



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO

UFCSPA

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE



Dra. MARIA EUGENIA LOPEZ DOMINGUEZ.

**Intervenção para o controle dos fatores de risco de usuários
com HAS, Novo Hamburgo/RS**

PORTO ALEGRE,

2017



ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

INFORME FINAL DO PORTAFOLIO

AUTOR: Dra. MARIA EUGENIA LOPEZ DOMINGUEZ.

Trabalho de terminação do curso de especialização baseado em uma estratégia de intervenção para o controle dos fatores de risco de usuários com HAS, Novo Hamburgo/RS

Tutor (a): Prof. Vanessa Vilhena Barbosa

PORTO ALEGRE, 2017

SUMARIO

1. INTRODUÇÃO -----	4
2. ESTUDO DE CASO CLINICO -----	6
3. EDUCAÇÃO EM SAÚDE-----	16
4. VISITA DOMICILIAR-----	22
5. REFLEXÃO CONCLUSIVA -----	26
6. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS -----	27
7. ANEXOS -----	29

INTRODUÇÃO

Apresentação

Meu nome é Maria Eugenia López Dominguez, tenho 49 anos sou médica Cubana, formado em meu país de origem, realizei meus estudos da carreira de medicina na Universidade de Ciências Médicas de Camaguey na província Camaguey, na região oriental do país, graduando me no ano 1991 como Medico General Básico. Logo fiz a especialização em Saúde de Família, a que terminei no ano 2001.

No ano 2004 trabalhei na República Bolivariana de Venezuela, na missão medica nesse país como Medico Integral Comunitário além de professora dada minha condição de medica docente, por 3 anos. No ano 2009 trabalhei no Estado Plurinacional de Bolívia, da mesma forma como medica e como professora da carreira de medicina por 2 anos.

No mês de agosto do ano 2016 me incorporei ao Programa Mais Médicos para o Brasil, sendo destinada ao estado Rio Grande Do Sul, ao município Novo Hamburgo, a Unidade de Saúde da Família Getúlio Vargas no bairro Canudos.

O município, banhado pelo Rio dos Sinos, compreende uma área de 223 km², contando com uma população de 239 051 habitantes. Durante muito tempo, a indústria foi praticamente formada apenas pela cadeia coureiro calçadista, com várias empresas de destaque. Tem 25 bairros na zona urbana da cidade, Canudos é um bairro localizado a leste do município brasileiro de Novo Hamburgo. É o maior bairro urbano da cidade e o mais populoso, perdendo apenas (em tamanho) para o bairro rural Lomba Grande.

Canudos é um bairro importante para a economia do Município é um bairro fortemente residencial, poder ser classificado como bairro residencial/comercial. Possui algumas indústrias de médio porte. É também em Canudos que se localiza o Aero clube do município, e é considerada a segunda área com maior criminalidade do município.

A unidade de saúde da família Getúlio Vargas abrange o bairro Canudos, tem três equipes de saúde, a infraestrutura da (USF) possui salão de espera, salas de consultas, sendo três delas para consultas de enfermagem, sala de vacinas, sala para atendimento das emergências, uma sala de curativos e procedimentos, uma consulta odontológica, uma sala para os Agentes comunitários de saúde (ACS), uma sala de esterilização e uma sala administrativa. A equipe da área dois está formada por uma enfermeira, uma auxiliar de enfermagem, quatro agentes comunitários de saúde (ACS) e uma médica; na área 2 onde eu atuo tem uma população de 2 236 habitantes com um total de pacientes com hipertensão de 219.

A maioria dos atendimentos são devidos a doenças crônicas com mais destaque para Hipertensão arterial sistêmica e destes mais de 50% tem descontrole da doença. Por este motivo observa-se a importância de fazer uma estratégia de intervenção para atuar sobre os fatores de risco e o descontrole desta doença por isso escolhi fazer uma Proposta de intervenção para o controle dos fatores de risco de aparecimento e descontrole da HAS na USF Getúlio Vargas.

A HAS é uma doença crônica com elevada morbimortalidade que precisa se tratar e controlar adequadamente, pois pode levar a complicações sistêmicas. É também um importante fator de risco para doença cardiovascular, além de trazer custos médicos e econômicos elevados, por suas complicações, pelo que fazer estratégias para prevenção da Hipertensão arterial são muito importantes combinadas com educação em saúde com o objetivo de fazer o diagnóstico precoce, o controle da pressão arterial e de fatores de risco associados, modificando o estilo de vida e melhorando adesão ao tratamento.

ATIVIDADE 2 DO PORTFÓLIO - ESTUDO DE CASO CLÍNICO

USF Getúlio Vargas Feito triagem e colocado como Urgência

○ ANAMNESE

Identificação

Nome: MFG

Idade: 57

Sexo: Masculino

Escolaridade: Ensino Médio Completo

Estado civil: Casado

Profissão: Aposentado

Naturalidade: Novo Hamburgo / RS

Residência Atual: Bairro Canudos

○ QUEIXA PRINCIPAL:

Dor de cabeça (Dia 17.07.17).

○ HISTORIA DA DOENÇA ATUAL:

1ª Consulta Médica (17/07/2017)

Paciente que relata que há 3 anos lhe foi diagnosticada Hipertensão Arterial, para a que prescreveram tratamento, não lembra as medicações, por decisão pessoal deixou de tomar as medicações, em vezes tem PA alta, mais ontem teve que ir à UPA por dor de cabeça intenso, trataram de urgência e recomendaram ir à unidade de saúde, pelo que hoje está li, fizeram aferição de PA e tem 210\115 mmHg além de dor de cabeça.

Interrogatório sintomatológico

Sintomas Gerais: BEG, normocorada e eupneico,

Cabeça e Pescoço: cefaleia sem outras queixas;

Tórax: Nega tosse dificuldade respiratória;

Abdome: Nega epigastralgia, pirose; vomito e diarreia

Sistema Geniturinário: Nega disúria, PSA feito há pouco tempo e normal Sistema endócrino: Nega alterações;

Coluna vertebral, ossos, articulações e extremidades: Com dor nas articulações ao acordar, ligeira rigidez que melhoram com o transcurso do dia Sistema nervoso: Nega convulsões, nega amnésia, paresia, paralisia e desmaios.

○ ANTECEDENTES PESSOAIS:

Fisiológicos:

Nascido de parto normal é o sexto filha de 8 filhos, *Patológicos:*

Doenças da infância: (Sarampo, Parotidites);

Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS)

Antecedente Cirúrgico: Sem

Nega alergias,

Medicamentos em uso: Nenhum

○ ANTECEDENTES FAMILIARES

Pai falecido: Doença do coração

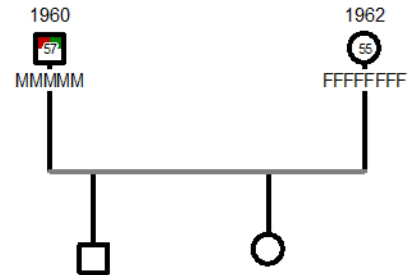
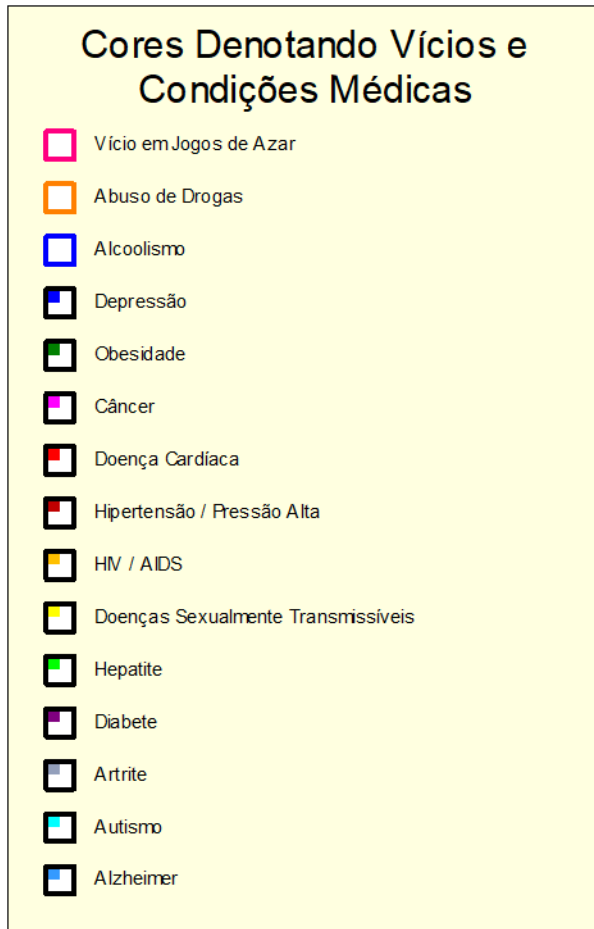
Mãe: Viva, com HAS e Diabetes Mellitus tipo II.

5ta Irmã: HAS

4ta Irmão: Diabetes Mellitus.

○ GENOGRAMA:

(Nomes fictícios)



○ EXAME FÍSICO

GERAL

Somatoscopia:

Paciente com bom estado geral, consciente e orientada no tempo e espaço, fâcies não característica de processo patológico, linguagem normal, biótipo normolíneo, atitude voluntária.

Mucosa: corada, anictérica, acianótica, hidratada, afebril ao toque.

Sinais Vitais:

Temperatura: 36,3°C;

PA: 210x115 mmHg;

FC: 79 bpm;

FR: 20 irpm.

Medidas Antropométricas:

Peso: 92 kg , Altura: 176 cm.

Estado Nutricional: IMC (Índice de Massa Corporal): 29,7 (sobrepeso).

REGIONAL E SISTEMAS Cabeça e pescoço:

Simétricos, sem deformidades aparentes, sem de linfonodomegalia

Tireoide de consistência, mobilidade e tamanho normais, não visível nem palpável

Orofaringe sem sinais inflamatórios.

Tórax:

Inspeção: tórax típico, simétrico; respiração torácica, eupneica, amplitude normal, ausência de abaulamentos, retrações, cicatrizes e tiragem;

Palpação: expansibilidade normal; frêmito tóraco-vocal sem alterações;

Percussão: sem alterações;

Ausculta pulmonar: Murmúrio Vesicular normal, sem estertores;

Ausculta cardiovascular: Ruídos cardíacos rítmicos, sem sopros cardíacos.

Abdome:

Inspeção: plano, sem deformidades, que segue os movimentos respiratórios, ausência de circulação colateral.

Ausculta: Ruídos Hidroaéreos normais;

Percussão: sonoridade normal de cada região

Palpação: sem do a palpação superficial e profunda, com ausência de Visceromegalias e/ou massas.

Extremidades

Simétricas, sem presença de edema, ausência de vasos dilatados.

