

UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS
UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO
ALEGRE

YUDIT QUIALA MONTOYA

ESTRATÉGIAS PARA O CUIDADO DOS PACIENTES COM
HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA

SIMÃO DIAS-SE

2018

YUDIT QUIALA MONTOYA

**ESTRATÉGIAS PARA O CUIDADO DOS PACIENTES COM
HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à UNASUS/UFSCPA, como requisito parcial para conclusão do Curso de Especialização em Saúde da Família sob orientação do Professor Dr. Fabiano Fraga de Carvalho, médico da família e comunidade e médico da Associação dos Funcionários Públicos do Rio Grande do Sul.

SIMÃO DIAS-SE

2018

YUDIT QUIALA MONTOYA

**ESTRATÉGIAS PARA O CUIDADO DOS PACIENTES COM
HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA**

Trabalho de Conclusão de Curso-TCC apresentado à
UNASUS/UFSCPA, como requisito parcial para conclusão do Curso
de Especialização em Saúde da Família.

Data de Aprovação ____ de _____.

Banca Examinadora

Professor Orientador

Professor Examinador 1

Professor Examinador 2

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	05
2 ESTUDO DE CASO CLÍNICO.....	07
3 PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DE DOENÇAS.....	13
4 VISITA DOMICILIAR.....	16
5 REFLEXÃO CONCLUSIVA.....	19
REFERÊNCIAS.....	21
ANEXO I – PROJETO DE INTERVENÇÃO	

1- INTRODUÇÃO

Esse trabalho de conclusão de Curso apresentado pela UNASUS/UFSCPA, para conclusão do Curso de Especialização em Saúde da Família. Todavia, é importante descrever sobre os aspectos de minha formação profissional como médica, meu nome é Yudit Quiala Montoya, tenho 36 anos, sou natural da Cidade de Santiago de Cuba, de Nacionalidade cubana. Nasci e me criei em um povoado da zona rural onde cursei meus estudos primários, contudo, logo completei os estudos secundários em uma escola da zona urbana, como também os estudos Pré-Universitários. Cursei medicina na Universidade de Ciências Médicas de Santiago de Cuba, com bons resultados acadêmicos. Me formei como médica em 22 de julho do ano 2005. Iniciei minha vida laboral em um posto médico de uma unidade militar da cidade onde residia exercendo como médica de saúde da família, no decorrente ano, comecei a residência na Especialidade de Medicina Geral Integral e me formei como Especialista de Primeiro Grau de Medicina Geral Integral no ano 2007.

Vale lembrar, que hoje tenho aproximadamente 13 anos de exercício como médica, tive uma missão Internacionalista no ano 2010 no irmão País de Belice por um período de dois anos atendendo uma “população indígena” na zona rural. Voltei para meu País no ano de 2012 e fui alocada para dirigir uma Instituição Social para pacientes com retardo mental. Nesta instituição trabalhei por 4 anos antes de vir trabalhar no Brasil como participantes do Programa Mais Médicos para o Brasil (PMMB)- em julho do 2016. Desde então atuo na cidade de Simão Dias há mais de um ano. Vale ressaltar que, Simão Dias é um município brasileiro do Estado de Sergipe, fica localizada na região Centro Sul de Sergipe, na Região Nordeste do País. Sua população estima-se aproximadamente 40 526 habitantes, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

É notório e evidente segundo os estudos feitos envolta das doenças presente na referida população apresentadas pela Secretaria Municipal de Saúde, as doenças crônicas não transmissíveis são a principal causa de morbidade e mortalidade. Atuo, trabalhando na UBS Raymundo José de Araújo, no povoado Triunfo, cuja área de abrangência atende os povoados Aroeira, Triunfo, Paracatu e Caraíbas de Cima. Os territórios pertencentes as UBS corresponde a 10 micro áreas da zona rural sendo que a maioria são agricultores e donas de casas, com

nível socioeconômico baixo de diferentes culturas, religiões e crenças. Conta-se nas presentes áreas com seis escolas e duas creches.

Vale destacar-se, que na área tem duas Unidades Básicas de Saúde, nas demais áreas contamos com pequenos postos de atendimentos a saúde garantido o acesso aos serviços de saúde a população atendida abrangendo um total de 3454 usuários. As doenças mais prevalentes nos atendimentos são as crônicas não transmissíveis como a Hipertensão Arterial, Sistêmica, a Diabetes Mellitus tipo 2, as do sistema muscular, parasitoses intestinal, infecções das vias aéreas e musculares, infecções de transmissão sexual. Contudo, a população atendida a maioria não tem acesso a água tratada e à rede de esgotos.

O projeto de intervenção que constará em anexo, foi sobre Hipertensão Arterial Sistêmica: “MODIFICAÇÃO DE CONHECIMENTOS SOBRE HIPERTENSÃO ARTERIAL EM PACIENTES HIPERTENSOS DA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA RAIMUNDO JOSÉ DE ARAÚJO”. Justifica-se o referido estudo pela elevada incidência de casos de hipertensão arterial em nossa área de abrangência e suas complicações evitáveis, secundárias ao descontrole da própria doença.

Vale ressaltar, que a intervenção que se pretende desenvolver, baseia-se na abordagem de estratégias no âmbito da Atenção Primária a fim de diminuir a morbidade e mortalidade relacionada a hipertensão arterial. É importante salientar que esta intervenção educativa tem como objetivo modificar conhecimentos sobre hábitos e estilos de vida de 45 pacientes hipertensos do total dos cadastrados da UBS Raimundo José de Araújo, seguindo o cronograma determinado.

2 - ESTUDO DE CASO CLÍNICO

O caso clínico trata-se de um paciente acompanhado em consultas periódicas de Hipertensão Arterial Sistêmica, objetivando-se acompanhá-lo dentro de sua realidade. Na Equipe de Saúde da Família na qual trabalho, acompanhamos muitos casos de doenças crônicas não transmissíveis entre elas a Hipertensão Arterial Sistêmica, a mais prevalente.

De acordo com a Sociedade Brasileira de Cardiologia:

“A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial – PA (PA \geq 140 x 90mmHg). Associa-se, frequentemente, às alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo (coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos) e às alterações metabólicas, com aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais” (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

O paciente Roberto Santana Reis, 52 anos, sexo masculino, com grau de escolaridade primária, estado civil casado, raça branca, agricultor, morador do povoado Paracatu, zona rural do município, mora em uma casa com paredes de taipa, teto de telhas, piso de cimento, banheiro sanitário, convive com a esposa dona de casa, os pais idosos e aposentados e um filho usuário de drogas desempregado.

