

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

YANISLEY MARRERO BEOVIDES

**EDUCAÇÃO EM SAÚDE NA ATENÇÃO BÁSICA PARA PACIENTES
HIPERTENSOS**

SIMÃO DIAS-SE

2018

YANISLEY MARRERO BEOVIDES

**EDUCAÇÃO EM SAÚDE NA ATENÇÃO BÁSICA PARA PACIENTES
HIPERTENSOS**

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

YANISLEY MARRERO BEOVIDES

**EDUCAÇÃO EM SAÚDE NA ATENÇÃO BÁSICA PARA PACIENTES
HIPERTENSOS**

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.....	08
3 PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DE DOENÇAS	13
4 VISITA DOMICILIAR	16
5 REFLEXÃO CONCLUSIVA	19
6-REFERÊNCIAS	21
ANEXO I – PROJETO DE INTERVENÇÃO	

1 - INTRODUÇÃO

Meu nome é Yanisley Marrero Beovides, tenho 33 anos, sou cubana, natural da província Villa Clara ao centro de Cuba, cresci num povoado pequeno e estudei os primeiros anos em escolas rurais. Por minhas boas qualificações fui estudar para um centro Pre-universitario por 3 anos, depois dos quais já estava preparada para me apresentar aos exames de atitude e exames de ingresso ao ensino universitário. Aprovando ambos exames no ano 2002 fui matriculada na universidade Dr: Zerafín Ruiz de Zárate Ruiz em Villa Clara onde cursei os 6 anos da carreira de medicina, os 2 primeiros anos na área das ciências básicas e os outros 4 anos na área clinica vinculando a pratica com a teoria no hospital Universitário Arnaldo Milán Castro. Iniciei minha carreira profissional como médica da família na atenção primaria no ano 2008 num consultório rural por 1 ano. Até que no 2009 fui a trabalhar para Venezuela no programa “Bairro Adentro” onde também prestei meus serviços por 4 anos. Posteriormente atuei na clínica 8 de abril no meu município fazendo plantão por 2 anos. Juntamente iniciei residência médica em medicina geral integral. Apresentando minha teses no ano 2015 depois do qual fui contratada pelo governo de cuba para trabalhar no programa “Mais Médicos para o Brasil”.

Em julho de 2016 cheguei ao Programa Mais Médicos para o Brasil (PMMB) e, desde então, atuo na cidade de Simão Dias estado Sergipe ao nordeste de brasil há um ano, o município possui uma população de 40 200 habitantes, tem como principal fonte de renda a confecção de sapatos ao ter uma fábrica de sapatos(Dakota) que oferece empregos ao 60% da população, Simão Dias produz ainda milho, macaxeira, coco, entre outros. Estou lotada na clínica Eunice Barbosa, Rua Governador Augusto Franco, com uma boa estrutura porem com escassos recursos, à qual correspondem quatro ESF no meu caso atendo equipe #3. O município conta além com uma UPA de 24 horas, CAPS, NASF, clínica de especialidades, duas clinicas privatizadas. Minha área de abrangência atende aos bairros do centro da cidade, com mais de 4000 pessoas cadastradas divididas em 11 micro áreas, consideradas de risco devido à presença de famílias de baixo nível socioeconômico, ausência de saneamento básico adequado e superlotação. Há duas Igrejas católicas, três evangélicas (Assembléia de Deus, Adventista e Congregação Cristã), duas escolas públicas, uma quadra de esportes e uma creche, em fase de construção. Também se encontra em fase de construção outra UBS para atender exclusivamente ao bairro Caçula e parte do centro da cidade, com o objetivo de ampliar o acesso da população aos serviços de saúde com duas novas equipe

Dentro da área adstrita à ESF, por meio de uma análise situacional, foram observados diversos problemas a serem enfrentados, porém o enfoque priorizado foi o controle e acompanhamento inadequado dos pacientes hipertensos e baixa adesão dos mesmos a terapêutica medicamentosa.

Os pacientes, ao comparecerem à UBS, passam pela triagem e consulta, e durante esse ano foi observado que a maioria destes pacientes não apresenta o controle adequado da doença. Através desse diagnóstico situacional, foi discutida em reunião de equipe essa questão e chegou-se à conclusão consensual que esse grupo de pessoas merece uma atenção maior e uma abordagem mais ampla e sistematizada.

A Hipertensão Arterial Sistêmica é uma doença muito frequente no Brasil, e constitui um importante problema de saúde pública no Brasil e no mundo, constituindo-se em um fator de risco para o desenvolvimento das doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais. É responsável por pelo menos 40 % das mortes por Acidente Vasculares Cerebrais, 25% das mortes por doença arterial coronariana, e um importante número de internações em hospitais. No mundo inteiro a hipertensão é hoje o primeiro fator de risco de mortalidade, antes do tabagismo e das dislipidemias, devendo ser pesquisado e investigado sistematicamente (VI DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO, 2010).

A importância da relação entre conhecimentos, atitudes e práticas para o planejamento e elaboração de intervenções educativas junto aos paciente portadores de doenças cardiovasculares é reconhecida por pesquisadores, porém, os mesmos consideram a relação entre essas variáveis complexas porque envolve fatores sociais, ambientais e emocionais.