Hipótese diagnóstica:

- 1- Hipertensão Arterial Sistêmica (crise hipertensiva)
- 2- Osteoatrose generalizada

3- Conduta:

Atenolol 50 mg tomar 2 cp agora

AAS 100 mg tomar 1 cp agora

Oxigeno terapia a 4\min

Observação até que a PA diminuía

Depois

Educação em saúde sobre a doença, complicações e tratamento

Educação em saúde sobre hábitos de vida saudáveis: alimentação, exercício e como evitar estresse.

AAS 100 mg tomar 1 cp ao dia

Hidroclorotiazida 25 mg tomar 1 cp de manha

Atenolol 50 mg tomar 1 cp de 12\12 h

Dipirona 500 mg tomar 1 cp ate de 12\12 h se dor.

Solicito exames

Controle de PA por 10 dias para avaliar tratamento

EVOLUÇÃO

2ª Consulta (Dia 02/08/2017)

Paciente com bom estado geral, refere que está muito melhor, sem dor de cabeça, as dores nos ossos e articulações também melhoraram conciliando, alimentando se bem.

Está tomando bem a medicações e fazendo esforço para melhorar hábitos de vida.

O controle de PA os tem 3 tomadas em 140\90 mmHg, resto das tomadas normais

Apresenta exames laboratoriais.

Exames 19-07-17

HB 15,4 g\dl

Leucócitos 7×10^9 \ul

Glicemia 102 mg\dl

Colesterol total 254 mg\dl

Triglicerídeos 150 mg\dl

Creatinina 0,98 mg\dl

EQU sp

PSA 1,43 ng\ml

Hipótese diagnóstica: 1- Hipertensão Arterial Sistêmica.

2-Hiperlipidemia.

Conduta:

Educação em saúde sobre hábitos de vida saudáveis: alimentação, exercício e como evitar estresse.

Sinvastatina 20 mg tomar 1 cp depois de janta.

Orientações Gerais.

Manter resto das medicações

Controle de PA por 7 dias

Reavaliação em 1 mês

3ª Consulta (Dia 04/09/2017)

Paciente que refere se sentir bem, porém mantém cifra de PA em 140\90 mmHg, refere que é muito difícil para ele fazer mudar de hábitos alimentares porque acha que a PA não tem que ver com isso ou com sobrepeso, necessidades fisiológicas normais, bom estado geral.

Explicamos que faremos uma busca de artigos científicos sobre o tema para explicar-lhe melhor e que possa entender e ficar convencido.

Exame físico

ACV: PA 150\90 mmHg

Resto normal

Conduta

Educação em saúde sobre a importância do tratamento não farmacológico.

Reavaliação próxima semana para tratar o assunto da dúvida clínica.

ENFOQUE

Tratamento não farmacológico que inclui fazer muda de estilos de vida: fazer exercício físico, alimentação saudável além de evitar estresse.

Tratamento farmacológico com AAS 100 mg ao dia para evitar a isquemia do coração, uso de diurético além de medicações hipotensoras.

Controle por 10 dia para avaliar evolução e reconsulta.

O paciente tem dúvida sobre a relação entre os fatores de risco que tem e a hipertensão essencial.

DÚVIDA CLÍNICA: Que relação tem os fatores de risco consumo elevado de gorduras e sal, sobrepeso e consumo de álcool, no diagnóstico de HAS?

FORMULAÇÃO DO PICO:

---P: Pessoas com hipertensão arterial

---I: Tratamento não farmacológico e atuação sobre os fatores de risco modificáveis.

---C: Comparação da evolução da HAS entre as pessoas que tem alto consumo de gorduras e sal nos alimentos, obesidade além de consumo de álcool e as pessoas com alimentação e outros hábitos de vida saudáveis.

---O: A eliminação do descontrole da HAS, com não aparecimento das complicações a curto ou mediano prazo, uso de menor quantidade de fármacos e melhor qualidade de vida em pacientes com controle de seus fatores de risco.

.

IDENTIFICAÇÃO DO DECS/MESH

PUBMED

Healthy Food Habits,HypertensionArterial Hypertension diet"[MeSH Terms] OR ("Hypertension"[All Fields] AND "diet"[All Fields]) OR "Hypertension diet"[All Fields] or Health Eating

LISTA DE ARTIGOS

1-Rev Esc Enferm USP. 2005 Jun;39(2):181-8.[Hypertensive crises in patients with arterial hypertension in ambulatory treatment].

2-Renal Arteriolar Injury by Salt Intake Contributes to Salt Memory for the Development of Hypertension.

Oguchi H, Sasamura H, Shinoda K, Morita S, Kono H, Nakagawa K, Ishiguro K, Hayashi K, Nakamura M, Azegami T, Oya M, Itoh H.

Hypertension. 2014 Jun 30. pii: HYPERTENSIONAHA.113.02973. [Epub ahead of print]

3-The relation of potassium and sodium intakes to diet cost among US adults.

Drewnowski A, Rehm CD, Maillot M, Monsivais P.

J Hum Hypertens. 2014 May 29. doi: 10.1038/jhh.2014.38. [Epub ahead of print]

4-[Hypertension new guidelines--new strategies?].

Bönner G.

MMW Fortschr Med. 2013 Dec 16;155(21-22):45-7. German. No abstract available.

5-Dietary Salt Intake and Coronary Atherosclerosis in Patients With Prehypertension.

Zhao X, Yang X, Zhang X, Li Y, Zhao X, Ren L, Wang L, Gu C, Zhu Z, Han Y.

J Clin Hypertens (Greenwich). 2014 Jun 23. doi: 10.1111/jch.12362. [Epub ahead of print]

6- Prevalence of the metabolic syndrome in patients with hypertension treated in general practice in Spain: an assessment of blood pressure and low-density lipoprotein cholesterol control and accuracy of diagnosis.

Barrios V, Escobar C, Calderón A, Llisterri JL, Alegría E, Muñoz J, Matalí A.

J Cardiometab Syndr. 2007 Winter;2(1):9-15.

AVALIAÇÃO CRÍTICA DOS ARTIGOS RELEVANTES

ARTIGO 1: Em este artigo se faz referência a os fatores de risco modificáveis e não modificáveis como história familiar com o incremento da pressão arterial.

ARTIGO 2 :Em este artigo o papel da ingestão de sal é importante no desenvolvimento da hipertensão.

ARTIGO 3: Em este artigo se demonstra que aumentar o potássio e diminuir a ingestão de sódio reduz a carga da hipertensão.

ARTIGO 4: Em este artigo se demonstra que a ingestão de sal elevado na dieta é conhecida por contribuir para a hipertensão e as doenças cardiovasculares e cerebrovasculares. Os autores investigaram a associação entre a ingestão de sal na dieta e o desenvolvimento de hipertensão ou doença cardiovascular

ARTIGO 6 :Em este artigo o estudo foi desenhado para avaliar se os médicos de cuidados primários em Espanha diagnosticar com precisão a síndrome metabólica em pacientes hipertensos, para definir o perfil e manejo desses pacientes na prática clínica, e para verificar o nível de pressão arterial e de baixa densidade controle do colesterol da lipoproteína.

RESPOSTA A QUESTÃO DE DUVIDA CLÍNICA

A evidência demonstra que o tratamento da Hipertensão deve estar acompanhado de medidas Higino- dietéticas.

Como podemos ver na literatura encontrada e muito importante o controle dos fatores de risco modificáveis como o consumo em excesso sal e gorduras e bebidas alcoólicas, também é importante evitar o sobrepeso, o estresse e praticar exercício em relação com idade e condição física.

O excesso de sódio está associado com a retenção de fluidos nos tecidos do corpo e, assim, com o aumento dos valores de tensão. A dieta contém menos sódio, mais fácil será remover o excesso de urina e, assim, ajudar a normalizar os níveis de pressão arterial. A dieta de sódio também beneficia pessoas com doença cardiovascular ou hepática avançada com retenção de líquidos.

Existe uma relação direta entre dieta e o controle nesta doença. O controle evita em grande medida a aparição de complicações cardiovasculares e cerebrovasculares no organismo.

4ª Consulta (Dia 12/09/2017)

Paciente que se manter com bom estado geral, porém com cifras limítrofes de PA, assintomático.

Exame físico

ACV: PA 140\90 mmHg

Resto normal

Conduta

Explico com palavras entendíveis para o paciente a resposta á questão da dúvida clínica, com o que fica convencido da importância do tratamento não farmacológico.

Manter controle da PA por 10 dias Reavaliar em 1 mês.

5ª Consulta (Dia 12/09/2017)

Paciente que refere se sentir bem, tomando as medicações, urina e fezes normais, bom estado geral, só tem a primeira toma em 140\90 mmHg, el resta das tomadas de PA estão normais

Exame físico

ACV: PA 120\80 mmHg

Resto do exame físico normal

Conduta

Manter tratamento

Reavaliação em 6 meses

ATIVIDADE 3 DO PORTFOLIO PROMOÇÃO DA SAÚDE, EDUCAÇÃO EM SAÚDE E NÍVEIS DE PREVENÇÃO

Ainda estou à espera de um médico filosófico, no sentido excepcional da palavra - um médico que tenha o problema da saúde geral do povo, tempo, raça, humanidade, para cuidar -, terá uma vez o ânimo de levar minha suspeita ao ápice e aventurar a proposição: em todo o filosofar até agora nunca se tratou de 'verdade', mas de algo outro, digamos saúde, futuro, crescimento, potência, vida. (Nietzsche, 1983: 190)

No contexto atual, onde a população além de crescer envelhece mais, e com isso aparecem doenças crônicas, aumentam as doenças transmissíveis, precisa se de encontrar melhores métodos para diminuir a morbimortalidade e melhorar a qualidade de vida é por isso que a promoção e prevenção convertem se nos melhores instrumentos para alcançar o objetivo.

A prevenção em saúde "exige uma ação antecipada, baseada no conhecimento da história natural a fim de tornar improvável o progresso posterior da doença" (Leavell & Clarck, 1976). Pelo anterior a prevenção relaciona se com doenças já existentes na população.

Promoção da saúde define-se, tradicionalmente, de maneira bem mais ampla que prevenção, pois refere-se a medidas que "não se dirigem a uma determinada doença ou desordem, mas servem para aumentar a saúde e o bem-estar gerais" (Leavell & Clarck, 1976). A promoção está encaminhada a evitar que apareçam as doenças e melhora a saúde desde todo ponto de vista.

A Unidade de saúde onde atuo tem uma população ampla com muitas pessoas jovens porem com número significativo de idosos e ter em conta medidas de promoção e prevenção para todas as faixas etárias, pelo que as medidas identificadas nos casos clínicos aplicam se em quase todos os pacientes de nosso dia a dia.