Não faz acompanhamento com a equipe mesmo agendada consulta pelo Agente Comunitário de Saúde-ACs. Comparece a consulta médica no dia 15/03/2016, depois da equipe ter feito visita domiciliar de busca ativa. Refere que veio para renovar a receita do tratamento de base. Quando questiono sobre queixas menciona dor de cabeça frequente, tonturas. Interrogo sobre alimentação e atividade física e o uso adequado do tratamento; relata uso de comidas gordurosas e sedentarismo, uso irregular de Losartana potássica 50mg ao dia, refere faz uso do tratamento quando apresenta cifras de PA altas.

Antecedentes pessoais:

- Hipertensão Arterial Sistêmica;

- Obesidade.

Antecedentes familiares:

- Mãe hipertensa e com sequela de AVC isquêmico há 2 anos;

- Pai com cardiopatia isquêmica.

Ao exame físico apresenta:

Bom estado geral, lucido, orientado, mucosas úmidas e coradas, temperatura 36,5 °C.

Ausculta cardíaca e pulmonar sem alterações (FC: 80 bpm; FR: 20 mrpm).

Pulsos periféricos simétricos e palpáveis.

✓ PA: 160/100 mmHg

✓ Peso :80 kg

✓ Altura: 150cm

✓ IM:36

Conduta sugerida:

Mudanças no estilo de vida,

-Dieta baixa em sal, evitar alimentos como refrigerantes, enlatados, embutidos ou defumados.

-Redução do peso corpora.

-Pratica de exercícios físicos regular (caminhadas diárias).

- aumento da ingestão de vegetais e frutas para aumentar o consumo de potássio.

- Solicito colesterol total, triglicérides e HDL, ureia, creatinina, ácido úrico, potássio, hemograma, EAS, eletrocardiograma.

Tratamento farmacológico

- Losartana potássica 50mg tomar 1 comprimido ao dia via oral.

- Hidroclorotiazida 25mg tomar 1 comprimido ao dia via oral.

-Retorno em duas semanas.

O paciente retorna no dia 10/04/016:

O paciente não refere queixas, está fazendo caminhadas mas ainda continua comendo muitos carbo-hidratos e gorduras, relata é muito difícil devido à baixa renda, mas vai tentar seguir as orientações. Traz consigo resultados dos exames solicitados:

Colesterol total 290 mg/dl, Triglicérides 170 mg/dl, glicose de jejum 89mg/dl, ureia 35 mg/dl, creatinina 0.80 mg/dl, ac úrico 4mg/dl, EQU normal. ECG: ritmo sinusal, FC 74 bpm, crescimento atrial esquerdo, fundo de olho sem alterações de retina e papila.

Ao exame físico apresenta:

Ausculata cardíaca e pulmonar sem alterações (FC: 78 bpm; FR: 18 mrpm)

- ✓ PA :140/90 mmHg
- ✓ Peso 79,6 kg
- ✓ Altura :150cm
- ✓ IMC:35

Conduta sugerida

Mudanças no estilo de vida,

-Dieta baixa em sal, evitar alimentos como refrigerantes, enlatados, embutidos ou defumados.

-Redução do peso corporal.

-Pratica de exercícios físicos regular (caminhadas diárias).

- aumento da ingestão de vegetais e frutas para aumentar o consumo de potássio.

Tratamento farmacológico

- Losartana potássica 50mg tomar 1 comprimido ao dia via oral.
- Hidroclorotiazida 25mg tomar 1 comprimido ao dia via oral.
- sinvastatina 20mg tomar 1 comprimido ao deitar a noite
- Encaminhamento para nutricionista
- Encaminhamento para cardiologista
- Retorno em um mês.

O paciente retorna no dia 20/05/016:

Relata foi avaliado pela nutricionista, e o cardiologista, está cumprindo o regime indicado, continua com as caminhadas e fazendo uso do tratamento médico regularmente. Nega queixas. Relata, está mais acostumado com a nova alimentação e reconhece ter melhorado muito após começar as caminhadas e o regime, além do uso regular dos medicamentos. Refere que o cardiologista recomendou continuar com o tratamento e solicitou ecocardiograma

Ao exame físico apresenta:

Ausculata cardíaca e pulmonar sem alterações (FC: 70 bpm; FR: 20 mrpm)

- ✓ PA: 130 /80mmHg
- ✓ Peso: 77kg
- ✓ Altura :150cm
- ✓ IMC :34

Oriento sobre o uso regular do tratamento, manter as caminhadas e o regime, explico que foi atingida a meta pressórica, e a importância de manter o controle da doença que é crônica para evitar futuras complicações, oriento também sobre a necessidade de baixar o

peso para adquirir um maior controle da doença, agendo retorno em 6 meses com o enfermeiro segundo o preconizado no Caderno de Atenção Básica de Hipertensão Arterial Sistêmica (CAB No 37, 2014) do Ministério da Saúde, que estabelece para os usuários com HAS com escore de framingham na categoria de baixo risco que atingiram a meta pressórica, indica-se que consultem anualmente com o médico e com o enfermeiro. Solicito exames novamente para mostrar na próxima consulta, renovo receita. Oriento continuar acompanhamento com cardiologista.

Realizo visita domiciliar no dia 30/06/016 para montagem do genograma familiar.

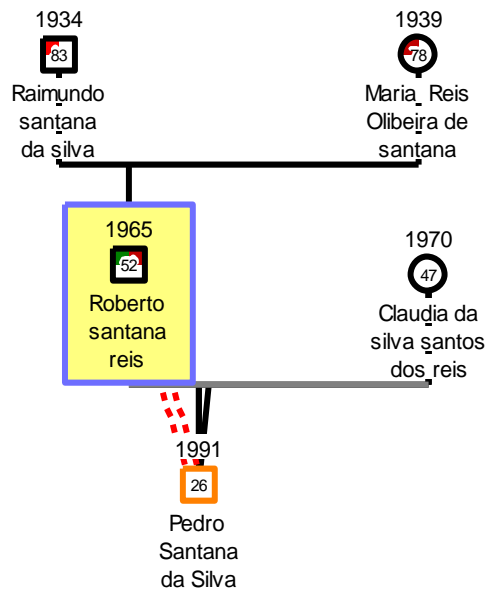
Durante a visita pode se observar a carência da família, de baixa renda e nota-se o caráter disfuncional da mesma. Seu Roberto refere está muito melhor após o acompanhamento com a equipe de saúde e está muito agradecido, refere não tem queixas mas ainda está muito estressado com o comportamento do filho e das condições de saúde dos pais e a baixa renda que não permite realizar o cardápio orientado pela nutricionista. Realizo atendimento médico para os pais e encaminho o caso para o NASF para avaliar em conjunto a situação de saúde e social da família.

