamentos nos postos ou rede de farmácia popular, desconhecimento da importância do seu cumprimento.

Todo isso somado ao desconhecimento de aspectos importantes da sua doença o que é impede em grande medida que os pacientes adotem estilos de vida saudáveis. Assim mesmo as unidades de saúde desenvolvem atividades segundo as diretrizes para o controle das doenças crônicas não transmissíveis, precisando ainda de mais recursos, planejamentos adequados e da intersetorialidade com outras autoridades e setores do município. Todo o exposto com anterioridade leva a pensar da existência de um baixo nível de percepção de risco tanto na população como dos responsáveis políticos e administrativos, de um elevado número de pessoas com risco para a HAS, um falso registro da prevalência da HAS e a uma maior incidência das complicações da mesma em nosso município.

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Implementar um programa docente baseado nas necessidades de aprendizagens identificadas nos pacientes hipertensos sobre a Hipertensão Arterial, como opção de prevenção e tratamento não farmacológico, no período compreendido entre Março a Setembro 2017.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar aos pacientes hipertensos pertencentes à UBS Laudo Correa segundo variáveis de interesse na população estudada.
- Identificar as necessidades de aprendizagens sobre a HAS nos pacientes hipertensos pertencentes à UBS Laudo Correa.
- Incentivar a prática de estilos de vida saudáveis como parte da prevenção e do tratamento não farmacológico da HAS na população assistida.

3. REVISÃO DE LITERATURA

A Hipertensão Arterial Sistêmica é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial. Associa-se frequentemente a alterações funcionais e ou estruturais dos órgãos-alvo (coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos) e a alterações metabólicas com consequente aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais. A hipertensão arterial é uma das causas de morbimortalidade prematura pela grande prevalência e por seus fatores de risco para complicações cardiovasculares, muitas vezes a sua causa é desconhecida e, porém, vários fatores estão relacionados com a elevação da pressão arterial como estresse, sedentarismo, tabagismo, envelhecimento, história familiar, raça, gênero e os fatores dietéticos, principalmente o uso excessivo do sódio (SIMONETTI; BATISTA; CARVALHO, 2002).⁵

Ainda, sociedades de especialistas inferem que a Hipertensão arterial, além de ser um dos principais problemas de saúde no Brasil, eleva o custo médico-social, principalmente pelas complicações que causa, como as doenças cerebrovasculares, arterial coronária, vascular de extremidades, insuficiência cardíaca e insuficiência renal crônica (CARDIOLOGIA; HIPERTENSÃO; NEFROLOGIA, 2010).⁶

Várias são as razões para se chegar a essas complicações. Entre elas, o controle inadequado da pressão arterial pode estar relacionado à falta de adesão do paciente hipertenso ao tratamento indicado. A adesão do paciente a uma determinada terapia depende de vários fatores que incluem, dentre outros, os relativos à relação médico-paciente, às questões subjetivas do paciente, às questões referentes ao tratamento, à doença, ao acesso ao serviço de saúde, à obtenção do medicamento prescrito e à continuidade do tratamento (CHIZZOLA; MANSUR; LUZ, 1996).⁷

Efeitos negativos sobre as tendências decorrem, não somente da não adesão ao tratamento, como do sub tratamento, inadequação da droga, dificuldade do acesso ao sistema de saúde, indisponibilidade de medicação na rede básica de saúde, quantidade de drogas e número de doses diárias da medicação prescrita, efeitos adversos, resistência ao tratamento e presença de comorbidades. Para a mortalidade detecta-se o efeito pela tendência crescente ou decrescente das taxas de mortalidade por complicações da HA (LESSA, 2006) . Para muitos pacientes com hipertensão arterial, a adesão ao tratamento se faz difícil principalmente quando necessitam de vários medicamentos para controlar seus valores. Junto disso, muitos

pacientes, pela característica assintomática desta afeção, não consideram necessários ser tão estrito o cumprimento das indicações médicas e facilmente abandonam o tratamento total parcialmente (GUERRA; BARRETO; HERNANDEZ, 2010).⁹