As medidas de prevenção, educação e promoção de saúde identificadas:

- Para as crianças:
 - Promoção do aleitamento materno.
 - Promoção da importância da consulta de puericultura.
 - Promoção do de vacinas.
 - Promoção e prevenção da saúde bucal.
 - Higiene geral.
 - Alimentação na escola (Os alimentos expendidos não devem ser muito industrializados).
 - Educação em saúde sobre como atuar frente à febre, doenças respiratórias, diarreia, anemia, parasitoses.
- Para os adolescentes:

- Calendário vacinal dos adolescentes.
 - Saúde bucal.
 - Promoção da alimentação saudável.
 - Promoção da importância da atividade física.
 - Abordagem familiar ante a atitude de independência familiar do adolescente e interações com os pais.
 - Atitude ante a droga e alcoolismo. ○ Saúde da mulher:
 - Planejamento familiar.
 - Promover atenção pré natal com qualidade.
 - Saúde bucal.
 - Medidas de promoção de um climatério saudável.
 - Promoção da alimentação saudável e atividade física regular.
 - Abordagem familiar da mulher no climatério.
 - Promoção da pesquisa do câncer de mama e de colo de útero.
 - Violência intrafamiliar.
- Pessoas com necessidades especiais e doenças psiquiátricas (saúde mental):
- Promoção da autoconfiança do paciente.
 - Promoção e prevenção sobre o tabagismo e outras adições como droga e alcoolismo.
 - Estabelecer parceria com familiares.
 - Promoção da independência do paciente dentro dos limites da doença.
 - Estabelecimento de grupos de apoio para os familiares.
 - Ter atendimento diferenciado respeito a outros pacientes e doenças. ○ Saúde do home:
 - Promoção da realização de exames urológicos (PSA).
 - Prevenção de transtornos da esfera sexual.
 - Promoção da alimentação saudável e atividade física regular ○ Saúde do idoso:
 - Promoção da alimentação saudável.
 - Promoção do exercício físico acorde a idade.
 - Adesão ao tratamento das doenças crônicas.
 - Participação do idoso e familiar em grupos de educação em saúde.
- Saúde do trabalhador:
- Promoção dos direitos dos trabalhadores em relação as doenças.
 - Promoção dos direitos a declarar os acidentes do trabalho.
 - Promoção do calendário de vacinas aos trabalhadores com riscos específicos.

- Promoção e prevenção na prática dos direitos e deveres da atenção médica de qualidade e solicitar exames encaminhados a diagnosticar doenças para as quais tem riscos.
- Promoção dos direitos e deveres de usar meios de proteção acorde os diferentes labores.
- Participação em grupos de educação em saúde.

Na prática a **consulta de puericultura** é de muita importância e deve ser estimulada a participação em todas as consultas estabelecidas das crianças acompanhadas pelas mães ou familiares, explicando que nelas conhece-se o desenvolvimento da criança e previne-se com antecipação o aparecimento de doenças ou alterações do desenvolvimento normal, promover o aleitamento materno exclusivo até os 6 meses de idade, alimentação saudável nas crianças incluindo alimentos de todos os grupos em quantidade e qualidade adequada para evitar a má nutrição por excesso ou defeito, oferecendo a menor quantidade possível de alimentos industrializados estando alertas com o que comem na escola e que os alimentos sejam elaborados com a máxima higiene para evitar parasitoses; além oferecemos orientações sobre a importância dos cuidados higiênicos das crianças pequenas e as mais grandes explicando que com higiene podem prevenir-se doenças infectocontagiosas; além promovemos a saúde bucal alertando sobre como evitar o uso de bicos e mamadeiras, além de que encaminhamos ao Dentista aos 7 meses para avaliação; indicamos o uso de Sulfato ferroso a partir dos 6 meses de idade para evitar Anemia; ensinamos também as mães como atuar frente as doenças respiratórias, diarreias e febre para evitar complicações.

Na **atenção pré-natal** a educação em saúde em quanto a promoção e prevenção são ferramentas de primeira ordem para evitar complicações e levar a feliz termo a gestação a primeira coisa que fazemos é explicar a importância das consultas de pré-natal para avaliar o bom desenvolvimento da gestação, o que inclui a grávida e o feto, solicitamos exames que precisam ser feitos no um tempo determinado, oferecemos as vacinas que sejam necessárias, consultamos com dentista, promovemos alimentação saudável, fazemos atividades de prevenção de doenças crônicas e suas complicações, promovemos o aleitamento materno e os cuidados as crianças.

Nas consultas e outras atividades relacionadas com a **saúde mental** oferecemos apoio psicológico aos pacientes e familiares, promovemos a independência dos pacientes sempre que seja possível, fazemos promoção e prevenção sobre o tabagismo, alcoolismo e outras adições.

Além de trabalhar nessas atividades, participamos dos grupos de Hipertensão para promover saúde e prevenir complicações nos pacientes com **doenças crônicas** como Diabetes e Hipertensão arterial e seus familiares, aos que oferecemos educação em saúde sobre a importância da atividade física regular, alimentação

saudável, controle do peso corporal e adesão ao tratamento entre outros temas como o controle do estresse que podem ter importância no controle das doenças crônicas ou atuar como fatores de risco, além que estão incluídos em nosso projeto de intervenção e estreitamente relacionado com o caso clínico que avaliamos na passada atividade.

O **grau de recomendação** é um parâmetro, com base nas evidências científicas, aplicado a um parecer (recomendação), que é emitido por determinada instituição ou sociedade.

Em quanto a **atividade física regular** ensaios clínicos controlados demonstraram que os exercícios aeróbios (isotônicos), que devem ser complementados pelos resistidos, promovem reduções de PA, estando indicados para a prevenção e o tratamento da Hipertensão arterial sistêmica (WHELTON, 2002; FLETCHER G F, BALADY G, 2001). Na nossa experiência de trabalho tanto no Brasil como em outros países quando temos recomendado fazer esta atividade aos pacientes sempre as cifras de PA têm feita uma redução ostensível, o que foi corroborado uma vez mais no projeto de intervenção.

A recomendação é de que inicialmente os indivíduos realizem atividades leves a moderadas (SBD, 2002; CASPERSEN C et al, 1985). Somente após estar bem adaptados e tomando em conta a idade do paciente e as comorbidades pode então passar a atividades de maior esforço e lembrar que nunca esta atividade física deve ser feita se tem cifras de PA em 160\105 mmHg ou mais e que segundo demonstram as evidências científicas a intensidade mais recomendada para controlar a PA é a moderada. Pelo anteriormente exposto Atividade física: grau de recomendação I e nível de evidência A.

A **alimentação saudável** inclui muitos parâmetros a ter em conta na hora de falar desse jeito de alimentação, então pode-se incluir: dietas DASH (*Dietary approaches to stop hypertension*), mediterrânea, vegetarianas e outras; a redução do consumo de sal; os ácidos graxos insaturados; a ingestão de fibras; consumo de álcool, além de muitos outros parâmetros como café, chocolate amargo, vitaminas.

Estes elementos incluídos na alimentação saudável têm diferentes graus de recomendação, mais além do que está demonstrado pelas evidências científicas da medicina, na experiência profissional com os pacientes sempre coincidiu com os estudos, quando o paciente apresentado no caso clínico fez mudanças alimentares importantes segundo as recomendações nossas e as da nutricionista melhoraram as cifras de PA imediatamente e quando recolhemos as impressões dos pacientes no grupo de Hipertensão também tem melhora quem faz alimentação saudável.

As *dietas DASH* que está baseada em altos níveis de vegetais, hortaliças, fibras, lácteos e poucas gorduras tem importante impacto na redução da PA (SACKS FM et al, 2001). Um alto grau de adesão a esse tipo de dieta reduziu em 14% o

desenvolvimento de hipertensão (FORMAN J P et al, 2009). A dieta DASH potencializa ainda o efeito de orientações nutricionais para emagrecimento, reduzindo também biomarcadores de risco cardiovascular (BABYAK MA, 2010). Pelo anteriormente demonstrado a Dieta DASH: grau de recomendação I e nível de evidência A.

A *dieta mediterrânea* diferencia-se que além do consumido na dieta DASH, as pessoas comem alto teor de gorduras mesmo a substituição do excesso de carboidratos nesta dieta por gordura insaturada induz à mais significativa redução da PA (CAREY VJ,2005; MYERS VH, CHAMPAGNE CM,2007). Dieta mediterrânea para hipertensos: grau de recomendação IIa; nível de evidência B.

Dietas da moda e programas de emagrecimento comercialmente disponíveis, avaliados comparativamente, demonstraram baixa adesão a longo prazo (DANSINGER ML et al, 2005).

Quanto a redução do *consumo de sal* a VI Diretriz Brasileira de Hipertensão arterial explica que entre PA e a quantidade de sódio ingerido a relação é heterogênea. Esse fenômeno é conhecido como sensibilidade ao sal. Apesar das diferenças individuais de sensibilidade, mesmo modestas reduções na quantidade de sal são, em geral, eficientes em reduzir a PA (DUMLER F, 2009). Tais evidências reforçam a necessidade de orientação a hipertensos e “límitrofes” quanto aos benefícios da redução de sódio na dieta (BRASIL, 2010). O consumo médio do brasileiro corresponde ao dobro do recomendado (NAKASATO M, 2004). Dieta hipossódica: grau de recomendação IIb e nível de evidência B.

As principais fontes dietéticas de *ácidos graxos monoinsaturados* (oleico) são óleo de oliva, óleo de canola, azeitona, abacate e oleaginosas (amendoim, castanhas, nozes, amêndoas) (BRASIL, 2007). Tem-se demonstrado que a ingestão de óleo de oliva pode reduzir a PA, principalmente devido ao elevado teor de ácido oleico (TERÉS S et al, 2008).

O **controle do peso corporal** é outros dos fatores de importância a ter em consideração no acompanhamento dos pacientes com HAS e que mostra evidências na prática diária, além do que os estudos cientistas demonstram que as perdas de peso e da circunferência abdominal se correlacionam com reduções da PA e melhora de alterações metabólicas associadas (GUIMARÃES ICB, 2008; STEVENS VJ, 2001). Eu acho que todos os médicos temos tido pacientes que precisam emagrecer pelas doenças e complicações que trouxe a obesidade e que quando eles lograram isso toda sua saúde melhorou, já teve essa experiência várias vezes ao longo de minha vida profissional.

A psique das pessoas está influenciada por fatores psicossociais, econômicos, educacionais os que podem trazer situações que ficam fora de controle e desencadear o **estresse emocional** participam do desencadeamento e

manutenção da HAS e podem funcionar como barreiras para a adesão ao tratamento e mudança de hábitos (DIMSDALE JE, 2008; FIGUEREDO VM, 2009; FONSECA FCA, 2009). Eu hei tido a experiência muito frequente que os plantões acudam pacientes que debutam com HAS por uma situação de estresse ou que os que já têm HAS esta descontrola-se ante determinada sobrecarga psíquica afrontada e que além disso a crise hipertensiva melhora com o uso de psicoterapia ou sedantes, mais já foram avaliadas diferentes técnicas do controle do estresse as que tiveram resultados conflitantes, algumas delas, foram capazes de reduzir discretamente a PA de hipertensos (JACOB RG ET AL; ANN BEHAV, 1991. LIPP MEN, 2007).