Segundo estabelecido pelo Caderno de Atenção Básica de Hipertensão Arterial Sistêmica (CAB No 37, 2014) do Ministério da Saúde:

“De acordo com essa avaliação, poderão também ser encaminhadas para receber apoio de outros profissionais de Saúde (como psicólogo, nutricionista, assistente social, educador físico, farmacêutico) ou ser avaliadas por meio de apoio matricial do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf) para auxílio à equipe no manejo desses casos” (Pág. 73).

Oriento ao Paciente a importância do acompanhamento com a Equipe de Saúde da Família para manter o controle de sua doença.

Genograma familiar:



3 - PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DE DOENÇAS

No contexto histórico da saúde no Brasil, visa uma nova Política Nacional de Promoção da Saúde, que detém o desenvolvimento das doenças crônicas no Brasil, com planejamento de ações voltadas para prevenção dos fatores de risco como: (tabagismo, sedentarismo e má alimentação) e investimentos na qualificação da atenção e da assistência aos pacientes. Nesse aspecto, a Prevenção está relacionado a medidas tomadas antes do aparecimento ou agravamento da doença ou de um conjunto dessas. Portanto, prevenir também significa agir para que a doença manifeste-se de forma menos invasivas no indivíduo ou no ambiente coletivo.

O Ministério da Saúde Preconiza que:

“A promoção da saúde, como uma das estratégias de produção de saúde, ou seja, como um modo de pensar e de operar articulado às demais políticas e tecnologias desenvolvidas no sistema de saúde brasileiro, contribui na construção de ações que possibilitam responder às necessidades sociais em saúde”. (Ministério da Saúde, 2010, pág. 10, vol. 07).

Todavia, é evidente que a promoção e prevenção de saúde são partes fundamentais a ter em conta para garantir a saúde do indivíduo e da comunidade.

Na minha atuação na UBS Raymundo José de Araújo, em Simão Dias/ SE. As doenças mais prevalentes nos atendimentos são as crônicas não transmissíveis como a Hipertensão Arterial Sistêmica, a Diabetes Mellitus tipo 2, e outras como as do sistema muscular, parasitoses intestinal, infecções das vias aéreas, infecções de transmissão sexual. Desde minha chegada notei a necessidade das práticas de promoção de saúde e prevenção de doenças nesta população para garantir o estado de saúde da população. Um dos grupos que comecei a trabalhar além das crônicas não transmissíveis foi a puericultura, o Programa de Puericultura objetiva acompanhar o crescimento e desenvolvimento de um indivíduo, sua cobertura vacinal, estimular a prática do aleitamento materno, orientar a implantação da alimentação complementar e prevenir as desordens que mais afetam as crianças durante os primeiros dezoito meses de vida.

A possibilidade de acompanhar famílias ao longo do tempo mantém os profissionais da atenção básica em uma situação privilegiada no reconhecimento de situações que necessitam ser mais bem entendidas e acompanhadas (STARFIELD, 2002). Nos serviços de atenção básica, os profissionais que realizam o pré-natal frequentemente são os que seguirão acompanhando a família durante a puericultura da criança. Sendo assim, o vínculo entre a equipe de saúde e a família do recém-nascido (DEMOTT et al., 2006) para o acompanhamento da criança deve preferencialmente se iniciar pelo menos desde o pré-natal. O nascimento de um bebê é um momento de transição-chave do ciclo de vida da família. Por tal razão, é muito comum o surgimento de dúvidas, inseguranças e questionamentos. A família deverá reconhecer a equipe de saúde como um ponto de apoio para a superação das dificuldades desta etapa (DEMOTT et al., 2006).

Na equipe não se realizavam atendimentos de puericultura. Comecei por ativar a equipe toda para realizar ações de saúde e explicar à população a importância de as crianças serem atendidas regularmente, começamos por fazer as visitas domiciliares das puérperas e o recém-nascido nos primeiros 7 dias, aproveitar esse marco para examinar a criança identificar problemas de saúde, orientar aos pais e a família sobre o cuidado do recém-nascido, marcar a consulta do primeiro mês assim como o pediatra além de outras especialidades se necessário. Nas consultas de puericultura que já temos dias fixos para cada povoado, fazemos palestras sobre os cuidados das crianças, a alimentação assim como o desenvolvimento psicomotor. Nos atendimentos acompanhamos o desenvolvimento das crianças em quanto as mensurações, como vai evoluindo esclarecemos dúvidas, verificamos as vacinas e se necessário encaminhamos para os especialistas pertinentes todas essas ações para promover saúde e prevenir doenças. Atualmente as mães desde a consulta de pré-natal já recebem orientação da importância de comparecer com sua criança à consulta de puericultura.

A prevenção e promoção em saúde não é só para os pacientes com doenças crônicas e as crianças; é para toda a população, porém ações de prevenção e promoção são muito importantes para as mulheres fundamentalmente nas que vão engravidar por exemplo as que têm antecedentes de doenças crônicas aproveito ações de saúde como outubro rosa para dialogar com elas sobre o planejamento familiar e o momento certo para engravidar, quando estiver controlada a doença crônica e as condições socioeconômicas estejam favoráveis para receber o novo membro da família; ou as que já estão grávidas, neste sentido tenho trabalhado muito com esse grupo, aproveitamos as consultas de pré-natal, fazemos palestras e dialogamos

com todas elas em grupo sobre os cuidados que devem ter em este período no âmbito da alimentação, da higiene, dos cuidados para evitar possíveis doenças e complicações durante a gestação. Esclareço dúvidas sobre a gravidez, oriento sobre a importância do acompanhamento com a equipe e da realização dos exames solicitados em cada atendimento para avaliar o desenvolvimento do feto, e da saúde dela.

Tendo em vista a Prevenção em Saúde Mental, (Revista do Curso de Direito da Faculdade de Humanidades e Direito, v. 7, n. 7, 2010, pág. 51):

”Pode-se perceber que a prevenção também faz parte do elenco de cuidados em saúde mental que devem ser oferecidos à população pelo Estado. Algumas doenças podem ser prevenidas, havendo então, a possibilidade de impedir seu surgimento. Esse tipo de intervenção é chamado de “prevenção primária”. Muitos dos transtornos psiquiátricos não podem ter sua instalação prevenida. No entanto, existem alguns quadros que podem ser prevenidos, como os transtornos psicóticos relacionados ao uso de drogas, como a cannabis e a cocaína. Alguns efeitos mórbidos das doenças também podem ser prevenidos. A esse tipo de prevenção chama-se “secundária”. Já a prevenção terciária refere-se às atividades clínicas que previnem a deterioração adicional ou reduzem as complicações após o estabelecimento da doença”.