Por ser a hipertensão arterial, na maior parte do seu curso assintomática, seu diagnóstico e tratamento são frequentemente negligenciados agravados pela baixa adesão por parte do paciente, ao tratamento prescrito. As modificações de estilos de vida são de fundamental importância no processo terapêutico e na prevenção da hipertensão.

A equipe de saúde propõe, dentro das estratégias educativas dirigidas, a própria modificação no estilo de vida da pessoa, associando a uma: alimentação adequada, sobretudo quanto ao consumo de sal; controle do peso, prática de atividade física, tabagismo e orientações quanto ao uso excessivo de álcool, os quais são fatores de risco que devem ser adequadamente abordados e controlados. Considerando todos estes fatores nas estratégias de controle e prevenção da HAS, todos eles intimamente relacionados a esta, é de fundamental a implementação de modelos de atenção à saúde que incorporem estratégias de cunho individuais

e coletivas, a fim de melhorar a qualidade de atenção e alcançar o controle adequado dos níveis pressóricos.

Realizar-se-á pesquisa ativa de Tensor Arterial (TA) na população maior de 15 anos e estratificam os fatores de risco cardiovasculares e renais; com avaliações periódicas, cada três meses, de todo paciente com hipertensão arterial em consulta.

Vale ressaltar a existência da equipe que realiza um acompanhamento deste grupo de pessoas através do grupo específico do paciente, mas não tem conseguido transformações significativas no modo e estilo de vida dos portadores d HAS. Para isso é necessário elaborar este projeto de intervenção para garantir um atendimento e acompanhamento mais integral dos pacientes hipertensos criando - se um protocolo de atendimento que garanta a melhor conduta e atenção de forma integral aos pacientes portadores da patologia.

2 - ESTUDO DE CASO CLÍNICO

Trata-se de um paciente JSC masculino, de 64 anos que veio à consulta médica no dia 10/03/2017 com os dados da triagem:

➤PA:170/100mmHg

➤Peso: 84.200 k g

➤Altura: 1.63m

Com HAS há 20 anos e tratamento com Losartana Potássica (50 mg) de 12/12 horas, Hidroclorotiazida (25 mg) 1 comprimido de manhã e AAS (100 mg) 1 comprimido ao dia, que muitas vezes esquece, já tem 1 semanas que não toma pois acabou o remédio. Além disso, é fumante há mais de 30 anos. Quando questiono sobre queixas, o mesmo refere ter nos últimos dias dor de cabeça, na cervical e muita tontura. Não está se alimentando corretamente porque só gosta de farinha e cuscuz, na hora de almoço come salgadinhos, refrigerantes e alimentos fritos.

Histórico pessoal: HAS

Fator de risco: fumante há mais de 30 anos

Histórico familiar: pai faleceu aos 60 anos de TB. Mãe viva aos 93 anos, com história de CA de boca tratado há 20 anos. Tinha 10 irmãos, sendo que 3 faleceram de acidentes e os demais irmãos são saudáveis.

Condições de Vida:

Alimentação: predominantemente carboidrato, refrigerantes e alimentos fritos, pouca fruta e verduras.

Habitação: dos netos filhos deste casal aparentemente saudáveis e a mulher dele que sofre de Diabetes Mellitus.

Condições socioeconômicas: O paciente mora com sua mulher e cinco filhos, os quais não têm fatores de risco nem doenças crônicas. Vive numa casa mista (madeira e alvenaria), com dois quartos, uma sala, uma cozinha, um banheiro pequeno e simples com luz, água, esgoto encanado, coleta e destino de lixo adequado. O paciente declara não trabalhar, recebe uma pequena aposentadoria.

Condições gerais de saúde: Paciente relata que não pratica atividade física, não ingere bebidas alcoólicas. Seu apetite é normal, sua “mastigação” é considerada boa, porém faz uso esporádico de prótese mas não usa por não gostar, apresenta boa deglutição e digestão, o hábito intestinal é normal.

Condições psicológicas e comportamentais: O paciente encontrava-se em estado de ansiedade devido á consulta.

Exame físico:

Paciente com bom estado geral, orientado, responde ao interrogatório coerente, ausculta cardiovascular normal, PA 160/100 mm Hg, FC 78 bpm, altura 160 cm e peso 80.1 kg e um IMC de 31.289 Kg/m².

Ações imediatas:

Nesse momento colocamos captopril (25 mg), deixamos na sala de observação. Aos 40 minutos tinha 140/90 mm Hg e líbero para sua casa com tratamento e oriento a importância do uso regular dos medicamentos hipotensores; respeitar o horário das refeições do dia, reduzir o teor de sal e gorduras nas refeições, evitar ingestão excessiva de farinhas, massas e usar vegetais, legumes, frutas e verdura e, assim como fazer caminhadas, também à importância de evitar o fumo, se solicitou exames: Hemograma, Urina, Glicemia de jejum, Colesterol, Triglicérides, Creatinina, Ácido Úrico e encaminhamento com o nutricionista do NASF. Retornar em quinze dias para avaliação.