A Hipertensão Arterial, além de ser um dos principais problemas de saúde no Brasil, eleva o custo médico-social, principalmente pelas complicações, que causa como as doenças cerebrovasculares, arterial coronária, vascular de extremidades, insuficiência cardíaca e insuficiência renal crônica. A Organização das Nações Unidas (ONU) estima que em 2025 o Brasil tenha mais de 30 milhões de idosos e ressalta-se este envelhecimento populacional as razões para a crescente prevalência de doenças, cerca de 85% destes indivíduos apresentarão pelo menos uma doença crônica não transmissível como hipertensão arterial, Diabetes Mellitus, obesidade e outras que devem ser identificadas precocemente, pois pode-se evitar o risco de desenvolvê-las ou de torná-las mais graves (FERREIRA, 2000).¹⁰

Como se pode notar, a ocorrência de HAS é multifatorial e é necessário adotar posturas de enfrentamento nos âmbitos coletivo e individual, bem como a adoção de políticas que facilitem as escolhas mais saudáveis pela população. Algumas mudanças nos hábitos de vida como diminuir a quantidade de sal na preparação dos alimentos, evitar o sal na mesa, reduzir o consumo de alimentos industrializados como enlatados, conservas, frios, embutidos, temperos, molhos prontos e salgadinhos; incluir frutas, verduras e cereais integrais na dieta diária; consumir alimentos com teor de gordura reduzido, moderar o consumo de álcool e cigarro e praticar exercícios físicos podem prevenir ou reduzir a evolução da pressão arterial (SILVA, 2008).¹¹

Na área da pesquisa, estudos populacionais em cidades brasileiras nos últimos 20 anos apontaram a prevalência de HAS acima de 30% considerando-se valores de PA > 140/90 mmHg (4.5). Vários estudos encontraram prevalências entre 22,3% e 43,9% (média de 32,5%), com mais de 50% entre 60 e 69 anos e 75% acima de 70 anos (ANDRADE; BOAS; CHAGAS, 2002).¹² Já com relação ao tratamento farmacológico, este é indicado para hipertensos moderados e graves, e para aqueles com fatores de risco para doenças cardiovasculares e ou lesão importante de órgãos-alvo. No entanto, poucos hipertensos conseguem o controle ideal da pressão com um único agente terapêutico e muitas vezes é necessária a terapia combinada, principalmente em indivíduos idosos e com comorbidades relevantes (PASSOS;

ASSIS; BARRETO, 2006).¹³ Estudo de controle da hipertensão não tem em conta pacientes parcialmente controlados e os incluem aos demais, como não controlados. Os estudos de prevalência consideram como novos hipertensos. Isto realmente é um dado de importância, pois ao ser a hipertensão arterial, uma afecção que cursa, e uma alta porcentagem de casos, totalmente assintomática, muitos doentes não procuram ao médico, a não ser com a manifestação de sinais e se detecta sua afecção hipertensiva em medidas fortuitas da pressão arterial (CABALLERO; A 2008).

Inúmeros estudos têm apontado a enorme dificuldade vivida pelas pessoas com hipertensão para persistirem seguindo as recomendações médicas, com expressiva frequência de abandono do tratamento. Estima-se que cerca de dois terços dos pacientes com Hipertensão Arterial (HA) não têm seus níveis pressóricos adequados, devido, em grande parte, ao seguimento incorreto do tratamento medicamentoso. Estudos internacionais e nacionais mostram grande variação nas taxas de adesão e abandono observadas. Essa variação deve-se a vários fatores, entre eles o método de medida utilizado, o ponto de corte adotado para a definição de adesão e a seleção da amostra estudada. É importante, também, reconhecer que a assistência a pessoas com doenças crônicas, como a HA, o diabetes e outras, requer considerar a complexidade do cuidado (e do autocuidado) em condições de cronicidade. Destaca-se, nesse reconhecimento, a crítica à abordagem estritamente técnica da adesão do paciente e à restrita consideração das dificuldades vividas em seu cotidiano (DUARTE; CYRINO; CERQUEIRA, 2010).¹⁵