Na UBS temos pacientes usuários de drogas em um dos povoados, neste sentido temos feito palestras sobre a afetação que produz para nosso organismo essa conduta as possíveis doenças mentais que podem desenvolver e também a afetação para a família e a comunidade em geral, mas não é só um trabalho da saúde pública, outros setores precisam ser envolvidos nesta situação. No caso dos pacientes já diagnosticados com doença de saúde mental fazemos acompanhamentos deles e controle encaminhamos para o psiquiatra e o CAPS em caso de surtos. Também temos tido casos isolados de intento de suicídio, a situação econômica em nossa área é muito desfavorável e tem um alto índice de desempregados, nestes casos realizamos visitas domiciliares ativamos ao NASF e O CAPS para trabalhar em conjunto na prevenção do suicídio. A equipe tem ganhado muito neste sentido mas a população tem ganhado em saúde.

4 - VISITA DOMICILIAR

A visita domiciliar, é muito importante no acompanhamento das famílias e a comunidade, permite avaliar não apenas as condições que vivem os indivíduos e seus familiares, bem como o ambiente físico, ou microambiente no qual essas pessoas estão inseridas, os padrões alimentares utilizados, identificando agravos e problemas que possam influenciar no surgimento de doenças e complicações que possam comprometer a elas e aos seus familiares.

Na UBS, tenho um controle de todos nosso paciente em uma sala situacional de cada micro área por ACs. Neste controle temos os pacientes acamados, os domiciliados, as gestantes, os que tem acompanhamento epidemiológico que necessitam de visitas domiciliares o que ajuda muito na realização das visitas. A equipe realiza mensalmente a reunião de avaliação do trabalho e fazemos o cronograma de trabalho para o mês. Nesse cronograma organizamos os dias que serão feitas as visitas domiciliares segundo o controle que tem o ACs, eles são muito importante nesta atividade; se organiza que dia do mês serão realizadas as visitas dos acamados, dos domiciliados, dos pacientes com tuberculoses, hanseníases, os crônicos que geralmente são acamados e domiciliados, também as visitas puerperais e do recém-nascido. No decorrer do mês se acontecer alguma necessidade de algum paciente que foi dado de alta do hospital de alguma puérpera que não estava inclusa nas visitas, se algum paciente de saúde mental apresenta um surto em fim alguma necessidade aguda também fazemos as vistas ao final do atendimento programado para esse dia.

Nas visitas domiciliares contamos com transporte fornecido pela secretaria de saúde, devido que é uma zona rural e as casas ficam muito distantes, temos dias completos de visita domiciliar e são feitas com a equipe e com a presença do ACs que é a pessoa que mais conhece as famílias.

Nessas visitas aproveitamos que estamos mais perto do paciente de seu entorno e da família para entender melhor sua realidade, são feitos procederes como aferição da pressão arterial medição de glicose capilar, curativos, realizamos orientações precisas ao cuidador e a família toda, orientamos sobre o horário dos medicamentos, de forma que seja mais fácil para eles, sobre a alimentação sobre como tratar os idosos; e desta forma trabalhar todos em conjunto

para melhorar o estado de saúde do paciente, nas visitas puerperais e do recém-nascido são feitos também teste do pezinho, avaliamos ao recém-nascido, orientamos aos pais e a família sobre o cuidado do novo membro da família, avaliamos a puérpera, orientamos sobre o uso de anticoncepcional, sobre a alimentação também sobre o aleitamento materno.

Nos pacientes que realizam cirurgia fazemos retirada dos pontos cirúrgicos assim como avaliação medica do paciente.

Além das visitas domiciliares programadas para os pacientes acamados, os crônicos domiciliados, as puérperas e os agudos, também fazemos visitas domiciliares de busca ativa dos crônicos e as gestantes que não comparecem a consultas aos postos de saúde.

A área tem um alto índice de pacientes crônicos fundamentalmente hipertensos e diabéticos, a maioria das visitas dos acamados são pacientes hipertensos com sequelas de AVC. A maioria deles necessitam de tratamento e avaliação especializada na primeira etapa depois da saída do hospital; então nestes casos a equipe ativa ao NASF do município para eles serem avaliados pelos profissionais, e realizamos uma visita domiciliar as duas equipes em conjunto, também acontece igual nos casos dos pacientes de saúde mental, ativamos ao CAPS e apresentamos o caso para eles.

Os principais problemas que temos nas visitas domiciliares são em relação que as vezes quando o paciente diabético ou hipertenso encontrasse descompensado e fazemos o encaminhamento para à UPA para tratamento de urgência, isso resulta muito difícil a deslocação deles até essa unidade porque nem todos os casos podemos ativar o SAMU e a maioria não tem condições econômicas para se deslocar, a maioria acaba não indo ao hospital, situação essa que favorece o aparecimento de complicações.

Também resulta um problema quando em uma visita nenhum dos familiares é o responsável pelo cuidado e acompanhamento do paciente e então não são cumpridas as orientações e o tratamento dele afetando o controle da doença e levando às complicações, a maioria das vezes a família pensa que é só responsabilidade da equipe de saúde o cuidado do paciente, nestes casos explicamos para a família qual é nosso papel como profissionais e qual deve ser o papel da família e que devem se ajudar entre todos os membros para nenhum deles adoecer por estar sobrecarregado.

Realizei uma visita ao paciente que apresentei no caso clínico neste trabalho, uma visita de busca ativa, o paciente é hipertenso e não estava fazendo acompanhamento na UBS e então na equipe decidimos visitá-lo, ao chegar à casa o paciente encontrava-se na roça, mora com os pais idosos aposentados portadores de doença crônica, a esposa dona de casa e o filho usuário de drogas desempregado, seu Roberto relatou que não comparecia aos atendimentos porque tinha muito trabalho e só ele trabalha em casa. Refere está muito estressado e que o filho não quer trabalhar e está em caminhos errados. A equipe conversou com seu Roberto sobre a importância de comparecer as consultas na UBS para o controle de sua doença; neste caso evidencia-se a importância das visitas domiciliares para avaliar o paciente e a família dentro de sua realidade e tendo em conta a situação agir para o benefício de sua saúde.