EVOLUÇÃO:

A paciente retorna no dia 25/03/2017 com os dados da triagem:

- PA:140/80mmHg
- Peso:80,10kg
- Altura: 1.60m

O paciente chega tranquilo, ele disse que fica melhorando a cada dia, que está realizando o tratamento direitinho, diz sentir-se melhor porque não há mais dor de cabeça nem tontura, em sua casa está comendo mais saudável, substituiu-se a gordura animal por vegetal, diminuiu o excesso de sal das comidas e estão consumindo mais frutas e vegetais, e assim daí cumprimento ao pedido da nutricionista em consulta.

Resultado dos exames:

Hematócrito: 40.0 %

Hemoglobina: 13.2g %

Plaquetas: 250 000 mm

Ácido úrico: 4.5 mg/d

Creatinina sérica: 0.9 mg/dl

Glicose: 86 mg/dl.

medicação anti-hipertensiva ainda tendo valores normais de PA, manter as orientações dietéticas do nutricionista, com alimentação adequada (dieta com restrição de açúcar, sal, gordura saturada e cafeína), realizar exercícios físicos periodicamente, pelo menos três vezes na semana, fazer caminhadas, evitar o fumo pelo que se encaminho o paciente com o psicólogo do NASF para desabituação tabagica. Indica-se fundoscopia, pois o oftalmoscópio não é um item disponível na UBS. Agendo o retorno para 90 dias. Triglicerídeos: 158 mg/dl

Colesterol total: 224 mg/dl

Urina: normal.

Exame físico:

Mucosa corada, nega falta de ar, FR 18 rep/min, ausculta cardiovascular normal, PA 140/80 mm Hg, FC 84 bat. /min.

Acreditamos pelos resultados dos exames e histórico pessoal que o paciente tem uma HAS descontrolada com uma hipercolesterolêmica e obesidade. E como fator de risco o habito de fumar.

Orientações:

Não esquecer de jeito nenhum a

Realizou-se visita domiciliar no dia 5/04/2017 para avaliar o grau de funcionamento da família e brindar informações ao resto da mesma e fazer montagem do

Genograma familiar completo (OUTROS ANEXOS). Realizou-se uma dinâmica familiar, e tomamos algumas decisões para iniciar a abordagem desta família, e se ofereceram algumas orientações para reorganização da vida da família.

No dia 25/07/17 vem à consulta com os dados da triagem:

➤PA:110/80mmHg

➤Peso: 77.00 k g

➤Altura: 1.60m

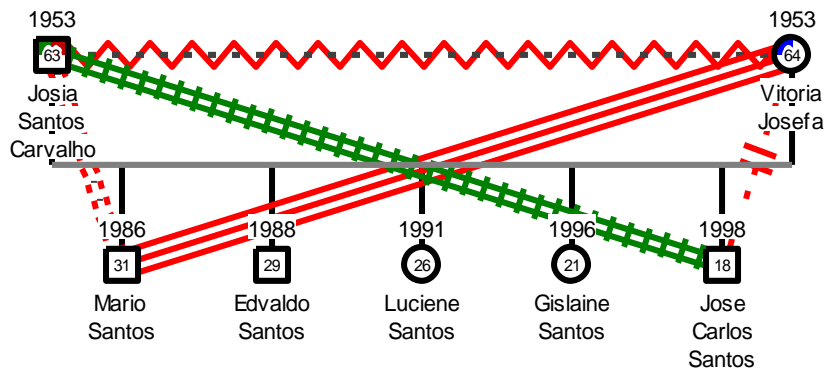
Vem à consulta para renovação de receita. Programo a solicitação de exames complementares de rotina para o retorno.

Como resultado das ações desenvolvidas pela ESF e a participação ativa dos membros da família logrou-se controlar as cifras de PA do senhor ASS e as cifras de colesterol total, logramos mudanças no estilo de vida desta família, comprovando-se mais uma vez que com o trabalho em equipe tudo é possível.

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é um transtorno do sistema cardiovascular caracterizado pela existência de valores persistentes de pressão arterial (PA) superiores aos considerados universalmente normais, sendo que a pressão arterial normal de um adulto corresponde a uma pressão sistólica máxima menor ou igual a 140 MMHG e a uma pressão diastólica menor ou igual a 90 mmHg (World Health Organization (WHO, 2013). Sendo a HAS uma doença crônica, ela pode ser controlada, mas não curada, requerendo tratamento por toda a vida. (TACON,2010). A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é um problema grave de saúde pública no Brasil e no mundo. Ela é um dos mais importantes fatores de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais, sendo responsável por pelo menos 40% das mortes por acidente vascular cerebral, por 25% das mortes por doença arterial coronariana e, em combinação com o diabetes, 50% dos casos de insuficiência renal terminal. A HAS é o problema de saúde mais frequente de consulta médica nas UBS entre 60 a 80% dos casos de HAS podem ser tratados na rede básica pois são de fácil diagnóstico, não requerem tecnologia sofisticada, podem ser tratadas e controladas com medicamentos de baixo custo. Espera-se desenvolver ações para que os adultos com HAS sintam-se sensibilizado para aquisição de comportamentos de adesão ao tratamento evitando graves complicações, tanto as agudas como as crônicas e assim contribuir para uma melhoria na qualidade de vida, alcançando o controle dessa patologia.