Estudiosos afirmam que a adesão do paciente a uma determinada terapia depende de vários fatores que incluem, dentre outros, os relativos à relação médico-paciente, às questões subjetivas do paciente, às questões referentes ao tratamento, à doença, ao acesso ao serviço de saúde, à obtenção do medicamento prescrito e à continuidade do tratamento. Neste sentido, é de fundamental importância que o médico esclareça, continuamente e em linguagem acessível ao nível de compreensão do paciente, conceitos básicos quanto ao significado da HAS, sua etiologia, evolução, consequências, cuidados necessários, fármacos utilizados e seus potenciais efeitos colaterais. Além disso, é importante que haja vínculo suficiente entre médico e paciente, para que este se sinta engajado no seu tratamento (MANFROI; OLIVEIRA, 2006).¹⁶

No cuidado a esta clientela, sobressai o enfermeiro como o profissional responsável por tal cuidado ao acompanhá-la sistematicamente. Desta maneira, ele

poderá colaborar na minimização das barreiras ao tratamento anti-hipertensivo, por meio de orientações, incentivo, acolhimento, escuta qualificada, uso dos recursos disponíveis no serviço para complementar a assistência, valorização de suas dificuldades, medos e objeções ao tratamento (GUEDES; ARAUJO; LOPES, 2011).¹⁷

Em relação a ações formais de tratamento e acompanhamento para pacientes portadores de hipertensão arterial, têm-se conhecimento do Programa de Assistência ao Hipertenso e Diabético do Ministério da Saúde, no qual estão incluídas ações multidisciplinares, dentre elas as que são realizadas pelo enfermeiro, por meio da consulta de enfermagem.

Este profissional além de integrar programas desta natureza pode vir a planejar e desenvolver atividades dirigidas ao indivíduo com hipertensão arterial em outros âmbitos, como na rede hospitalar, no atendimento domiciliário, e em universidades, tanto na área do ensino como no campo da pesquisa. Neste último, se destacam os grupos de pesquisa responsáveis por grande parte dessas ações, principalmente preventivas e de educação e saúde. A enfermeira exerce papel importante dentro do contexto da hipertensão arterial abrangendo aspectos que vão desde a participação em programas de detecção precoce, até o desenvolvimento de estratégias para garantir adesão ao tratamento. Isto tem levado a um maior esforço no desenvolvimento de estudos, enfocando a educação e orientação do cliente como parte integrante do cuidado de enfermagem (CHAVES; LUCIO; ARAUJO, 2006).¹⁸

A equipe de saúde deve orientar o usuário sobre a manutenção da pressão arterial (PA) em parâmetros normais, realização de consultas médicas, de enfermagem e de outras especialidades quando necessárias, aferição constante da pressão arterial, adesão consciente para tomada da medicação prescrita, necessidade de incorporar hábitos saudáveis ao cotidiano de pessoas com hipertensão arterial ou não (controle de peso, padrão alimentar adequado, redução do consumo de sal, eliminação do fumo, moderação no consumo de bebidas alcoólicas, prática de exercício físico sem associação ao trabalho diário, controle do estresse psicossomático, estímulo a atividades educativas e de lazer individuais e em grupo), participação em atividades que melhorem a capacidade mental e a interação social desses indivíduos ao meio social em que vivem (CARDIOLOGIA; HIPERTENSÃO; NEFROLOGIA, 2006).¹⁹

Conforme apontamos nessa revisão, muitos fatores contribuem para a dificuldade de diagnóstico, tratamento e acompanhamento dos pacientes com HAS.

Para enfrentar esse desafio programas têm sido desenvolvidos e equipes multiprofissionais, seja na atenção primária ou fora dela, exercem papel especial junto da população para educação e sensibilização dos sujeitos na luta contra essa doença.