As visitas domiciliares são muito produtivas no acompanhamento de nossos pacientes porque a família contribui na melhora do estado de saúde do paciente e na melhora da qualidade de vida deles. Mas ainda falta muito por fazer em nossa comunidade neste sentido.

5 - REFLEXÃO CONCLUSIVA

Este curso de Especialização da Família foi uma experiência nova para mim pois tive que realizar atividades próprias da medicina, mas todo na língua portuguesa era minha primeira vez na educação a distância-EAD, mas considero que tive um bom desempenho nas atividades propostas nos dois eixos do curso, no começo foi difícil só pôr o idioma. No eixo I do curso posso dizer que aprendi muito sobre o Sistema de saúde de Brasil os princípios do SUS suas diretrizes, estrutura, evolução histórica e como está desenhado; aspectos muito importantes para nós que começávamos a trabalhar neste país. Me ajudou muito para meu trabalho na UBS, ganhei em conhecimentos, em cultura e sobre todo em poder entender o funcionamento do SUS para poder ajudar a meus pacientes. Aportou muito na organização do trabalho da equipe e acredito tive um bom aproveitamento dos conteúdos.

No eixo II do curso já tópicos propriamente médicos considero tive também um bom aproveitamento das atividades, porque a traves das aulas, os módulos, as tarefas adquiri muitas habilidades no uso dos protocolos, pude me atualizar em quanto aos conteúdos médicos e colocar em pratica todo esse conhecimento em benefício da saúde de meus pacientes.

Acredito os protocolos médicos em quanto ao acompanhamento das doenças crônicas me ajudaram muito para estabelecer um planejamento no trabalho com esses grupos de pacientes como os hipertensos e diabéticos que na equipe são um problema de saúde. Aportou muito neste sentido, junto com a equipe elaborei uma sala situacional das principais doenças quantidade de pacientes por grupos etários identificando os principais problemas de saúde de nossa população e como organizar nosso trabalho neste sentido. A partir de ai organizamos um projeto de intervenção para melhorar o estado de saúde e qualidade de vida destes pacientes, incluindo palestras ações de saúde para modificar os conhecimentos sobre o estilo de vida deles.

Também no acompanhamento das gestantes e as crianças assim como saúde da mulher e do homem, em fim de todos meus pacientes.

Quando comecei meu trabalho na UBS Raimundo José de Araújo há um ano e pouco tive que me adaptar ao sistema de trabalho da equipe e posso dizer que me ajudou muito o curso de especialização de saúde da família, também tive ajuda da supervisora. Acredito é

muito importante o trabalho em equipe, principalmente as reuniões da avaliação que realizamos mensalmente onde são expostos os principais problemas e entre todos e com ajuda do ACS que é um profissional fundamental agendamos os atendimentos segundo as necessidades, essa é umas das coisas que ganhei, aprender a trabalhar em equipe e organizar o trabalho.

Foi uma experiência única este curso de EAD e acredito é muito produtivo e ajuda a melhorar as habilidades do médico na estratégia de saúde da família, poder agir com ajuda das equipes de apoio como o NASF e o CAPS e saber quando acionar eles e outras redes foi algo que aprendi neste curso.

Refletindo sobre minha trajetória no curso posso dizer que tive apoio sempre dos tutores em os dois eixos e tive muitas dúvidas nas tarefas e foram todas esclarecidas por meus tutores e meus companheiros na turma, acredito pude ter melhores notas, e a realização deste portfólio representa um histórico de meu trabalho neste período que creio tem sido produtivo no desenvolvimento de ações para garantir a qualidade de vida e melhorar a saúde da população.

REFERÊNCIAS

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 128 p. : il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 37).

Brasil. Ministério da Saúde. **Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde**. Política Nacional de Promoção da Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – 3. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2010.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. **VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão**. Arquivos Brasileiros de Cardiologia, São Paulo, v. 95, n. 1, p. 1-51, 2010. Suplemento 1.

STARFIELD, B. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: Unesco; 2002.

MORAES, Paula Louredo. "**Hipertensão**"; *Brasil Escola*. Disponível em <<http://brasilecola.uol.com.br/doencas/hipertensao.htm>>. Acesso em 09 de janeiro de 2018.

Disponívelem:<<https://www.metodista.br/revistas/revistasims/index.php/RFD/article/.../1965/1970>>. Acesso em 12 de dezembro de 2017.

Disponível em:<<http://www.sbh.org.br/geral/oque-e-hipertensao.asp>>. Acesso em 10 de janeiro de 2018.

Disponívelem:<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_crianca_crescimento_desenvolvimento_1ed.pdf>. Acesso em 12 de janeiro de 2018.

ANEXO I – PROJETO DE INTERVENÇÃO

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

PROJETO DE INTERVENÇÃO

**MODIFICAÇÃO DE CONHECIMENTOS SOBRE HIPERTENSÃO ARTERIAL EM
PACIENTES DA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA RAIMUNDO JOSÉ DE
ARAÚJO**

Yudit Quiala Montoya

SERGIPE 2017

YUDIT QUIALA MONTOYA

**ESTRATÉGIAS PARA O CUIDADO DOS PACIENTES COM
HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA**

Projeto de intervenção do curso de Especialização em
Atenção Básica em Saúde da Família pela Universidade Federal de
Ciências da Saúde de Porto Alegre e UNA- SUS.

SIMÃO DIAS-SE

2018

SUMÁRIO:

1. Introdução -----	27
2. Problema -----	29
3. Justificativa -----	30
4. Objetivos -----	31
4.1 Objetivo Geral -----	31
4.2 Objetivos específicos -----	31
5. Revisão da Literatura -----	32
6. Metodologia -----	34
6.1 Cenário de Intervenção -----	34
6.2 Pessoal Envolvido -----	34
6.3 Estratégia e Ações-----	34
6.4 Avaliação e Monitoramento-----	35
7. Resultados Esperados -----	36
8. Cronograma -----	37
9. Recursos Necessários -----	38
10. Referências Bibliográficas -----	39
11. Anexos -----	41

Resumo

Estudos sobre a HAS são fundamentais para conhecer os fatores de risco e as formas de controle na comunidade. Simão Dias é um município brasileiro do estado de Sergipe, Região Nordeste do país. Sua população estimada é de 40 526 habitantes. Em ele, as doenças crônicas não transmissíveis são a principal causa de morbidade e mortalidade entre elas a Hipertensão Arterial Sistêmica. Fazendo a avaliação dos resultados do trabalho da equipe no ano 2016 na UBS Raimundo Jose de Araújo onde eu atuo, percebemos que a Hipertensão Arterial com seus fatores de risco associados e complicações, tem uma elevada incidência e prevalência, na população; a adoção de um estilo de vida adequado é fundamental no tratamento destes pacientes, muitos fatores de risco podem ser excluídos através de modificações no estilo de vida do paciente, nosso objetivo é realizar um projeto de intervenção educativa para modificar os conhecimentos sobre hipertensão arterial em 45 pacientes hipertensos da unidade de saúde Raimundo José de Araújo para melhorar a qualidade de vida destes pacientes e evitar futuras complicações.