A saúde baseada em evidencias e a medicina baseada em evidencias constituam-se numa ferramenta de muita importância na prática da medicina tanto para fazer diagnósticos como para realizar algum proceder ou tomar determinada conduta com pacientes, conhecer os graus de recomendação é imprescindível para nosso trabalho diário ao favorecer a tomada de decisões além de manter nos com atualização científica.

ATIVIDADE 4 DO PORTAFOLIO

VISITA DOMICILIAR

A saúde constitui o bem mais prezado das pessoas, e é a família quem mais deseja que todos seus membros tenham ou recuperem a saúde com prontidão, para o que gosta de tornar-se um ente ativo no adoecimento de seus membros e adquirindo responsabilidade nos cuidados de seus familiares para contribuir a melhorar a qualidade da atenção dos profissionais.

Desde inícios do século XX médicos brasileiros trouxeram ao Brasil práticas de atendimento sanitário domiciliar estiladas na Europa e que foram usadas para combater doenças transmissíveis. E na década dos anos 1990 com o aparecimento do SUS e os programas de ESF e os ACS que a VD torna-se uma ferramenta imprescindível para o atendimento da população proporcionando a equipe da atenção básica os conhecimentos das condições de vida e saúde dos membros das famílias da população da área de abrangência.

Dessa forma, segundo a Portaria nº 2.527, de outubro de 2011, a AD constitui-se como uma “modalidade de atenção à saúde substitutiva ou complementar às já existentes, caracterizada por um conjunto de ações de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação prestadas em domicílio, com garantia de continuidade de cuidados e integrada às Redes de Atenção à Saúde” (BRASIL, 2011).

Atualmente com o envelhecimento da população a situação epidemiológica mostra um incremento da morbimortalidade por doenças crônicas degenerativas o que precisa de atendimento que tenha em conta as incapacidades das pessoas, como evitar ou diminuir internamentos tão frequentes e como oferecer promoção, prevenção, manutenção e reabilitação da saúde das pessoas com dificuldades para se trasladar até a Unidade de Saúde.

Na nossa unidade de saúde realizamos visita domiciliar as quintas-feiras alternas a pacientes que a maioria deles tem solicitada visita dos profissionais através dos agentes comunitários de saúde, estas VD são consideradas de muita importância e muitas vezes cumprem os objetivos e tem critério de serem feitas, mais nem sempre é assim porque quase sempre são os mesmos pacientes e isso denota falta de conhecimento dos agentes que são geralmente os que coordenam a atividade e falta de educação em saúde à população sobre os objetivos, critérios de inclusão para a VD e características que devem cumprir as mesmas além de que a família tem participação ativa dentro do processo.

A maioria dos pacientes avaliados na atenção domiciliar são idosos, com incapacidade física por doenças degenerativas ou com sequelas de complicações de doenças como HAS e Diabetes, poucas vezes os pacientes tem alguma doença aguda e ainda menos pacientes são acompanhados pelo menos pelos médicos durante a gestação ou no primeiro ano de vida em atenção domiciliar, situações estas últimas nas que avaliar o desenvolvimento familiar, a higiene da

casa, a vulnerabilidade são aspectos de grão importância a ter em conta na hora da promoção e prevenção em saúde.

Para melhorar a qualidade da atenção domiciliar temos que ter em conta as características estabelecidas que deve cumprir essa forma de atenção: Ações sistematizadas, articuladas e regulares; a integralidade das ações de promoção, recuperação e reabilitação em saúde; deve responder às necessidades de saúde de determinado seguimento da população com perdas funcionais e dependência para a realização das atividades da vida diária; desenvolve-se por meio do trabalho em equipe. Mais para que todo isto seja feito dessa forma além de que os pacientes sejam visitados pelos ACS com frequência mensal e o médico possa visitar mais do 50% da população temos que planejar muito melhor as visitas, o que inclui aumentar o número de visitas mensais e maior frequência (sistematicidade), para ter em conta e identificar fatores de riscos, vulnerabilidades que em vezes tem que ver com crença e costumes, o que dificulta conhecer as necessidades reais dos indivíduos e famílias, mais sempre lembrando que temos que respeitar a diversidade cultural das pessoas e famílias assim como suas prioridades, participando a equipe toda para realizar discussão dos casos e elaborar planos de ações pertinentes, na última também as vezes temos dificuldades porque algum membro da equipe falta o que dificulta fazer um adequado plano de ações.

No dia de hoje fizemos visita domiciliar a um paciente com doença crônica e incapacidade psicomotora, solicitada pelo familiar para trocar receitas, ao chegar á casa encontramos a família na seguinte situação: o paciente cadeirante queixando se de que passou mal a noite, pela dor no abdome pois tinha vontade de defecar e ainda não pode fazer, a esposa igual deprimida e com problemas de insônia , além disso a neta do casal que tem 4 anos foi deixada na casa e desde a madrugada tem tosse seca e febre e não tinham quem levara ela a unidade de saúde.

O paciente além de não caminhar, tem muita dificuldade para se comunicar depois de ter tido um ACV hemorrágico há 2 anos, secundário a HAS com mal controle, está fazendo fisioterapia na casa a que resulta muito custosa, foi avaliado por neurologista que acompanha ele quem prescreveu Atorvastatina em substituição da Sinvastatina que tomava, mais também é muito custosa e a esposa deseja voltar a Sinvastatina pois então não pode pagar a fisioterapia que é tão importante.

Interrogo sobre o problema da constipação do paciente, há 3 meses que tem esse problema, agora tem 5 dias sem defecar, expulsa gases, afebril, come normal (pouco como tem costume), nega se a comer frutas e vegetais e toma várias medicações que podem causar esse efeito indesejável.

A esposa mostra para mim exames feitos há 15 dias:

Colesterol 280

Triglicerídeos 250 Resto

de exames normais

Exame físico:

Bom estado geral

Mucosas úmidas e coradas

ACV: BC 75 x mim PA 110\80 mmHg

Abdome: Depressível, sem dor á palpação, com ruídos hidroaéreos normais.

Neurológico: Consciente, com plarapleja e linguagem pouco inteligível como sequela.

Resto de exame físico normal.

Plano de ações:

1-Explicamos para o paciente a importância de aumentar o consumo de fibras com vegetais e frutas além de tomar suficiente água, o que vai a melhorar o problema da constipação, que está pior pela pouca movimentação e pelas medicações.

2- Bisacodilo 5 mg tomar 1 cp á noite até defecar.

3-Metoclopramida 10 mg tomar 1 cp antes o café, almoço e janta.

4-Suspendemos a Atorvastatina e colocamos em seu lugar a Sinvastatina de 40 mg tomar 1 cp depois da janta.

5-Manter a fisioterapia.

6-Fazemos troca de receitas.

Quanto a neta:

Além dos sintomas falados não tem outros, urina e fezes normais, bom estado geral.

Exame físico.

Orofaringe avermelhada sem secreções Resto de exame normal.

Peso 18 Kg (há 1 semana)

Plano de ações

1-Tomar líquidos suficientes.

2-Ibuprofeno gotas tomar 10 gotas de 8\8 horas por 7 dias.

3-Guaco Xarope tomar 5 ml de 8\8 h por 7 dias.

4-Educação em saúde á avo sobre os sintomas de alarma nas infeções respiratórias.

5-Agendo retorno para 2 dias depois.

Quanto a esposa:

Tem exame físico negativo, sugerimos o uso de Amitriptilina 25 mg tomar 1 cp á noite para melhorar a qualidade do sono e contribuir a diminuir a depressão, além sugerimos que como cuidadora tem que realizar outras atividades como exercício físico (caminhadas), visitar amigas ou atividades que possam distraí-la da rotina.

Quanto à família 1- Educação em saúde sobre hábitos alimentares saudáveis.

2- Importância do exercício físico e as atividades recreativas.

Tudo o anterior relaciona-se estreitamente com nosso trabalho desenvolvido com HAS e seus fatores de risco desde o projeto de intervenção até as atividades do portfólio, além com o acontecido ao paciente e sua família evidencia a importância de atenuar os fatores de risco e evitar o descontrole da doença para evitar complicações.

Quase sempre tratamos de fazer o mais integral possível a visita, mas temos dificuldade no planejamento dos pacientes a avaliar.

ATIVIDADE 5 DO PORTAFOLIO

REFLEXÃO CONCLUSIVA

Ao analisar meu transcurso pelo curso de especialização em saúde da família e comunidade posso expressar que foi um desafio bem forte, no referente a que foi a primeira vez que faço um curso online, mais estou muito agradecida porque a barreira foi superada com ajuda principalmente das professoras tutoras além de auto estudo e tanto o Eixo I como o Eixo II contribuíram para minha superação pessoal e profissional.

No Eixo I pude conhecer a história das políticas públicas em Brasil, as principais leis e programas de saúde á vez que desenvolvia um projeto de estratégia de intervenção e que pude pôr em pratica no Eixo II onde relembramos diferentes doenças e até pudemos avaliar algumas que só conhecíamos em teoria, além avaliamos o comportamento das doenças e a forma da atuação da equipe na Unidade de saúde onde atuamos.

Foi difícil, mais cumpri os objetivos traçados, apreendi a usar diferentes ferramentas como Genograma para conhecer a estrutura da família com seus fatores de risco , doenças e relações entre seus membros, google Earth para fazer georrefenciamento , buscas bibliográficas, aprendi a trabalhar com grupos como de HiperDia, fiz visitas domiciliares, apliquei o projeto de intervenção aos pacientes e obtive os resultados esperados corroborando que a educação em saúde junto à promoção e prevenção constituem ferramentas para salvar vidas, pude aprender muitas coisas que fizeram melhorar minha preparação e contribuíram a fazer mudanças positivas na minha atuação profissional.

Com as atividades do Portafolio pude comprovar a importância de realizar corretamente nosso trabalho e de atender cada paciente e família de forma integral, tomando em conta os fatores de risco e as vulnerabilidades, dando a importância requerida a cada atividade aplicando tudo o apreendido nos dois Eixos.

Só gostaria de propor sistematizar mais as visitas domiciliares e estender o atendimento pelos médicos das gestantes e lactentes nas visitas domiciliares e incrementar a educação em saúde sobre outras doenças crônicas como asma e as doenças transmissíveis como AIDS e também facilitar aos médicos da atenção básica de saúde a possibilidade de realizar mais procedimentos nas Unidades para incrementar a resolutividade.