4. METODOLOGIA

CARACTERÍSTICAS GERAIS DO INQUÉRITO

Será desenvolvido um estudo transversal, a partir da implementação de um programa educativo como forma de obtenção de conhecimentos adequados sobre a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) a partir das necessidades de aprendizagens identificadas nos pacientes, tendo como objetivo o aumento do nível de conhecimento sobre alguns aspetos de esta doença nos participantes do programa educativo o qual será desenvolvido na unidade básica de saúde Laudo Correa Pinto do bairro de Perpetuo Socorro, do município Oriximiná, do estado Pará, Brasil. No período de Março a Setembro 2017.

ASPECTOS ÉTICOS

Os participantes receberam informações sobre os objetivos, métodos e as vantagens para o seu bem-estar tanto físico como psicológico que eles obterão se participarem do programa e suas ações. A sua participação será voluntária podendo sair quando quiser. Este consentimento informado será preenchido por escrito (Apêndice # 1). Se cumprimentarem as normas éticas em quanto à descrição, confiabilidade e outros termos éticos que caracterizam aos investigadores.

UNIVERSO E AMOSTRA

Será conformado pelos pacientes com diagnóstico de HAS, pertencente ao posto de saúde Laudo Correa Pinto do bairro Perpetuo Socorro. A amostra será determinada por um sorteio aleatório simples e aqueles que cumpram os critérios estabelecidos para o desenvolvimento do inquérito.

7 CRONOGRAMA

Critérios de inclusão

- Pacientes com diagnóstico de HAS.
- Aptidão física e psíquica para sua participação.
- Vontade para participar e permanência por 6 meses ou mais no bairro.

Critérios de exclusão

- Não cumprimento dos critérios de inclusão antes sinalados.

ETAPAS

Para um melhor desenvolvimento dividiremos o estudo em etapas.

Primeira etapa ou etapa diagnóstica: Consiste na seleção dos participantes que completem os critérios antes sinalados, assim como à aplicação de um questionário (Apêndice 2) com as variáveis de interesse para o estudo, dando assim saída aos objetivos específicos números 1 e 2 propostos.

VARIÁVEIS DE INTERESSE A ESTUDAR	
SOCIAIS	CLINICO EPIDEMIOLOGICAS
- Idade. - Escolaridade. - Conhecimento sobre sua doença (HAS).	- Antecedentes patológicos pessoais (A.P.P.) - Antecedentes patológicos familiares (A.P.F.) - Tratamento farmacológico. (Tto). - Tratamento não farmacológico. (Tto).

7 CRONOGRAMA

Segunda etapa ou etapa de intervenção: Nesta etapa planejaremos e desenvolveremos o programa educativo, com suas ações educativas, palestras, aulas interativas e participativas abordando temas relacionados com o objetivo geral do programa e do inquérito dando saída ao objetivo específico número 2. Os temas serão planejados tendo em conta as necessidades de aprendizagens identificadas na etapa anterior segundo os dados obtidos. As ações educativas terão as seguintes características:

- Local: Unidade Básica de Saúde (UBS)
- Horário: 6:00 pm.
- Frequência: Semanal
- Duração: 60 minutos.
- Temas: Os temas que serão transmitidos nas frequências de aulas.
- Generalidades da Hipertensão Arterial (HTS). Concepto, Classificação, Sintomatologia.
- Técnica correta para a toma da Pressão Arterial e tratamento farmacológico.
- Alimentação saudável e Hipertensão Arterial.
- Exercício Físico e Hipertensão Arterial.

Terceira etapa ou etapa de avaliação: Nesta etapa se aplicará novamente o mesmo questionário aos participantes selecionados segundo critérios estabelecidos para o inquérito, podendo assim comparar as variáveis estudadas antes e depois de desenvolver o programa educativo, dando assim saída ao objetivo específico número 3.

TÉCNICAS E PROCEDIMENTOS

Obtenção da informação. Será desenvolvida uma exaustiva revisão bibliográfica de forma permanente, vinculada com o tema a tratar em diversos médios, tais como bibliografia impressa e sites Webs oficial de medicina na internet.