PALAVRAS CHAVES: Hipertensão Arterial; Fatores de risco; Educação em saúde.

1. INTRODUÇÃO

Mundialmente a hipertensão arterial (HAS) é uma doença de alta prevalência, e estimasse que existam 691 milhões de pessoas hipertensas, das quais 420 milhões vivem em países em desenvolvimento (Brasil, 2014, pág. 3) . A hipertensão arterial é uma condição clínica multifatorial caracterizada por elevação sustentada dos níveis pressóricos ≥ 140 e/ou 90 Mmhg. (Brasil 2016, pág. 1).

Segundo pesquisas do ministério da Saúde e dados das Sociedades Brasileiras de Cardiologia e de Hipertensão, mais de 17 milhões de brasileiros são hipertensos. A porcentagem da doença aumentou em todas as faixas etárias, já que atualmente 62,3% das pessoas com 65 anos ou mais sofrem do problema, 14% da população de até 34 anos é atingida. O índice salta para 34,5%, dos 45 aos 54, e para 50,4%, dos 55 aos 64 anos. Uma boa parte da população (24,4%) é portadora desta doença, que é responsável por o 80% dos AVC (acidentes vasculares cerebrais) 40% dos infartos e 25% dos casos de insuficiência renal terminal. Apesar desses indicadores, apenas 23% dos hipertensos controlam corretamente a doença. (Brasil 2012).

O que vale para o hipertenso vale também para quem quer se prevenir. Como 90% dos casos de hipertensão ocorrem devido a excessos alimentares, sedentarismo e obesidade, o quanto antes a pessoa adoptar uma vida saudável melhor, isso inclui dieta equilibrada com redução de gordura sal e açúcar, redução do peso corporal, adoção de novos hábitos de vida, aumentar o consumo de frutas e verduras, eliminar o cigarro e o álcool, pratica regular de exercícios pelo menos 30 minutos diários. (Nursing ,2017)

Simão Dias é um município brasileiro do estado de Sergipe, Região Nordeste do país. Sua população estimada é de 40 526 habitantes. Meu posto de saúde UBS Raimundo José de Araújo tem uma população de 3454 habitantes dos quais 3154 são maiores de 15 anos destes 428 são hipertensos. Em ele, as doenças crônicas não transmissíveis são a principal causa de morbidade e mortalidade entre elas a Hipertensão Arterial Sistêmica. Fazendo a avaliação dos resultados do trabalho da equipe no ano 2016 na UBS Raimundo Jose de Araújo onde eu atuo, percebemos que a Hipertensão Arterial com seus fatores de risco associados e complicações, tem uma elevada prevalência, na população. Apesar dos progressos na prevenção de doenças, no diagnóstico, tratamento e controle, ainda é um importante problema de saúde pública e a adoção de um estilo de vida adequado é fundamental no tratamento de hipertensos, muitos fatores de risco podem ser excluídos através de modificações no estilo de vida do paciente, nosso objetivo é identificar fatores de risco e modificar os conhecimentos sobre hipertensão

arterial dos pacientes hipertensos estimulando a redução do consumo de bebidas alcoólicas, abandono do cigarro, prática regular de exercícios físico, perda de peso quando necessário, alimentação saudável e estimular a adesão ao tratamento anti-hipertensivo. Com este estudo esperamos implementar ações que identifiquem e tornem efetivo o controle da pressão arterial, mudanças de hábitos para que diminua a frequência de vários agravos, melhorando a qualidade de vida da população e garantindo um envelhecimento saudável.

2. PROBLEMA

Incremento no número de casos hipertensão arterial sistêmica na UBS Raimundo José de Araújo no último ano com desenvolvimento de complicações cardiovasculares e neurológicas, a maioria por abandono do tratamento farmacológico e resistência às mudanças nos hábitos e estilos de vida são os principais motivos pelo qual consideramos esta doença como um importante problema de saúde em nossa área.

3. JUSTIFICATIVA

Justifica-se este estudo pela elevada incidência de casos de hipertensão arterial em nossa área de abrangência e suas complicações evitáveis, secundárias ao descontrole da própria doença.

A intervenção que se pretende desenvolver baseia-se na abordagem de estratégias no âmbito da atenção primária a fim de diminuir a morbidade e mortalidade relacionada a hipertensão arterial.

4. OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GERAL:

- Modificar conhecimentos sobre hábitos e estilos de vida dos pacientes hipertensos na clínica da família Raimundo José de Araújo.

4.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- Caracterizar os hipertensos da clínica da família Raimundo José de Araújo.
- Identificar as pessoas com dificuldade de adesão ao tratamento anti-hipertensivo na clínica da família Raimundo José de Araújo.
- Elaborar novas estratégias de promoção de saúde e prevenção de agravos para pacientes hipertensos na clínica da família Raimundo José de Araújo.
- Identificar fatores de risco associados à hipertensão arterial sistêmica em pacientes hipertensos na clínica da família Raimundo José de Araújo.

5.REVISÃO DA LITERATURA

A hipertensão arterial (HÁ) tem alta prevalência em todo o mundo, sendo um dos principais fatores de risco, para as doenças cardiovasculares. Hipertensão arterial sistêmica é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial (PA > 140/90 mmHg). (Sociedade Brasileira de Cardiologia, 2010).

Tensão arterial (TA) pode ser definida como a força ou pressão produzida pelo fluxo sanguíneo contra a parede das artérias. Essa aumenta quando o coração bate (pressão sistólica), e diminui quando o coração encontrasse em repouso, ou seja entre batidas (pressão diastólica). (Brasil, 2014, pág.3). Associa-se, frequentemente, às alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos alvo (coração, cérebro, rins e vasos sanguíneos) e as alterações metabólicas. (Sociedade Brasileira de Cardiologia, 2010).

Pinheiro(2017) considera que a hipertensão pode surgir em qualquer época da vida, inclusive durante a gravidez e que é muito mais comum na população adulta e nos idosos. Estima-se que até o 80% da população com mais de 60 anos seja hipertensa.