Genograma abaixo:

Genograma:



3 - PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DE DOENÇAS

Desde setembro do ano 2016 atuo como médica da ESF#3 pertencente a clínica de saúde da família Eunice Barbosa no Município Simão Dias, Estado Sergipe, durante este módulo foi estudado diversas temáticas como HTA, epilepsia, acidente de trabalho, saúde mental, insuficiência cardíaca e EAP, puericultura assim como outros temas de muita importância. A prática mais relevante que adotei foi às intervenções educativas em pacientes adultos hipertensos atendidos pela equipe.

Inicialmente comecei fazendo um cadastro personalizado dos usuários com hipertensão arterial, incluindo os usuários com obesidade e outras doenças crônicas não transmissíveis que seria um universo bastante grande e fazendo uma coleta dos dados laboratoriais deles informando os casos de transtornos metabólicos como hipercolesterolemia, hiperuricemia, glicemias aumentadas já que estão associada a modos e estilos de vida inadequados. Com o objetivo de identificar cada usuário, conhecê-lo em suas singularidades e saber quando foi a sua última consulta. Sendo coletados nestes casos todos os dados pessoais e também hábitos tóxicos, medicamentos utilizados e estilos de vida, assim como também prática de exercício físico, tipo de alimentação os quais eram inadequados, predominando o sedentarismo.

Antes de iniciar meu trabalho na UBS muitos usuários tinham o hábito de não agendar as consultas para renovação de receita, apenas chegavam na recepção e pediam à recepcionista ou ao ACS para encaixá-lo dizendo: “dizendo que era só para renovar a receita que venceu, tá aqui a receita velha”. Prática que já estava bastante difundida, pelo que tive que fazer reuniões com a equipe para sensibilizá-los com que o registro das informações em prontuário médico é obrigatório, tanto nos aspectos éticos quanto legais. Além disso, a consulta médica é uma oportunidade para conhecer os usuários, identificar seus problemas e aplicar as intervenções necessárias de forma integral como realização de palestras, baseadas em falas educativas sobre manter estilos de vida saudável por parte da equipe e também com a ajuda da psicóloga, e nutricionista, para manter o tratamento de base com anti-hipertensivos, hipoglicemiantes, hipolipemiantes etc. Os pacientes tinham a percepção equivocada de que o médico generalista encontra-se na UBS apenas para renovar a sua receita e que o acompanhamento de sua doença é exclusivo do especialista.

O acompanhamento pré-natal é essencial para esclarecer as dúvidas das futuras mães. Com o objetivo de diminuir os riscos de complicações e manter o bem-estar da mãe e do feto", as ações feitas foram ampliar os exames realizados durante o pré-natal. Vincular as gestantes desde o pré-natal ao local em que será realizado o parto através dos trabalhadores sócias da maternidade. Utilização do prontuário e caderneta para qualificar os riscos durante a gravidez. Fazer palestras, cartazes, panfletos, nas atividades cotidianas do profissional e os grupos, para desenvolver vínculo de confiança entre os profissionais e usuários, promovendo integração entre todos, conseguindo, então, maior interesse e compreensão das gestantes.

Com a puericultura além da promoção do aleitamento materno e da alimentação complementar saudável, acompanhamento da puérpera e da criança na atenção básica com visita domiciliar na primeira semana após a realização do parto e nascimento. Busca ativa de recém-nascidos de risco e de crianças em situação de vulnerabilidade. Busca ativa de puérperas de risco ou em situação de vulnerabilidade para orientação e oferta de métodos contraceptivos que já vinham implementando-se, foram tomadas ações, para ampliar a cobertura do programa de puericultura, como por exemplo melhorar a adesão ao programa, e a qualidade do atendimento às crianças, melhorar o registro das informações, mapear as crianças de risco e promover a saúde, realizamos atividades educativas na escola, na creche organizando a gestão do serviço. Com o objetivo de ampliar a cobertura do programa da saúde da criança, permitiu avaliar e monitorar o desenvolvimento de todas as crianças, monitorar a curva de peso, monitorar e recuperar vacinas em atraso, melhorou a adesão ao programa e os registros das informações, bem como propiciou o mapeamento das crianças de risco pertencentes a área de abrangência e promover a saúde das crianças.

Aqueles que têm necessidade de atendimento devido a transtornos mentais ou uso decorrente de álcool e outras drogas podem receber atendimento tanto na Unidade Básica de Saúde, como pelo Núcleo de Apoio à Saúde da Família. Outra maneira possível para acessar a Rede de Atenção Psicossocial do SUS em nosso município é através dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), que são locais destinados a prestar atenção diária a pessoas com transtornos mentais e/ou decorrentes do uso de álcool e outras drogas, tanto em situações graves ou de crise, quanto em situações de reabilitação. Tirando aquela ideia que o doente mental só precisa de avaliação em hospitais. Isso permite um primeiro acesso ao sistema de saúde antes de um encaminhamento para os demais serviços que compõe a Rede de Atenção. O primeiro contato com o paciente, principalmente em situação de vulnerabilidade, é crucial, nós como

profissionais precisamos passar confiança e respeito para que o indivíduo aceite ser atendido e tratado.

Nosso desejo é mudar posturas de educar a traves de palestras, assim vamos a pro fundar nossas discussões com um modo de intervir em uma proposta destinada a abordagem, planejando ações educativas com um novo caráter aderente aos princípios do sistema único de saúde (SUS). Esta é a direção da educação em saúde comprometida com a formação de um cidadão autônomo e crítico e, conseqüentemente, com uma ação transformadora para a melhoria das condições de vida.