A coleta da informação: A informação necessária para o trabalho será coletada a partir dos dados fornecidos pelo questionário aplicado aos participantes.

7 CRONOGRAMA

Processamento e apresentação da informação: O processamento será desenvolvido fazendo uso de um computador, conformando quadros de contingências de duplo entrada, tendo como medidas de resumem números absolutos e % para poder identificar modificações significativas em relação às variáveis de interesse.

Discussão e análises dos resultados: Se executar a discussão e análises dos dados obtidos e representados nas tabelas ou gráficos comparando os mesmos com outros estudos e dados bibliográficos consultados o que permitirá fazer julgamentos, conclusões e recomendações.

TEMPO EM MÊS	AR	BR	AI	MUN	JUL	AGO	SET	OUT
ETAPAS DO PROJETO								
Elaboração do projeto		■		■				
Aprovação								
Revisão bibliográfica		■		■			■	■
Coleta de dados		■		■				
Revisão final e digitação								
Entrega de trabalho final							■	
Socialização do trabalho								■

Simbologia empleada no cronograma:

MAR: Março; ABR: Abril; MAI: Maio; JUN: Junho; JUL: Julho; AGO: Agosto; SET: Setembro;

5. RECURSOS

5.1 RECURSOS MATERIAIS

Recursos materiais	Quantidades (U)
Local (Posto de saúde)	1
Pendrives de 8 Gb.	3
Balança digital.	3
Esfigmomanômetros.	3
Estetoscópios.	3
Fitas métricas.	3
Pacotes de requisição de exames laboratoriais	5
Pacotes de receituários médicos	5
Canetas.	20
Pacotes de folhas brancas A4	10
Pasta para arquivo do planejamento das atividades	20
Projetor de imagem	1
Tela de projeção	1

5.2 RECURSOS HUMANOS

Recursos humanos	Quantidades (U)
Médico	1
Nutricionista	1
Fisioterapeuta	1
Técnico de enfermagem	2
Professor de cultura física	1
Agentes de saúde	1
Enfermagem	1

6. RESULTADOS ESPERADOS

- Aumentar a percepção de risco e o nível de conhecimentos adequados dos participantes sobre alguns aspectos da HAS, tais como as medidas para a prevenção da mesma e suas complicações, opções de tratamento, sintomatologia, entre outros;
- Motivar as mudanças de hábitos de vida inadequados dos participantes, e o desenvolvimento de estilo de vida saudável, e o controle dos fatores de risco, para através da prática de exercícios físicos, uma alimentação saudável, evitar o estresse e manter o peso ideal;
- Construir objetivos e compromissos comuns e individuais com relação ao tratamento, tanto farmacológicos como não farmacológicos para manter e melhorar a situação de saúde dos participantes;
- Compartilhamento de vivências, experiências e conhecimentos vinculados ao tema em questão.

REFERENCIAS

Aderli GT, Ana VS, Denise MC, Eneida CA, Jose MS, et al. Diagnóstico local do município Oriximiná, Pará. 2009. 20 – 69.

Brasil. Secretaria de atenção a saúde. Departamento de atenção básica. Caderno de atenção básica. Obesidade, 2006. 10 – 16.

Herrera DA. Hipertensão: seu controle no estado de saúde. Gen. Med Rev. Cubana Intgr. 8(3), 2000. 195-201.

Brasil. Sociedade Brasileira de Hipertensão, Sociedade Brasileira de Cardiologia. V Diretrizes brasileiras de Hipertensão Arterial. Rev Bras Hipertens. 13, 2006. 256- 312.

SIMONETTI, J. P.; BATISTA, L.; CARVALHO, L. R. de. Hábitos de saúde e fatores de risco em pacientes hipertensos. Rev. Latino-am Enfermagem, 3(10), 2002. 415–422.

CARDIOLOGIA, S. B. de; HIPERTENSÃO, S. B. de; NEFROLOGIA, S. B. de. VI diretrizes brasileiras de hipertensão arterial. Arq Bras Cardiol, 2010. 1–51.