Mantém associação independente com eventos como morte súbita, acidente vascular encefálico (AVE), infarto agudo do miocárdio (IAM), insuficiência cardíaca (IC), doença arterial periférica (DRP), e doença renal crônica (DRC) fatal e não fatal. (Brasil, 2016, pag. 1).

A hipertensão arterial possui fatores de riscos que são considerados modificáveis e não modificáveis conforme a Sociedade Brasileira de Cardiologia Sociedade brasileira de Hipertensão, e Sociedade Brasileira de Nefrologia (2010).

O excesso de peso e obesidade são fatores modificáveis e se associam a prevalência elevada de hipertensão arterial nos jovens. Outro fator apontado pela Sociedade Brasileira de hipertensão / Sociedade Brasileira de Nefrologia (2010) é a ingestão excessiva de sódio que tem sido relacionado a elevação da pressão arterial. A população brasileira apresenta padrão alimentar rico em sal, açúcar, gorduras. Outros fatores modificáveis são consumo excessivo de álcool, sedentarismo, e tabagismo.

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. (Brasil, 2014, pag.57).

A hipertensão arterial além de ser causa direta de cardiopatia hipertensiva, é fator de risco para doenças decorrentes de aterosclerose e trombose que se manifestam predominantemente, por doença isquêmica cardíaca, cerebrovascular, vascular periférica e renal. É também fator etiológico de insuficiência cardíaca. (DUNCAN; SCHMIDT; GIUGLANI,2006).

Fleury(2014) considera que a maioria dos pacientes não apresenta nenhum sintoma, justificando a denominação de doença Assassina silenciosa para a pressão alta, as queixas, quando presentes, são dor de cabeça, tonturas, zumbidos nos ouvidos e sangramento nasal.

Pinheiro(2017) considera e eu concordo com ele que a elevada prevalência associada ao fato de que apenas a metade dos pacientes hipertensos consegue manter sua pressão arterial controlada, mantem a hipertensão com o título de principal fator de risco para doenças cardiovasculares e AVE.

Segundo (Nursing 2017) uma vida saudável é a melhor prevenção. Como o 90% dos casos de hipertensão ocorrem devido a excessos alimentares, sedentarismo e obesidade, o quanto você adotar uma vida saudável é melhor isso inclui: dieta equilibrada com redução de gorduras, e sal, e açúcar, redução do peso corporal, do consumo do álcool, adoção de novos hábitos de vida, eliminar o cigarro, maior consumo de frutas e verduras além de pratica regular de exercícios físicos.

Acredito que com educação em saúde sobre a doença, acompanhamento regular, modificação do estilo de vida da população, com apoio de intervenções educativas de controle dos fatores de riscos com ajuda dos profissionais de saúde; poderíamos garantir o controle da hipertensão arterial e reduzir as complicações cardiovasculares e neurológicas que afetam nossa população e outras áreas de saúde.

6.METODOLOGIA

É uma intervenção educativa com o objetivo de modificar conhecimentos sobre hábitos e estilos de vida de 45 pacientes hipertensos do total dos cadastrados da UBS Raimundo José de Araújo. Município Simão Dias, Sergipe.

A investigação se realizara no período compreendido entre os meses de julho e dezembro do 2017

6.1 Cenário de intervenção

A intervenção educativa vai ser desenvolvida na própria UBS Raimundo José de Araújo. O programa de hipertensos desenvolvidos na unidade de saúde terá como objetivo realizar acompanhamento sistematizado de 45 pacientes hipertensos do total cadastrados na ESF, visando o manejo adequado da hipertensão arterial sistêmica.

6.2 Pessoal envolvido

Os pacientes hipertensos na faixa etária de 18 a 60 anos e mais selecionados pela equipe da saúde de forma aleatória, médico, enfermeira e apoio dos agentes comunitários de saúde e a técnica de enfermagem, com prévio consentimento dos pacientes. Para seleção dos participante, adotaremos como critérios de inclusão pacientes de ambos sexos, com diagnóstico médico de hipertensão arterial primária faixa etária de 18 a 60 anos e mais, cadastrados e acompanhados no programa de hipertensão da unidade, estarem conscientes e orientados. Como critério de exclusão se determinou, os menores de 18 anos de idade.

6.3 Estratégias e ações

- Primeira etapa: Os dados da pesquisa vão ser coletados todos os dias em que houver atendimento de grupo de hipertensos na unidade, vão ser utilizados como instrumentos de pesquisa; análises dos prontuários dos pacientes selecionados, buscando identificar quais deles apresentam fatores de riscos e estilo de vida inadequado estes dados vão ser disponibilizados através dos programas de Microsoft Word e Excel, em forma de gráficos.
- Segunda etapa: Os pacientes hipertensos selecionados vão ser abordados em uma palestra para descrever o projeto e a importância da modificação do estilo de vida para o controle de sua doença e as futuras complicações.

- Terceira etapa: A intervenção será realizada por meio de oficinas temáticas com os pacientes hipertensos selecionados, as oficinas vão-se basear na apresentação do público alvo de temas educativos essenciais sobre a doença suas complicações e como modificar o estilo de vida ,e adesão ao tratamento para evitar essas futuras complicações e manter o controle da doença .As atividades educativas vão contemplar orientações sobre os fatores de riscos utilizando materiais didáticos (cartazes panfletos, folders, explicações ,vídeos etc.)
- Quarta etapa: Avaliação dos conhecimentos após a intervenção educativa

6.4 Avaliação e monitoramento:

Concluída a intervenção, aplicaremos questionário de conhecimento sobre as oficinas abordadas para avaliar os conhecimentos adquiridos durante a intervenção. Convidaremos aos pacientes a divulgar com seus vizinhos e outros membros da família sobre o projeto, as experiências vividas no grupo. Tentaremos que eles participem de forma ativa para conhecer os pontos positivos e negativos do mesmo para melhorar a efetividade do projeto.

7. RESULTADOS ESPERADOS

Aumentar os conhecimentos sobre a doença e suas complicações.

Diminuir o número de complicações cardiovasculares e neurológicas.

Lograr um bom controle da doença baseado na eliminação de fatores de riscos modificáveis.

Aumentar a prática de hábitos saudáveis como, prática regular de exercícios físicos, alimentação saudável.

Eliminação do hábito de fumar e consumo de álcool.

Conscientizar a população sobre o risco potencial que representa a doença e expandir esses conhecimentos para o resto da população.