Todo o curso me estimulo a estudar e a pôr em prática minha vocação humanista o que considero de muita importância.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Babyak MA, Hinderliter A, Watkins LL et al. Effects of the DASH diet alone and in combination with exercise and weight loss on blood pressure and cardiovascular biomarkers in men and women with high blood pressure: the ENCORE study. *Arch Intern Med* 2010 Jan 25; 170(2):126–135.
2. BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Guia prático do Programa Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde, 2001
3. BRASIL. II Diretrizes da Sociedade Brasileira de Cardiologia sobre teste ergométrico. *Arq Bras Cardiol* 2002; 78 (Supl II):1–18.
4. BRASIL. IV Diretriz Brasileira de Dislipidemia e Prevenção da Aterosclerose. *Arq Bras Cardiol* 2007; 88(Suppl.1):1–19).
5. BRASIL. *Jornal Brasileiro Nefrol* 32; Supl1 (2010) S22-S28.
6. BRASIL. Ministério da saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos de atenção domiciliar. Vol 1. Brasília 2012.
7. Carey VJ, Bishop L, Charleston J et al. Rationale and design of the Optimal Macro-Nutrient Intake Heart Trial to Prevent Heart Disease (OMNI-Heart). *Clin Trials* 2005; 2(6):529–537.
8. Caspersen CJ, Powell KE, Christenson GM. Physical activity, exercise, and physical fitness: definitions and distinctions for health-related research. *Public Health Rep* 1985; 100(2):126–131.
9. Dansinger ML, Gleason JA, Griffith JL, Selker H P, Schaefer EJ. Comparison of the Atkins, Ornish, Weight Watchers, and Zone diets for weight loss and heart disease risk reduction: a randomized trial. *JAMA* 2005 Jan 5; 293(1):43–53.
10. Dimsdale JE. Psychological stress and cardiovascular disease. *J Am Coll Cardiol*. 2008; 51:1237–1246.
11. Diretrizes para a organização do atendimento domiciliar à saúde: contribuições da enfermeira / Soriane Kieski Martins. - Curitiba, 2006.
12. Dumler F. Dietary sodium intake and arterial blood pressure. *J Ren Nutr* 2009; 19(1):57–60.
13. Figueredo VM. The time has come for physicians to take notice: the impact of psychosocial stressors on the heart. *Am J Med* 2009; 122:704– 712.
14. Fonseca FCA, Coelho RZ, Malloy-Diniz R, Silva Filho HC. A influência de fatores emocionais sobre a hipertensão arterial. *J Bras Psiquiatr* 2009; 58(2):128–134.
15. Forman J P, Stampfer MJ, Curhan GC. Diet and lifestyle risk factors associated with incident hypertension in women. *JAMA* 2009; 302(4):401–411.

16. Guimarães ICB, de Almeida A, Santos AS, Barbosa DBV, Guimarães AC. Pressão arterial: efeito do índice de massa corporal e da circunferência abdominal em adolescentes. *Arq Bras Cardiol* 2008; 90(6):426–432.
17. Jacob RG et al. *Ann Behav Med* 1991; 13: 5–17,
WassertheilSmoller S et al. *Arch Intern Med* 1992; 152:131–136.
18. Lacerda MR, Giacomozzi CM, Oliniski SR, Truppel TC. Atenção à saúde no domicílio: modalidades que fundamentam sua prática. *Saúde e Sociedade*. 2006; 15(2): 88-95.
19. LEAVELL, S. & CLARCK, E. G. *Medicina Preventiva*. São Paulo: McGraw-Hill, 1976.
20. Lipp MEN. Controle do estresse e hipertensão arterial sistêmica. *Rev Bras Hipertens* 2007; 14(2):89–93.
21. _____. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº 2.527 de 27 de outubro de 2011. Redefine a atenção domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, v. 1, n. 208, 28 out. 2011. Seção 1: p. 44.
22. Myers VH, Champagne CM. Nutritional effects on blood pressure. *Curr Opin Lipidol* 2007 Feb; 18(1):20–24.
23. NIETZSCHE, F. *Obras Incompletas*. Gaia ciência. São Paulo: Abril Cultural, 1983.
24. Nakasato M. Sal e hipertensão. *Rev Bras Hipertens* 2004; 11:95–97. Sacks FM, Svetkey LP, Vollmer WM et al. Effects on blood pressure of reduced dietary sodium and the Dietary Approaches to Stop Hypertension (DASH) diet. DASH–Sodium Collaborative. Research Group. *N Engl J Med* 2001; 344:3–10.
25. Sacks FM, Svetkey LP, Vollmer WM et al. Effects on blood pressure of reduced dietary sodium and the Dietary Approaches to Stop Hypertension (DASH) diet. DASH–Sodium Collaborative. Research Group. *N Engl J Med* 2001; 344:3–10.
26. Stevens VJ, Obarzanek E, Cook NR et al. Longterm weight loss and changes in blood pressure: results of the trials of hypertension prevention, phase II. *Ann Intern Med* 2001; 134:1–11.
27. Terés S, Barceló-Coblijn G, Benet M et al. Proc Natl Acad Sci U S A. Oleic acid content is responsible for the reduction in blood pressure induced by olive oil. *Proc Natl Acad Sci U S A*. 2008 Sep 16; 105(37):13811–13816.
28. Whelton S P, Chin A, Xin X, He J. Effect of aerobic exercise on blood pressure: a meta-analysis of randomized, controlled trials. *Ann Intern Med* 2002; 136(7):493– 503.

ANEXOS

Projeto de intervenção

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE
UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS – UNASUS**

María Eugenia López Domínguez

Proposta de intervenção para o controle dos fatores de risco de usuários com
HAS, na USF Getúlio Vargas, Novo Hamburgo/RS

Porto Alegre,
2017

RESUMO

A Hipertensão Arterial é um importante problema de saúde no mundo, em muitos países a primeira causa de morte está diretamente relacionada com esta doença pelo que faremos um projeto de intervenção de impacto social com o objetivo de prevenir e controlar a Hipertensão Arterial nos usuários da USF Getúlio Vargas, do município de Novo Hamburgo/RS, no período correspondente de Janeiro a Junho de 2017. Inicialmente caracterizaremos a mostra segundo idade, sexo, escolaridade, doenças associadas; tempo de evolução e adesão ao tratamento, para identificar os fatores de risco presentes e que determinam o aparecimento e descontrole da doença e elaboraremos um plano para atuar sobre os fatores de risco modificáveis e assim diminuir as incidências de HAS e os pacientes descontrolados na comunidade. Os dados serão obtidos através das fichas de cadastro familiar e fichas individuais, entrevista a usuários e dados estatísticos do SEAB. O nosso Universo será 100% dos hipertensos cadastrados na área 2, mas a amostra estará constituída por 50 usuários hipertensos do micro área 2 escolhidos de forma aleatória simples. Criaremos grupos de hipertensos nos quais aplicaremos um instrumento para avaliar o nível de conhecimento sobre a doença antes e depois de ter realizado várias conferencias, palestras e atividades práticas com altas possibilidades de encontrar mudanças dos estilos de vida, assim como, a assimilação da importância da adesão ao tratamento.

Palavras chaves: hipertensão arterial, mudança, estilos de vida, fatores de risco.

SUMÁRIO

1- Introdução	4
2- Objetivos	7
3- Revisão de literatura.....	8
4- Metodologia	13
5- Cronograma	16
6- Recursos necessários	18
7- Resultados esperados	19
8- Referências bibliográficas	20
9- Anexos	23

INTRODUÇÃO

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) configura-se como uma doença crônica e um grave problema de saúde pública. Afeta bilhões de pessoas em todo o mundo e é responsável por um alto número de internações hospitalares (BRASIL, 2010). A HAS também pode ser responsável pelo desenvolvimento de comorbidades a exemplo da doença coronariana, dos acidentes vasculares cerebrais (AVC), da insuficiência renal, das doenças vasculares periféricas, entre outras. As comorbidades consistem em complicações da hipertensão, diferentemente dos fatores de risco que são condições e comportamentos os quais contribuem com o desenvolvimento da doença hipertensiva (SBD, 2010).

Devido à sua alta prevalência e morbidade (SBD, 2010) faz-se necessário uma maior atenção à prevenção a fim de evitar o desenvolvimento de novos casos, ou que os existentes evoluam para quadros mais graves. Para que a prevenção e a promoção da saúde sejam feitas de forma eficaz é necessário o conhecimento sobre a doença e dos fatores de risco que colaboram para o desenvolvimento da mesma ou das comorbidades associadas (SBD, 2010).

No Brasil, a HA atinge 32,5% (36 milhões) de indivíduos adultos, mais de 60% dos idosos, contribuindo direta ou indiretamente para 50% das mortes por doença cardiovascular (DCV). Junto com DM, suas complicações (cardíacas, renais e AVE) têm impacto elevado na perda da produtividade do trabalho e da renda familiar, estimada em US\$ 4,18 bilhões entre 2006 e 2015 (SBD, 2016).

Segundo Iseo Gus (2004) a prevalência de hipertensão arterial sistêmica no RS manteve-se em níveis constantes nas últimas décadas, e seu grau de reconhecimento apresentou discreta melhora. Entretanto, o nível de controle da hipertensão arterial sistêmica não apresentou crescimento.

Segundo estudos feitos em Novo Hamburgo recentemente, sobre pressão arterial 63,3% dos hipertensos não estavam controlados e em relação à história de internação hospitalar nos últimos dois anos, 27,1% referiram ter se internado por HAS ou situação a ela relacionada (SILVA et al., 2014).

O dia 25 de Julho de 1824, os imigrantes alemães chegaram à Colônia de São Leopoldo desenvolvendo uma próspera sociedade rural na região do Vale dos Sinos. Em pouco tempo começaram a aparecer pequenos núcleos urbanos nas colônias. Um deles ficava na área de Hambúrguer Berg, onde se originou a Novo Hamburgo atual, situado no Vale do Rio dos Sinos, a cerca de quarenta quilômetros da capital do estado, Porto Alegre.

O município, banhado pelo Rio dos Sinos, compreende uma área de 223 km², contando com uma população de 239 051 habitantes. Durante muito tempo, a indústria foi praticamente formada apenas pela cadeia coureiro calçadista, com várias empresas de destaque. Têm 25 bairros na zona urbana da cidade, Canudos é um bairro localizado a leste do município brasileiro de Novo Hamburgo. É o maior bairro urbano da cidade e o mais populoso, perdendo apenas (em tamanho) para o bairro rural Lomba Grande.

Canudos é um bairro importante para a economia do Município é um bairro fortemente residencial, poder ser classificado como bairro residencial/comercial. Possui algumas indústrias de médio porte. É também em Canudos que se localiza o Aeroclube do município, e é considerada a segunda área com maior criminalidade do município.