4 - VISITA DOMICILIAR:

Na ESF#3 pertencente a clínica de saúde da família Eunice Barbosa de oliveira a prática da visita domiciliar era feita de forma aleatória, conforme a demanda dos familiares ou dos profissionais (ACS's e enfermeira). Há pouco mais de 10 meses eu mudei esta metodologia visando ampliar o acesso e promover a equidade no atendimento. Primeiramente solicitei aos ACS's que fizessem um levantamento dos usuários que necessitam de visita domiciliar contínua. Com base nesta lista, eu fiz o planejamento mensal dos atendimentos e determinei quais pacientes seriam visitados em cada dia de visita, de acordo com a data da última visita realizada e a prioridade do atendimento. Assim, não haverá mais reclamação dos cuidadores de que as visitas demoram muito a acontecer ou que uns recebem mais visitas que outros, sem motivos que assim o justifiquem. Agora, temos uma planilha de controle em que poderemos orientar os pacientes e avisar com antecedência o dia da visita. Geralmente são realizadas de três a cinco visitas por período. No entanto, um obstáculo que ainda encontro para esta adequação é a frequente falta de transporte para a realização das visitas, pois o carro e o motorista disponibilizados pela Secretaria de Saúde também servem para apoio logístico em outras atividades da secretaria. Desta forma, é frequente ter que cancelar as visitas de última hora, por ausência do transporte. Este fato prejudica muito o planejamento da equipe, e mais ainda compromete o vínculo entre o usuário-cuidador-profissional, pois perdemos a credibilidade e a periodicidade da assistência. Alguns casos necessitam de uma avaliação especializada de profissionais do NASF como o fisioterapeuta, nutricionista e psicólogo, mas estes profissionais também não estão fazendo a visita requerida, alegando também a falta de transporte. A precária infraestrutura e apoio logístico são fatores limitantes no acesso aos serviços de saúde pelos usuários comuns e, mais ainda, aqueles acamados, deficientes ou debilitados. A minha maior dificuldade é quando preciso encaminhar os usuários para uma avaliação médica especializada para fora do município, pois muitas especialidades médicas só podem ser agendadas em municípios vizinhos ou em Aracaju. As famílias relatam várias limitações para este deslocamento: não tem dinheiro para passagem ou não tem quem acompanhe o paciente, etc. Nestes casos, peço ajuda as vezes da mesma secretaria de Saúde ou até de minha supervisora com o intuito de ajudar sempre ao paciente que mais o necessita. Um

aspecto muito positivo na minha atuação com os usuários de visita domiciliar são nos casos que necessitam de acompanhamento diário já que contamos com uma equipe criada há pouco tempo, chamada melhor em casa que conta com médica preparada na atenção domiciliar, enfermeiro, fisioterapeuta, psicólogo, nutricionista e até seu próprio carro para se trasladarem até os lugares onde fica aquele paciente que requer atendimento diário e encontrasse descapacitado para acessar por seus meios a um posto de saúde.

As visitas em casos de doenças agudas não são frequentes, pois os cuidadores preferem levar os pacientes diretamente ao posto de saúde, uma vez que o carro da visita só está disponível em dia e horário determinados. As visitas são realizadas juntamente com o ACS que conhece o endereço e às vezes a enfermeira participa para conhecer a situação. Durante as visitas eu realizo as orientações pertinentes e a terapêutica a ser instituída e os cuidadores têm seu espaço para esclarecimentos, sanar dúvidas em relação à conduta e outras questões. Muitas vezes as visitas domiciliares se tornam frustrantes e desgastantes para os profissionais quando percebemos que o usuário e sua família não seguem as orientações da forma adequada, seja por negligência ou por falta de subsídios. Em outros casos, a família tenta transferir a responsabilidade do cuidado exclusivamente para a equipe de saúde, sobrecarregando os profissionais e negligenciando a sua própria responsabilidade. Em todas as visitas deixo claro qual papel nos cabe enquanto profissionais e quais as nossas limitações, enfatizando que o principal são os cuidados básicos que a própria família deve ter para garantir o bem estar biopsicossocial do usuário. Em outro extremo, existem os casos em que o cuidador centraliza todo o cuidado e não compartilha com os demais membros da família, em detrimento de sua própria saúde. Procuro enfatizar a importância de dividir o cuidado entre os filhos e demais membros, tanto do ponto de vista financeiro quanto prático e afetivo, pois essa atenção demanda muita energia e desprendimento de tempo. É preciso estar atento a esta demanda que mesmo após a morte do parente acamado pode desenvolver transtornos psiquiátricos pela não aceitação da perda ou pelas circunstâncias extremas em que ela ocorreu. Este é um fato recorrente entre os cuidadores que atendo na UBS. A realização de procedimentos mais utilizada nas visitas é a aferição da pressão arterial e da glicemia capilar em diabéticos.

Tem-se apresentado alguma que outra incongruência como por exemplo: quando o ACS agenda com o usuário a visita e não explica que irá com mais alguns profissionais. A pessoa que antes estava calma e disposta fica angustiada, gerando preocupações, antes mesmo de iniciar a visita.