9. RECURSOS NECESSÁRIOS

Recursos materiais:

- Sala para realizar as oficinas
- Prontuários dos pacientes selecionados
- Profissionais (enfermeira, tec./aux. de enfermagem, ACS, Médico
- Folhas A4, canetas, computador, folders,
- Equipamento de multimídia
- Esfigmomanometro, estetoscópio, balança

Recursos humanos:

- 1 medico
- 1 enfermeira
- 1tec/aux. de enfermagem
- 10 ACS

10-REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALVES, VS.; NUNEZ, M.O. **Educação em Saúde na atenção médica ao paciente com hipertensão arterial no Programa Saúde da Família.** Interface comum. Saúde educação. Botucatu, v.10, n.19, p.131-147, jan./jun.2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica :hipertensão arterial (caderno da atenção básica, n.37) /**Ministério da Saúde, Secretaria da Atenção à Saúde, Departamento da Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde,2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica :hipertensão arterial (caderno da atenção básica, n.37) /**Ministério da Saúde, Secretaria da Atenção à Saúde, Departamento da Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde,2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Prevalência e incidência de Hipertensão arterial na população portuguesa.** Departamento de Epidemiologia p 1-4.2014.

BRASIL. Sociedade brasileira de Cardiologia. **Diretrizes Brasileiras de Hipertensão arterial VII.ISSN-0066-782X.**volume 107, Nº 3, Supl.3.pag1-12.Setembro 2016

DUNCAN, B; SCHMIDT, M.I.; GIUGLIANI, E. R. J. **Medicina ambulatorial:** condutas de atenção primaria baseada em evidencias. 3.ed.Porto Alegre:Artmed,2006

DE ANDRADE GOULART, Flavio A. **Doenças crônicas não transmissíveis:** estratégias de controles e desafios e para os sistemas de saúde. Brasília, DF: Organização Pan-americana da saúde. Brasília 2011.

PINHEIRO. **Sintomas e tratamento de hipertensão arterial.html.** Disponível em:<<https://mdsaude.com/2009/02> >. Acesso: em 20 de may.2017.

Rev. Fleury; Doenças. Disponível em: <[https://www.fleury.com.br/saude em dia/ dicionário doenças/passo/hipertensão](https://www.fleury.com.br/saude-em-dia/dicionario-doencas/passo/hipertensao). Aspx.

Rev. Nursing. **Hipertensão** :cuidados, causas e tratamentos.2017.Disponivel em:<<https://www.nursing.com.br>>Doenças.

SBH-Sociedade Brasileira de Hipertensão. **Diretrizes brasileiras de hipertensão arterial.** Sociedade Brasileira de hipertensão; Sociedade Brasileira de Cardiologia, sociedade Brasileira de nefrologia 2006.

Sociedade Brasileira de Cardiologia / Sociedade Brasileira de Hipertensão. Agravos Cardíacos, Sociedade Brasileira de nefrologia 2010.

Disponível em: <[https://apsredes.org/site2012/wpcontent/uploads/2012/06/Condições – Crônicas-Flavio.1.PDF](https://apsredes.org/site2012/wpcontent/uploads/2012/06/Condições-Crônicas-Flavio.1.PDF)>. Acesso em: 27 de abr. 2017.

11. Anexos

Anexo 1 - Questionário.

1. O que é hipertensão arterial? -----

2. Foi importante para você participar deste projeto de intervenção?

SIM () NÃO ()

3. Dos seguintes fatores quais são fatores de risco para hipertensão arterial? Marque com um X.

----- correr muito

----- consumo excessivo de sal

-----assistir televisão

-----fumar

----- beber bebidas alcoólicas

-----usar roupas apertadas

---- mãe e pai com hipertensão arterial.

---- comidas gordurosas

---- perda de peso

---- obesidade

---- comer verduras

4. O que devo comer se sou hipertenso? Marque com uma X

----- calabresa ----- linguças -----verduras

-----Café ----- refrigerantes ----- com muita sal

----- com pouca sal ----- macarrão ----- cuscuz ----- farofa

5. você considera que agora está mais preparado para um bom controle de sua doença? Marque com uma X.

SIM () NÃO ()

6. Quais das seguintes atividades devo fazer se sou hipertenso? Marque com uma X?

----- dançar ----- deitar após das comidas ----- caminhadas

----- natação ----- assistir televisão ----- ciclismo ----- dormir o dia todo.

Anexo 2- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Nossa equipe de saúde da família Raimundo José de Araújo estamos convidando você na sua condição de paciente hipertenso para participar de um estudo de intervenção comunitária para conhecer mais sobre a hipertensão arterial seus fatores de riscos e o que devem fazer para garantir um bom controle da doença. Devido que estamos tendo um elevado número de pacientes hipertensos adquirindo complicações como AVE, e doenças cardíacas em nossa área de abrangência.

Nosso projeto tem como objetivo ensinar a vocês paciente hipertenso o que devem fazer para ter melhor controle da doença.

Caso você aceite participar durante este projeto deverá participar de aulas sobre a doença em cada consulta programada pela equipe será aferida sua pressão arterial e pesado, no final do projeto se aplicara um questionário para avaliar se você aprendeu sobre sua doença. Não sendo divulgada a participação de nenhum participante, o sigilo será assegurado durante todo o projeto e na hora da divulgação.

Os benefícios esperados com este projeto são:

- Aumentar o conhecimento sobre hipertensão arterial.
- Conhecer os fatores de risco da doença e quais você pode mudar para manter um controle adequado de sua doença
- Evitar futuras complicações como AVE, doenças cardíacas e renais.

A pesquisadora principal é a medica Yudit Quiala Montoya que pode ser encontrada no endereço: Travessa José Avelino de oliveira 1 número 137-E apto 201, centro. Simão Dias. Sergipe. Telefono 79996117734 e está desenvolvendo este estudo com a tutoria da professora Caren Barbaresco.

A sua participação neste estudo é voluntaria e se você não quiser mais fazer parte do projeto poderá desistir a qualquer momento e solicitar que lhe devolvam o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinado, a sua recusa não implicara interrupção de seu tratamento e acompanhamento pela equipe que está assegurado.

Eu ----- li esse termo de consentimento e compreendi a natureza e objetivo do estudo do qual concordei em participar. Entendi que sou livre de interromper minha participação a qualquer momento sem justificar minha decisão e sem que esta decisão afete meu tratamento. E que tenho garantia do sigilo nominal e de minhas informações.

Eu concordo voluntariamente em participar deste estudo.

(Nome e assinatura do participante do projeto ou do representante legal)

Data: ___/___/___

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste participante ou representante legal para a participação neste estudo.

(Nome e assinatura do pesquisador ou de quem aplicou o TCLE)

Data: ___/___/___

UBS Raymundo José de Araújo