CHIZZOLA, P. R.; MANSUR, A. J.; LUZ, P. L. da. Compliance with, pharmacological treatment in out patients from a brazilian cardiology referral center. Consenso Brasileiro de Hipertensão Arterial da Sociedade Brasileira de Cardiologia, 1996. 114–164.

LESSA, I. Impacto social da não adesão ao tratamento da hipertensão arterial. Rev. Bras Hipertens, 13(1), 2006. 39–46.

GUERRA, J. P. A.; BARRETO, D. O. G.; HERNANDEZ, M. de J. Hipertensão Arterial na Atenção Primária da Saúde. La Habana: Editorial Ciências Médicas. 2010.

FERREIRA, S. R. G. Epidemiologia de hipertensão arterial associada a obesidade. Rev. Bras. de Hipertensão, 2000. 128–135.

SILVA, C. Hipertensão em uma unidade de saúde do SUS: orientação para autocuidado. Rev. Baiana de Saúde Pública, 2008. 9–17.

ANDRADE, J. P.; BOAS, F. V.; CHAGAS, H. Aspectos epidemiológicos de aderência ao tratamento de hipertensão arterial sistêmica. Arq. Bras. Cardio, 2002. 375–379.

PASSOS, V. M. de A.; ASSIS, T. D.; BARRETO, S. M. Hipertensão arterial no brasil, estimada de prevalência a partir de estudos de base populacional. Epidemiol. Serv. Saúde, 2006. 35–45.

CABALLERO, P.; A, D. H. Hipertensão Arterial: guia para la prevenção, diagnostico. La Habana: Editorial Ciências Médicas, 2008.

DUARTE, M. T. C.; CYRINO, A. P.; CERQUEIRA, A. T. de A. R. Motivos do abandono do seguimento médico no cuidado a portadores de hipertensão arterial: a perspectiva do sujeito. Ciênc. saúde coletiva. 15(5), 2010. 2603–2610.

MANFROI, A.; OLIVEIRA, F. A. de. Dificuldades de adesão ao tratamento na hipertensão arterial sistêmica: considerações a partir de um estudo qualitativo em uma unidade de atenção primária à saúde. *Rev. Bras Med Fam e Com.*, 2(7), 2006. 165–176.

GUEDES, M. V. C.; ARAUJO, T. L. de; LOPES, M. V. de O. Barreiras ao tratamento da hipertensão arterial. *Rev. Bras. Enferm.* 64(6), 2011. 1038–1042.

CHAVES, E. S.; LUCIO, I. M. L.; ARAUJO, T. L. de. Eficácia de programas de educação para adultos portadores de hipertensão arterial. *Rev. Bras. Enferm.*, 59(4), 2006. 15–128.

CARDIOLOGIA, S. B. de; HIPERTENSÃO, S. B. de; NEFROLOGIA, S. B. de. V diretrizes brasileiras de hipertensão arterial. *Arq Bras Cardiol*, 2006. 15–48.

APÊNDICES

Apêndice N° 1. Planilha de consentimento informado.

Eu: com identidade: depois de ter escutado as informações e esclarecido as dúvidas sobre as ações que serão desenvolvidas como parte da investigação, assim como as vantagens que vai me brindar tanto física como psicologicamente e os conhecimentos adequados sobre minha doença, concordo em participar no inquérito e outros momentos estabelecidos por parte do autor.

Assinatura do participante.

Sim: Não:

Com qual frequência você pratica exercício físico, marque com uma X sua resposta.

Nunca:

Uma vez por mês:

Uma vez por semana:

Três vezes por semana:

Todos os dias:

Dados da avaliação nutricional e medições antropométricas:

ITENS	VALOR	OBSERVAÇÃO
Peso em Quilogramas (Kg)		
Estatura em metros quadrados (m ²)		
Índice de massa corpórea (IMC)		
Cintura Abdominal (CA)		

Simbologia: Ensino (Ens), Fundamental (Fdtal).