5 - REFLEXÃO CONCLUSIVA

A intervenção em minha Unidade Básica de Saúde propiciou a ampliação da cobertura da atenção aos hipertensos adstritos à UBS, com melhoria no acolhimento aos pacientes, captação dos mesmos, cadastramento e encaminhamento dos hipertensos para o programa, prescrição de medicação de uso contínuo, solicitação de exames, vacinação, avaliação da saúde bucal e conclusão do tratamento dentário. Preenchimento do cadastro de HIPERDIA e ficha espelho, busca ativa de hipertensos faltosos, classificação do risco cardiovascular e orientações diversas quanto aos hábitos e estilo de vida. A intervenção exigiu que a equipe tivesse capacitação para seguir as recomendações do Ministério da Saúde para que assim pudessem oferecer condições básicas para assistência a hipertensos mediante a utilização dos conhecimentos técnico científicos existentes e dos meios e recursos disponíveis. Essa capacitação acabou tendo impacto também em outras atividades no serviço, como por exemplo, a realização de um bom acolhimento, melhorou o atendimento geral na unidade de saúde onde essa ação muda à relação profissional/usuário e contribuiu para a promoção da cultura da solidariedade e para a legitimação do sistema público de saúde.

Antes da intervenção, as atividades realizadas em relação aos hipertensos eram concentradas no enfermeiro e no médico e, às vezes, algum outro membro da equipe contribuía para a realização de alguma ação que era solicitada. A intervenção veio para rever e direcionar as atribuições de todos os membros da equipe no que diz respeito à territorialização, realização do cuidado em saúde no âmbito da unidade de saúde, no domicílio e espaços comunitários; melhora dos registros das ações realizadas, aperfeiçoamento do acolhimento; participação dos profissionais nas atividades de planejamento e avaliação das ações da equipe; participação da comunidade; classificação do risco cardiovascular com critérios. Enfim veio para organizar a atenção aos hipertensos em todos os aspectos. A determinação das atribuições de cada profissional promoveu um trabalho integrado.

A intervenção foi incorporada na unidade. O que foi modificado no atendimento continua a ser seguido após os resultados, pois como foi exposto nos resultados, houve uma melhoria significativa na procura pelo serviço de saúde. Sabemos que toda mudança gera inquietação, contamos com profissionais dedicados e que aderem a mudanças, mas, por outro lado, tem outros que apresentam resistência, mas com a continuação das atividades vamos trabalhando com a importância do atendimento humanizado e qualificado para uma melhor assistência a população.

No desenvolvimento deste trabalho, pode-se dizer que: o processo de aprendizagem superou as expectativas onde foi possível adquirir conhecimentos, reconhecer capacidades, tomar atitudes devidas e mudar comportamentos. Através da análise, listagem dos problemas e prioridades, puderam ser desenvolvidas habilidades para traçar intervenções e implantar ações programáticas realmente úteis e produtivas para solução de problemáticas.

Conseguimos através do curso e de todas as orientações valiosas, que foram dispensadas, aprendizados relevantes que foram de grande importância, pois conseguimos mudar a realidade da assistência à saúde dispensada aos pacientes acompanhados no programa para hipertensos, organizando o serviço de forma a atender às reais necessidades dos pacientes, mediante a utilização dos conhecimentos técnico-científicos, dos meios e recursos disponíveis, num contexto de humanização da assistência.

Pudemos ainda, aprimorar os conhecimentos, adquirir qualificação da prática profissional, e nos tornar mais preparados para traçar intervenções no serviço e colocá-las em prática, sendo de grande importância para ampliar assim a qualidade no atendimento à saúde da população e conseqüentemente a melhoria do serviço de saúde neste município.

Na qualificação da prática profissional, foi de grande valia os casos clínicos onde revisamos e discutimos sobre problemas comuns na atenção primária à saúde; e para aprimorar a capacidade de gestão, a organização dos serviços e o planejamento tiveram no projeto conteúdos didáticos sobre saúde coletiva e insumos técnicos científicos que foi de grande importância para a construção da habilidade para pensar e organizar projetos de intervenção.

6- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AZIZ, JL. **Sedentarismo e hipertensão arterial**. Rev. Bras. Hipertensão, v.21, n.2, p.75-82, 2014

Brasil. Ministério da Saúde. **Secretaria de Atenção à Saúde**. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 160 p.: il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 36).

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, 2013. 128 p.: il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 37).

Disponível em:<<https://www.scielosp.org/pdf/csp/v8n2/v8n2a12.pdf>>. Acesso em 10 de dezembro de 2017.