A unidade de saúde da família Getúlio Vargas abrange o bairro Canudos, tem três equipes de saúde, a infraestrutura da (USF) possui salão de espera, salas de consultas, sendo três delas para consultas de enfermagem, sala de vacinas, sala para atendimento das emergências, uma sala de curativos e procedimentos, uma consulta odontológica, uma sala para os Agentes comunitários de saúde (ACS), uma sala de esterilização e uma sala administrativa. A equipe da área dois está formada por uma enfermeira, uma auxiliar de enfermagem, quatro agentes comunitários de saúde (ACS) e uma médica; na área 2 onde eu atuo tem uma população de 2 236 habitantes com um total de pacientes com hipertensão de 219.

A maioria dos atendimentos é realizado por motivo de doenças crônicas, com mais destaque para Hipertensão arterial sistêmica e destes mais de 50% tem descontrolado da doença. Por este motivo observa-se a importância de fazer

uma estratégia de intervenção para atuar sobre os fatores de risco e o des controle desta doença.

A HAS é uma doença crônica com elevada morbimortalidade que precisa se tratar e controlar adequadamente, pois pode levar a complicações sistêmicas. É também um importante fator de risco para doença cardiovascular, além de trazer custos médicos e econômicos elevados, por suas complicações, pelo que fazer estratégias para prevenção da Hipertensão arterial é muito importante, combinadas com educação em saúde com o objetivo de fazer o diagnóstico precoce, o controle da pressão arterial e de fatores de risco associados, modificando o estilo de vida e melhorando adesão ao tratamento.

OBJETIVOS

Objetivo geral

Aplicar uma estratégia de intervenção educativa e terapêutica para a prevenção e controle da Hipertensão Arterial nos usuários da USF Getúlio Vargas, do município de Novo Hamburgo/RS.

Objetivos Específicos

1. Caracterizar o grupo segundo as variáveis sociodemográficas: idade, sexo, raça e escolaridade, estado civil e atividade que realiza;
2. Conhecer o histórico pessoal de outras doenças associadas;
3. Identificar tempo de evolução da doença, adesão ao tratamento farmacológico e tipo de terapêutica que se recebe, classificação e riscos presentes;
4. Determinar a satisfação com a informação recebida antes e depois da intervenção;
5. Avaliar a modificação dos fatores de riscos e o controle da doença após da intervenção.

REVISÃO DE LITERTURA

A HAS é considerada como uma doença crônica não transmissível de alta prevalência na população ocidental, incluído o Brasil; esta doença contribui em grande proporção ao desenvolvimento da doença arteriosclerótica, que traz como consequência dano vascular, porem tem relação estreita com a mobilidade e mortalidade para doenças cardiovasculares (ÁLVAREZ G, 2010).

Hipertensão arterial é condição clínica multifatorial caracterizada por elevação sustentada dos níveis pressóricos ≥ 140 e/ou 90 mmHg.

Frequentemente se associa a distúrbios metabólicos, alterações funcionais e/ou estruturais de órgãos-alvo, sendo agravada pela presença de outros fatores de risco, como dislipidemia, obesidade abdominal, intolerância à glicose e diabetes méllitos (SBD, 2016).

O desenvolvimento da hipertensão não ocorre instantaneamente, há um conjunto de fatores que estão associados à sua evolução e agravamento. Estes fatores são conhecidos como fatores de risco e, segundo as VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial, são: idade, sexo/gênero e etnia, fatores socioeconômicos, ingestão de sal, excesso de peso e obesidade, ingestão de álcool, genética e sedentarismo (SBD, 2010). Além desses, outros autores acrescentam ainda o tabagismo e a não adesão ao tratamento (LESSA, 2006; GUSMÃO, 2006)

Existe uma relação contínua e dependente entre os níveis de pressão arterial e as doenças cardiovasculares. A pressão arterial sistólica é o fator de risco mais importante para os eventos cardiovasculares, particularmente na doença cerebrovascular, exceto nos menores de 50 anos onde é a pressão diastólica a principal causa. A pressão arterial aumenta com a idade, e o 50% dos maiores de 55 anos são hipertensos. As pessoas normotensas aos 55 anos, têm uma vulnerabilidade de 90% para ser hipertensos ao longo da vida (CUBA, 2010).

A HAS é o principal fator de risco cerebrovascular segundo a Associação

Americana do Coração, afeta quase o 1 de cada 3 estadunidenses adultos, além disso é fator de risco para isquemia e hemorragia cerebral, e encontra-se em 70% dos pacientes com ictus. Nos Estados Unidos de norte américa acontecem 750.000, ou seja, um caso cada 53 segundos, destes morrem 170 000, ou seja, que cada três minutos morre alguém com esta doença (DELGADO, 2000).

Além disso, é mais frequente na medida em que a economia de um país se desenvolve devido a adoção de estilos de vida ocidentais, tais como tabagismo e alimentação rica em gorduras, assim como obesidade (DUQUESNE, 2009).

A hiper-reatividade cardiovascular (HRCV) é um marcador da HAS que poderia ser indicador desta doença. Tem sido observado que os indivíduos com resposta exagerada tanto ao estresse físico como mental, chamados hiperreativos cardiovasculares (HRCV), têm um risco de HAS superior aos indivíduos que não têm essas respostas, e são chamados de normo reativos cardiovasculares (NRCV), independentemente da presença ou não de outros fatores de risco cardiovasculares (FRCV) (BENET et al, 2013).

Os valores de pressão arterial, tanto diastólicas como sistólicas, se correlacionam com a incidência de doença coronária e de acidentes vasculares cerebrais. O risco aumenta de forma continua ao longo da faixa de valores de pressão arterial, de forma que os indivíduos com HÁ limite ou fronteira, têm um risco maior que os indivíduos normotensos. Alguns dos estudos têm demonstrado uma diminuição na incidência de acidentes coronários, doença cerebrovascular e insuficiência cardíaca com o tratamento anti-hipertensivo. Este fator de risco ao parecer atua através de uma lesão da parede arterial e favorecendo a permeabilidade aos lipídeos (CUBA, 2012).

A OMS estima que 50% das mortes por doença cardíacas isquêmicas e 75% dos ictus (doenças cerebrovasculares) são causadas pelos elevados valores de pressão arterial. A mortalidade é maior nas mulheres, onde uma de cada seis mulheres morrerá por doença cardiovascular.

Em mulheres o estrogênio teria um efeito cardioprotetor/vasculoprotetor, enquanto o oposto ocorreria em relação à testosterona. A prevalência de DCV em mulheres na pré-menopausa é menor do que após a menopausa, quando há um acréscimo exponencial. Esse atraso relativo no aparecimento da DCV na população feminina tem sido relacionado às ações fisiológicas protetoras dos esteroides sexuais, mais especificamente do estrogênio, durante a menacme, enquanto o aumento no risco cardiovascular se deve às mudanças nas concentrações hormonais ocorridas durante a transição menopausal e na pós-menopausa (SCALIANI et al., 2007)

A Síndrome Metabólica incrementa o risco de doença cardiovascular. A relação entre este e hipertensão é complexa, já que a hipertrigliceridemia é causada por incremento da síntese de lipoproteínas de muita baixa densidade e a redução do catabolismo intravascular das mesmas, o qual provoca disfunção endotelial e arteriosclerose o qual provoca aumento da pressão arterial, processo facilitado pelas adipocinas liberadas por um órgão endócrino como o tecido adiposo (GUERRA, 2009).

Fatores de risco para hipertensão arterial (SBD, 2016):

-Idade: Há uma associação direta e linear entre envelhecimento e prevalência de HA.

-Sexo e etnia: A prevalência de HA autorreferida foi estatisticamente diferente entre os sexos, sendo maior entre mulheres e pessoas de raça negra/cor preta.

-Excesso de peso e obesidade

-Ingestão de sal: O consumo excessivo de sódio, um dos principais FR para HA, associa-se a eventos CV e renais.

-Ingestão de álcool: Consumo crônico e elevado de bebidas alcoólicas aumenta a PA de forma consistente.

-Sedentarismo.

-Fatores socioeconômicos: Adultos com menor nível de escolaridade apresentaram a maior prevalência de HÁ.

Outros fatores de risco cardiovascular (TRINIDADE, 2014).

-Tabagismo

-Dislipidemias

-Diabetes mellitus

-Idade acima de 55 anos (homens) e acima de 65 anos (mulheres)

-História familiar de doença cardiovascular (mulheres por baixo de 65 anos e homens acima dos 55 anos).

-Microalbuminúria.

-Filtrado glomerular menor de 60 ml/min.

Outros fatores de risco conhecidos como emergentes ou não clássicos (AMARAL, 2013; COELI,2010).

-Proteína C reativa

-Menopausa

-Homocisteinemia -Infecções.

Classificação:

Os limites de PA considerados normais são arbitrários. Entretanto, valores que classificam o comportamento da PA em adultos por meio de medidas casuais ou de consultório (SBD, 2016).

Normal $\leq 120 \leq 80$ mmHg

Pré-hipertensão PAS (mmHg) 121-139 e PAD (mmHg) 81-89

Hipertensão estágio 1 PAS (mmHg) 140 – 159 e PAD (mmHg) 90 – 99

Hipertensão estágio 2 PAS (mmHg) 160 – 179 e PAD (mmHg) 100 - 109

Hipertensão estágio 3 PAS (mmHg) ≥ 180 e PAD (mmHg) ≥ 110

Quando a PAS e a PAD situam-se em categorias diferentes, a maior deve ser utilizada para classificação da PA. Considera-se hipertensão sistólica isolada se PAS ≥ 140 mm Hg e PAD < 90 mm Hg, devendo a mesma ser classificada em estágios 1, 2 e 3.

Hipertensão:

Considera-se quando os valores de PA obtidos por métodos distintos têm níveis de anormalidade diferentes, a HAS não controlada é definida quando mesmo sob tratamento anti-hipertensivo, o paciente permanece com a PA elevada tanto no consultório como fora dele por algum dos dois métodos Medição residencial da PA ou Monitorização ambulatorial da PA (SBD, 2016).

Normotenso:

Considera-se normotenso quando as medidas de consultório são $\leq 120/80$ mmHg e as medidas fora dele (MAPA ou MRPA) confirmam os valores considerados normais. Define-se HA controlada quando, sob tratamento antihipertensivo, o paciente permanece com a PA controlada tanto no consultório como fora dele (SBD, 2016).

Pré-hipertensão:

A PH caracteriza-se pela presença de PAS entre 121 e 139 e/ou PAD entre 81 e 89 mmHg. Os pré-hipertensos têm maior probabilidade de se tornarem hipertensos e maiores riscos de desenvolvimento de complicações CV quando comparados a indivíduos com PA normal, $\leq 120/80$ mmHg, necessitando de acompanhamento periódico (SBD, 2016).