ANEXO 1 – PROJETO DE INTERVENÇÃO

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

YANISLEY MARRERO BEOVIDES

**PROJETO DE INTERVENÇÃO: EDUCAÇÃO EM SAÚDE NA ATENÇÃO BÁSICA
PARA PACIENTES HIPERTENSOS DA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE EUNICE
BARBOSA DE OLIVEIRA, EM SIMÃO DIAS, SERGIPE.**

SIMÃO DIAS-SE

2018

YANISLEY MARRERO BEOVIDES

**PROJETO DE INTERVENÇÃO: EDUCAÇÃO EM SAÚDE NA ATENÇÃO BÁSICA
PARA PACIENTES HIPERTENSOS DA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE EUNICE
BARBOSA DE OLIVEIRA, EM SIMÃO DIAS, SERGIPE.**

Projeto de Intervenção como requisito parcial para o 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

RESUMO

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é uma doença crônica de elevada prevalência na população brasileira e considerado um problema grave da saúde pública. O controle adequado dos pacientes com HAS deve ser uma das prioridades da atenção básica. Este trabalho propõe o desenho de Educação em saúde na atenção básica para pacientes hipertensos da Unidade Básica de Saúde Eunice Barbosa de Oliveira. Para a abordagem dos pacientes será feito o cadastramento através da entrevista estruturada ou semiestruturadas nas consultas médicas e a análise de conteúdo com a revisão dos prontuários médicos e visitas domiciliares, seguida de abordagem direcionada, com agendamento de consultas conforme prioridade, encaminhamento para especialistas nos casos em que houver indicação e criação dos grupos de hipertensos para a realização de ações de promoção e prevenção em saúde. A partir da implementação do plano de ação proposto pretende-se a abordagem da HAS como doença crônica, aumento da adesão da população à mudança de estilo de vida e uso correto delas e propiciando melhorias na qualidade de vida, com vistas a contribuir de forma significativa para melhoria das condições de saúde e de vida da população da área de abrangência do PSF#3 da Clínica de Saúde da Família Eunice Barbosa de Oliveira.

Palavras-chave: Atenção Primária de Saúde. Fatores de Risco. Hipertensão.

ABSTRACT

Systemic Arterial hypertension (SAH) is a chronic disease of high prevalence in Brazil and considered a serious public health problem. Adequate control of patients with hypertension should be a priority of primary care. This paper proposes the design Education in health in the basic attention for patients hypertensive of the Basic Unit of Health EUNICE Barbosa de Oliveira. For the management of patients will be done through the registration of structured or semi-structured interview for medical consultation service and content analysis with a review of medical records and home visits, followed by targeted approach, with appointment scheduling as priority, referrals to specialists, where there is an indication and creation of hypertensive groups for carrying out health promotion and prevention. From the implementation of the proposed action plan is intended to approach the hypertension as a chronic disease, increased adherence of the population to changing lifestyle and correct use them and providing improvements in quality of life, this project aims to contribute significantly to improve the health and life of the population of the area covered by the PSF#3 Eunice Barbosa de Oliveira.

Keywords: Primary Health Care. Risk Factors. Hypertension

SUMÁRIO

1-INTRODUÇÃO.....	32
2-JUSTIFICATIVA.....	34
3-OBJETIVOS.....	36
3.1-Geral.....	36
3.2-Específicos.....	36
4- METAS.....	37
5- METODOLOGIA	38
6- CRONOGRAMA DE ATIVIDADES.....	42
7- IMPACTOS ESPERADOS.....	43
8- CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	44
9-REFERÊNCIAS.....	45

1. INTRODUÇÃO

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é um grave problema de saúde pública, sendo considerado um dos principais fatores de risco para as doenças cardiovasculares e responsáveis por altas taxas de morbidade. (VI DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO, 2010).

A hipertensão arterial sistêmica representa um sério problema epidemiológico no Brasil, tanto pela sua elevada prevalência na população adulta e idosa, quanto pelas complicações que acarreta, com acentuadas taxas de morbimortalidade e impactos relevantes nos custos hospitalares, previdenciários, econômicos e sociais. É uma síndrome de origem multifatorial caracterizada pelo aumento das cifras pressóricas arteriais. (NOGUEIRA, 2010).

A hipertensão arterial sistêmica constitui importante fator de risco para complicações cardíacas e cerebrovasculares, sendo considerado um problema de saúde pública em âmbito mundial. Em 2000, a prevalência da HAS na população mundial era de 25% e a estimativa para o ano de 2025 é de 29%. Estudos realizados no Brasil revelaram que a prevalência da hipertensão variou entre 22,3 e 43,9%, com média de 32,5%. Em praticamente todas as nações, a prevenção e o controle da HAS trazem implicações importantes e a utilização de novas estratégias e abordagens que identifiquem com mais precisão os indivíduos em situação de risco, oferecem benefícios tanto para o indivíduo com hipertensão como para a sociedade. Contudo, por ser uma doença crônica, o controle da HAS requer acompanhamento e tratamento por toda a vida, envolvendo as medidas farmacológicas e não farmacológicas. (RADOVANOVIC, 2014)

A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que aproximadamente 25% da população tenha hipertensão arterial, sendo previsto um crescimento de 60% nos casos da doença para 2025 (WHO, 2011). Além disso, a HAS transcorre com elevados custos socioeconômicos, afetando diretamente os indivíduos, as famílias, o sistema de saúde e a economia (BALU, 2006). São descritos na literatura os seguintes fatores de risco associados à HAS: alimentação inadequada, excesso de sal, consumo abusivo de álcool, inatividade física, excesso de peso, tabagismo, e ainda, distúrbios do metabolismo da glicose e dos lipídios (LINO, 2011). No Brasil, são poucas as pesquisas de base populacional referentes à prevalência da HAS, e em sua maioria são estudos localizados em cidades ou regiões. Em geral, os estudos apresentam diferenças metodológicas (amostragem, grupos populacionais, faixa etária, critérios

diagnósticos) que dificultam a comparabilidade. Entretanto, as prevalências variam de 15% a 40% na população urbana adulta brasileira (ANDRADE, 2014).