Hipertensão do avental branco:

É a situação clínica caracterizada por valores anormais da PA no consultório, porém com valores considerados normais pela MAPA ou MRPA (SBD, 2016).

Hipertensão mascarada:

É caracterizada por valores normais da PA no consultório, porém com PA elevada pela MAPA ou medidas residenciais (SBD, 2016).

Hipertensão sistólica isolada:

É definida como PAS aumentada com PAD normal. A hipertensão sistólica isolada (HSI) e a pressão de pulso (PP) são importantes fatores de risco cardiovascular (FRCV) em pacientes de meia-idade e idosos (SBD, 2016).

METODOLOGIA

Trata-se de uma investigação de ação baseada numa estratégia educativa e terapêutica de intervenção sobre a prevenção e controle da Hipertensão Arterial nos pacientes na área dois da USF Getúlio Vargas, município Novo Hamburgo, durante o ano 2017.

Universo e amostra.

O universo será o 100% dos pacientes hipertensos cadastrados na área dois da USF e a amostra serão 50 pacientes escolhidos de forma aleatória na micro área 2, que é a de maior número de hipertensos, tendo em conta os seguintes critérios de inclusão e exclusão:

Critérios de inclusão

- Pacientes hipertensos com residência permanente na área de abrangência da USF e com a vontade expressa de participar no projeto.
- Pacientes com a condição anterior em ótimas condições mentais para responder as perguntas e participar na intervenção.

Critérios de exclusão

- Pacientes negados a participar no projeto.
- Pacientes com incapacidade mental para participar na intervenção.
- Pacientes que abandonam o estudo antes de acabar o processo de intervenção.
- Pacientes com residência temporal na área de estudo.

Para lograr uma educação em saúde e maior conscientização na realização do tratamento da HAS, assim como modificar os fatores de risco da Hipertensão Arterial Sistêmica na população que atende nossa equipe, nós

devemos fazer uma entrevista médica, além de fazer a análise dos prontuários dos pacientes com HAS, que levará a fazer diversas ações de promoção e prevenção em saúde, e depois através das reuniões em grupos de pacientes, palestras educativas utilizando diversos meios áudio visuais, distribuição de folders e uso de folhas com informações educativas, entre outras atividades. Utilizaremos também a orientação de uma especialista em nutrição quem orientará aos pacientes como realizar uma dieta adequada para melhorar sua doença, com indicação de calorias e tipo de alimentação. O hipertenso será protagonista de seu próprio cuidado e controle. Ao início das atividades avaliaremos o nível de conhecimento que tem os pacientes sobre os fatores de risco que atuam sobre a HAS, e depois de várias palestras repetiremos a avaliação o conhecimento adquirido.

Dentro dos fatores de risco modificáveis, existem mudanças que podem ser implementadas pelo que devemos oferecer apoio e tratamento para quem deseja parar de fumar, realizar medidas educativas e de promoção de saúde em conta deste mal habito.

Um fator importante que deve ser controlado é a quantidade de sódio na alimentação do paciente.

O exercício físico e o combate ao sedentarismo fazem parte das estratégias de prevenção à HAS. A realização de atividade física provoca diminuição nos níveis de pressão e manter uma boa saúde cardiovascular e qualidade de vida, segundo a PNS apontam que são indivíduos insuficientemente ativos aqueles adultos que não atingiram pelo menos 150 minutos semanais de atividade física.

O questionário que vai ser aplicado tenderam informações sobre dados biossociais do paciente, conhecimento prévio do tratamento não medicamentoso e controle da HAS, e sobre os fatores de risco de esta doença.

Todos os entrevistados serão convidados a participar nos encontros em grupo, deveram comparecer pelo menos três dos encontros grupais, que consistiram em atividades educativas com duração aproximada de uma hora,

com a participação dos integrantes da equipe de saúde, se realizaram nas palestras atividades dinâmicas que suscitariam discussões. De forma dinâmica conheceremos sobre a cultura alimentar dos participantes e posteriormente a especialista em nutrição orientará sobre a forma correta de alimentação.

No último encontro avaliaremos o conhecimento adquirido nestas atividades pelos participantes pacientes, através da aplicação do questionário com perguntas sobre os temas abordados nos encontros já realizados pela equipe.

É necessário que o usuário conheça todos os aspectos relativos à sua doença para que os objetivos propostos nas mudanças nos estilos de vida dos pacientes com Hipertensão Arterial Sistêmica possam se lograr. Diante ao exposto, com a pesquisa feita serão identificados os conhecimentos que os usuários têm sobre a educação em saúde em geral e o tratamento não medicamentoso da hipertensão arterial, e mediante os dados apresentados fazer as intervenções educativas nos pacientes que participam no trabalho.

Na fase inicial do estudo, vamos realizar consentimento informado, através do mesmo vai ser explicado a importância do estudo para a prevenção e controle da doença e os princípios éticos da investigação.

No documento de coleta de dados feita pelo investigador e segundo os objetivos propostos, serão registradas as variáveis relacionadas com a caracterização sociodemográficas do paciente, da sua doença e o seu tratamento, dados obtidos através das fichas individuais, familiares e as entrevistas diretas semiestruturadas feitas nas consultas e visitas domiciliais.

A segunda fase do projeto será a execução numa estratégia de intervenção basicamente educativa segundo o programa previsto para modificar os conhecimentos sobre o tema e incrementar o desenvolvimento de hábitos e comportamentos saudáveis.

A análise dos resultados será através da avaliação dos comportamentos de riscos modificáveis e/ou o controle da doença nas consultas e visitas

domiciliais feitas pelo investigador e usando questionário simples.

CRONOGRAMA

Ações 2017	Jan.	Fev.	Mar.	Abr.	Mai	Jun.
Apresentação do Projeto a Equipe da saúde da família da USF	X					
Organizar critérios de inclusão/exclusão	X					
Realizar o levantamento de pacientes escolhidos de forma aleatória simples		X				
Convites aos pacientes pelos ACS		X				
Acompanhar aos pacientes		X	X	X		
Avaliar as variáveis		X	X	X		
Execução do Plano de Intervenção			X	X	X	
Avaliação da estratégia de intervenção					X	X
Apresentação do resultados e avaliação do projeto						X

RECURSOS NECESARIOS

- † Profissionais Médico, Enfermeiro, Téc. /Aux. Enfermagem, nutricionista e ACS.
- † Equipamento de multimídia.
- † Prontuários dos pacientes escolhidos para a atividade.
- † Balança.
- † Esfignomanômetro e estetoscópio.
- † Sala para realização de atividade grupal.
- † Materiais de oficina como folhas e canetas.

RESULTADOS ESPERADOS

Após a execução deste projeto de intervenção espera-se estimular as práticas da educação em saúde e alcançar um nível mais elevado de conhecimentos dos usuários com hipertensão, ao incrementar o ensino sobre esta doença e como corrigir os fatores de risco modificáveis que podem descontrolar a doença, as pessoas com Hipertensão Arterial podem fazer as mudanças de estilo de vida fundamentais para o controle da mesma com a finalidade da redução das complicações e melhora de sua qualidade de vida; controlar os níveis pressóricos dos pacientes; aumentar a adesão ao tratamento anti-hipertensivo logrando compromissos para melhorar sua situação de saúde. Para a equipe será estimulante acompanhar os usuários que fazem mudanças positivas em seu estilo de vida e para a USF é importante diminuir as consultas desnecessárias por causa de urgências e complicações evitáveis.

REFERENCIAS

ÁLVAREZ ÁLVAREZ G. Hipertensión arterial esencial. Cumplimiento terapéutico y control de la tensión arterial *Medicentro* 2010; 14(3) Disponible en uro20@capiro.vcl.sld.cu.

AMARAL E; BAUMGRATZ R; NAGEN, D.M; BASILE, F.A. Avaliação do risco cardiovascular em hipertensos. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* 2013; 21(3).

BENET RODRÍGUEZ - Revista Finlay -
Infomed

<http://www.revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/rt/printerFriendly/181/1051> Feb 2013
... Revista Finlay, Vol. ... Mikhail Benet Rodríguez, Alain Morejón Giraltoni, Anais Nuñez Hernández, Laura ... de hiperreactividad cardiovascular en personas con presión arterial normal del área urbana del municipio de Cienfuegos. ... de sus contenidos científicos por cualquier medio siempre que mantenga.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Informática do SUS (DATASUS). *Informações de saúde: dados de morbidade*. Brasília: MS; 2010.

CIRES PUJOLS, M; DELGADO MARTÍNEZ, M; CRUZ BARRIOS, M.A; PÉREZ PEÑA, J.L; BENÍTEZ MAQUEIRA, B; CALVO BARBADO, DM.CUBA. Guía terapéutica para la Atención Primaria en Salud. La Habana: Editorial Ciencias Médicas, 2010.

COELI, R; BAUMGRATZ, R; GUEDES, D; CHAOUBACH, A; BARROS, M. Risco cardiovascular na síndrome metabólica: estimativa por diferentes escores. *Rev. Brasileira Clin Med* 2010;8(3):198-204.

DELGADO ZAPATA SH, VALDESPINO LLERENA D, MALPICA SELLECK J. Enfermedades cerebrovasculares, investigación de los servicios y calidad del proceso de atención médica. Un nuevo enfoque. *Resumed* 2000;13(4):170-3. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/res/vol13_4_00/res05400.htm.

DUQUESNE ALDERETE, A; LÓPEZ MEDINA, AM. Prevalencia de complicaciones ateroscleróticas y factores de riesgo aterogénicos asociados en

adultos mayores cubanos. *Vol. 4, No. 2 Mayo- Agosto, 2009 Panorama Cuba y Salud.*

GRAZIELA SCALIANI; TOSTES R. Efeitos do estrógeno no sistema Cardiovascular. *Revista hipertensão, 2007; 10(4): 124–130.*

GUERRA, A. Hipertensión arterial en la atención primaria de salud. La Habana: Editorial Ciencias Médicas 2009.

GUS I, HARZHEIM E; ZASLAVSKY C; MEDINA, C; GUS, M. Prevalência, reconhecimento e controle da hipertensão arterial sistêmica no estado do Rio Grande do Sul *Arq. Bras. Cardiol* 2004; 83.

GUSMÃO JL, MION JÚNIOR D. Adesão ao tratamento conceitos. *Rev. Bras. Hipertens.* 2006; 13(1):23-25.

LESSA I. Impacto social da não-adesão ao tratamento da hipertensão arterial. *Rev. Bras. Hipertens.* 2006; 13(1):39-46.

PRIMERA ENCUESTA NACIONAL DE FACTORES DE RIESGO DE ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES (metodología STEPS).CUBA. Disponible en:

http://www.msp.gub.uy/ucepidemiologia_5551_1.html.

SILVA C; TETELBOM A; NADER, CAMPOS, L. Controle da Pressão Arterial em Hipertensos do Programa Hiperdia: Estudo de Base Territorial. *Arq. Bras. Cardiol* 2014; 102;6.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA SBC; Sociedade Brasileira de Hipertensão SBH e Sociedade Brasileira de Nefrologia SBN. *VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão.* São Paulo: 2010.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA SBC; Sociedade Brasileira de Hipertensão SBH e Sociedade Brasileira de Nefrologia SBN. *VII Diretrizes Brasileiras de Hipertensão*. São Paulo: 2016, pag 20.

TRINDADE RADOVANOVIC C; AFONSO L; DE BARROS, M.D; SILVA, S . Hipertensão arterial e outros fatores de risco associados às doenças cardiovasculares em adultos. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* 2014;22(4):547-53.

ANEXOS

Anexo 1

CONSENTIMENTO INFORMADO

Agradecemos a sua valiosa cooperação e lhe asseguramos que a informação que proporcione será confidencial y unicamente será usada para fins da investigação. Será garantido a total integridade física y moral da sua pessoa.

Nosso estudo está orientado a melhorar o controle da doença que você sofre e modificar o seu estilo de vida para prevenir a mesma, e irá garantir que você conheça sobre aqueles aspectos relacionados com a sua conduta e que representam risco para sua saúde.

Você deve expressar o seu acordo com participar no estudo e o seu consentimento ou aprovação será mantido no princípio inviolável de voluntariedade sem ser obrigado ante a sua negativa de participar.

Assinatura ou nome do paciente:

Assinatura ou nome da pessoa identificada como responsável: _____

Anexo 2

POLÍTICA TERAPÉUTICA INDIVIDUALIZADA SEGUNDO AS CARACTERÍSTICAS DO PACIENTE

Características	1ra linha de tratamento	2da línea de tratamiento
HTA diastólica ou sistólica (jovens e idosos)	DT, BB, IECA, ARA o BCC-DHP de ação prolongada.	Combinação dos medicamentos de 1ra linha
HTA sistólica isolada	DT o BCC-DHP de ação prolongada	IECA, ARA o combinação

Diabetes Mellitus	IECA, ARA.DT o BCC-DHP ação prolongada	Combinação medicamentos de 1ra linha. Adicionar BB
Angina	BB o BCC ação prolongada	IECA
Post IMA	IECA + BB	ARA, BCC ação prolongada
Insuficiência Cardíaca	IECA + BB +D de ASA+ Espironolactona	ARA o Hidralacina + Dinitrato isorbida
História de ECV	IECA+ DT	ARA, BCC DHP ação prolongada, BB. Combinação de 1ra y 2da línea
Dislipidemia	Não modifica a decisão inicial	-
Asma y EPOC		BCC, DT
Doença Arterial Periférica	Não modifica a decisão inicial	-

Anexo 3

PLANILHA DE COLETA DE DADOS

Dados gerais.

Nome _____

UBS _____

Micro Área _____ Município _____ Edad _____

Sexo Masc. Fem.

Cor da pele _____ Nível de escolaridade completado: _____

Estado Civil _____ Actividad que Realiza _____

Número de anos com hipertensão diagnosticada _____ Caracterização clínica do paciente

Peso _____ (Kg) altura _____ (Cm)

Clasificación según Cifras

Prehipertensão Grau I Grau II Grau III

Classificação segundo os Riscos

Grupo A Grupo B Grupo C

Antecedentes Familiares de HTA:

De 1era linha _____ 2da linha _____ Ambos _____

Outras doenças

Nenhuma
ECV Doença. Renal Cardiop. Isq Outras endocrinopatías
Diabetes M Outras
¿Qual?

Tratamento Não farmacológico

Obtido da ficha de atendimento individual ou entrevista direta

O paciente consegue se manter:	SIM	NÃO
Com seu peso corporal adequado		
Com dieta baixa em sal		
Com dieta baixa em gordura		
Com dieta baixa em açúcar		
Sem fumar		
Realizando Exercícios físicos		
Sim beber álcool frequentemente		

Tratamento farmacológico

Obtido da ficha de atendimento individual ou entrevista direta

Medicamento(grupo farmacológico)	Dose diária

Evaluação do tratamento farmacológico

Adequado

Inadequado

Anexo 4

ENTREVISTA AO PACIENTE

Nos permitirá obter a informação necessária para realizar o estudo e conhecer alguns dos elementos relacionados com o conhecimento que você tem sobre a sua doença.

Precisamos a maior sinceridade possível nas suas respostas.

1. Você tem recebido informação sobre:

- Manter o peso adequado: Sim____ Não____
- Importância do exercício físico: Sim____ Não ____ O prejuízo da ingestão de álcool: Sim____ Não____
- Alimentação baixa em sal: Sim ____ Não ____
- Alimentação baixa em gorduras: Sim ____ Não ____
- Importância de comer vegetais: Sim____ Não____
- O prejuízo do hábito de fumar: Sim ____ Não____

Aderência ao tratamento

2. Como você toma a sua medicação?

- Todos os dias _____
- Quando lembro _____
- Quando tenho algum sintoma_____
- Nunca _____

3. Se não toma a medicação todos os dias, explica porque não o faz.

- Motivos econômicos ____
- Não tenho tempo_____
- Esqueço _____
- Não confio na indicação médica _____
- Dificuldade para obter o medicamento _____

4. Nos últimos 12 meses quantas vezes fez medição da pressão em alguma unidade de saúde ou com alguma pessoa adestrada?

_____ **Anexo 5**

ESTRATÉGIA DE INTERVENÇÃO

Objetivos da estratégia:

- Elevar o nível de conhecimento do grupo estudado sobre a hipertensão arterial, os fatores de risco associados à doença, como preveni-la e controlá-la.

- Incrementar os hábitos e condutas para preservar a saúde y o controle da sua doença.
- Divulgar na população pertencente à UBS os aspectos relacionados com a prevenção da HAS e o controle dos fatores de risco.
- Garantir o controle da HAS sobre a base de estabelecer políticas terapêuticas individualizadas y ajustadas às características do paciente.

Linhas de ação:

- Informativa: orientada à prevenção e controle da Hipertensão arterial na população hipertensa através do uso de tratamento no farmacológico e farmacológico individualizado segundo as características do paciente.
- Educativa: orientada à formação de hábitos y condutas adequadas para o controle dos fatores de risco e prevenção da HAS.
- Investigativa: orientada à busca, aquisição e consolidação dos conhecimentos sobre o tema e a caracterização clínica, social e relacionadas com o tratamento não farmacológico e farmacológico na população hipertensa da comunidade.
- Assistencial: Orientada à atenção médica do seguimento e controle da HAS, à valorização e ajustes terapêuticos oportunos, Inter consultas com especialistas que indiquem um tratamento adequado e individualizado.
- De ação comunitária: baseada na divulgação na UBS das políticas terapêuticas mais adequadas para o controle da HAS e as medidas de prevenção, assim como o tratamento não farmacológico.

População atingida: Pacientes hipertensos da área 2 com maior número de casos identificados, correspondentes a USF Getúlio Vargas, município Novo Hamburgo.

Linhas temáticas

Para lograr um melhor tratamento do tema o dividiremos em quatro linhas temáticas:

- A HAS. Generalidades, fatores de risco. Considerações clínicas e principais complicações.
- Estilos de vida saudáveis e tratamento não farmacológico da HAS.
- Medicação e poli medicação no paciente hipertenso, adesão ao tratamento.

- Principais ações de participação comunitária e participação em saúde dirigidas à promoção e prevenção da doença.

Medios de comunicação a utilizar

- Seletivo: Propaganda grafica
- Alternativos: aulas de capacitação, palestras educativas,

Temáticas fundamentais a tratar:

- A HAS. Generalidades e fatores de risco. Considerações clínicas e principais complicações.
- Estilos de vida saudáveis e tratamento não farmacológico da HAS.
- Medicação e poli medicação no paciente hipertenso, adesão ao tratamento.
- Principais ações de participação comunitária e participação em saúde dirigidas à promoção e prevenção da doença.

Nota: Os temas serão tratados nas diferentes modalidades planejadas, talheres, palestras, y para execução das mesmas usaremos a UBS como lugar fundamental e respeitando os princípios de aproximação ao indivíduo desde a sua área de residência, para o qual poderemos usar alguns lares como palco fundamental sempre que eles apresentarem as condições apropriadas. Os encontros terão uma duração de 1 hora aproximadamente, e as atividades a realizar serão divulgadas pela equipe de saúde.

A USF será o centro de referência para ações de prevenção e promoção de saúde no individuo, com o enfoque da prevenção e controle da HAS.

- Poli medicação: Avaliar o consumo regular dos medicamentos prescritos ou não, e ajustar os regímens terapêuticos na inter consulta com os

especialistas e orientar sobre o efeito prejudicial da não adesão ao tratamento farmacológico ou omitir o tratamento farmacológico em relação

à HAS, e estimular a incorporação à prática de exercícios da população adulta com o apoio dos instrutores esportivos da área se tiver.

- Estimular a recreação como gerador de benefícios múltiplos para todas as pessoas.
- Combater o hábito de fumar como principal e mais comum fator de risco das doenças crônicas

Anexo 6

AVALIAÇÃO DO IMPACTO

Recollecção de dados sobre o controle das doenças depois da intervenção (para uso do investigador)

Medição da pressão arterial ao início do estudo	Medição da pressão arterial meio da estratégia de intervenção	Medição da pressão arterial depois da estratégia de intervenção

--	--	--

Avaliação do controle da HAS

Paciente controlado: _____

Paciente não controlado: _____

Entrevista semiestruturada sobre a satisfação com as mudanças terapêuticas aplicadas.

Agora que já temos vencido os objetivos propostos nos estudo e você recebeu a informação precisa sobre as medidas de prevenção e controle da HAS, gostaríamos de fazer-lhe algumas perguntas pra avaliar o impacto que tiveram sobre você os conhecimentos recebidos.

a) ¿Sente que tem melhorado a sua saúde? Sim _____ Não _____

b) ¿ Tem podido identificar aquelas condutas ou fatores que poderiam provocar prejuízos na sua saúde? Sim _____ Não _____

c) ¿ Tem modificado aquelas condutas ou fatores que podem provocar prejuízo na sua saúde? Sim _____ Quais? _____

Não _____ Quais? _____

d) ¿Cumpre com as medidas do tratamento não farmacológico?

Não _____ por que? _____

e) ¿ Cumpre com as medidas do tratamento farmacológico?

Não _____ por que? _____

Resumo:

Para uso do investigador se poderá classificar o paciente segundo as categorias previstas.

Modificação de condutas de risco _____

Modificação da adesão ao tratamento: _____

Aceita as orientações e mostra tendência à mudança _____

Conduta pouco favorável para a mudança _____