A Hipertensão arterial (HA) 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 (FR), como dislipidemia, obesidade abdominal, intolerância à glicose e diabetes melitus (DM). Mantém associação independente com eventos como morte súbita, acidente vascular encefálico (AVE), infarto agudo do miocárdio (IAM), insuficiência cardíaca (IC), doença arterial periférica (DAP) e doença renal crônica (DRC), fatal e não fatal. (7ª DIRETRIZES BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, 2016).

Outro importante aspecto é o desconhecimento dos indivíduos hipertensos da sua condição. Isso ocorre pela ausência de sintomas ou sinais na imensa maioria dos hipertensos. Entre os hipertensos já identificados, é comum esses pacientes não apresentarem o controle ideal da sua pressão arterial preconizada como menor que 140/90 mmHg de pressão arterial sistólica e diastólica, respectivamente. Esse controle ineficaz pode variar de 60 a 95%, a depender dos países ou comunidades estudadas. A hipertensão é um importante problema de saúde pública, e esse reconhecimento deverá implicar em políticas públicas nos diferentes níveis, municipal, estadual e federal, bem como em forte envolvimento do Terceiro Setor social. As sociedades médicas deveriam se engajar nessa perspectiva. (MAGALHÃES, 2014).

A população atendida na ESF#3 da Clínica Eunice Barbosa de Oliveira é de 4190 pessoas, a mesma conta com 1 equipe de saúde que atende diferentes micro áreas. A equipe atende a área de saúde de Conjunto Delegacia e parte do centro da cidade e tem uma prevalência de HAS de 15,33% e de Diabetes Mellitus é de 4,22%; sendo integrada por 1 médico, 1 enfermeiro, 1 técnico de enfermagem, e 11 agentes comunitárias de saúde.

O problema de maior relevância discutido pela equipe de saúde foi alta incidência de doenças cardiovasculares em pessoas idosas com maior ênfase em hipertensão. Esta patologia apresenta, como mencionado anteriormente, uma alta incidência em nosso centro de saúde, e os atendimentos se incrementam todos os dias na Unidade.

2. JUSTIFICATIVA

A Hipertensão Arterial Sistêmica é uma doença muito frequente no Brasil, e constitui um importante problema de saúde pública no Brasil e no mundo, constituindo-se em um fator de risco para o desenvolvimento das doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais. É responsável por pelo menos 40 % das mortes por Acidente Vasculares Cerebrais, 25% das mortes por doença arterial coronariana, e um importante número de internações em hospitais. No mundo inteiro a hipertensão é hoje o primeiro fator de risco de mortalidade, antes do tabagismo e das dislipidemias, devendo ser pesquisado e investigado sistematicamente (VI DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO, 2010).

A importância da relação entre conhecimentos, atitudes e práticas para o planejamento e elaboração de intervenções educativas junto aos pacientes portadores de doenças cardiovasculares é reconhecida por pesquisadores, porém, os mesmos consideram a relação entre essas variáveis complexas porque envolve fatores sociais, ambientais e emocionais.

Por ser a hipertensão arterial, na maior parte do seu curso assintomática, seu diagnóstico e tratamento são frequentemente negligenciados agravados pela baixa adesão por parte do paciente, ao tratamento prescrito. As modificações de estilos de vida são de fundamental importância no processo terapêutico e na prevenção da hipertensão.

Dentro desse contexto, programas de intervenção de base comunitária têm sido introduzidos em diferentes países desde o início da década de 70. O principal objetivo desses programas é diminuir a morbidade e a mortalidade por doenças cerebrovasculares, através da redução dos fatores de risco cardiovasculares nas comunidades, a partir da educação em saúde e das estruturas existentes na comunidade.

Os fatores de risco comportamentais, ou condutas de risco, constituem metas primordiais da prevenção de enfermidades e a educação em saúde tem sido utilizada tradicionalmente para atingir essa meta. No entanto, dentro do marco mais amplo da promoção de saúde, as condutas de risco podem ser consideradas como respostas às condições de vida adversas; e as ações devem incluir a criação de ambientes favoráveis à promoção de saúde.

O problema foi levantado ao se realizar o diagnóstico situacional, onde se observou que é uma doença com uma alta prevalência na área de abrangência da equipe, comprometendo

peessoas idosas e com tendência a incrementar- se em pessoas mais jovens; além da sua relação com alguns fatores de risco que interferem na qualidade de sua atenção e controle.

A equipe de saúde propõe, dentro das estratégias educativas dirigidas, a própria modificação no estilo de vida da pessoa, associando a uma: alimentação adequada, sobretudo quanto ao consumo de sal; controle do peso, prática de atividade física, tabagismo e orientações quanto ao uso excessivo de álcool, os quais são fatores de risco que devem ser adequadamente abordados e controlados. Considerando todos estes fatores nas estratégias de controle e prevenção da HAS, todos eles intimamente relacionados a esta, é de fundamental a implementação de modelos de atenção à saúde que incorporem estratégias de cunho individuais e coletivas, a fim de melhorar a qualidade de atenção e alcançar o controle adequado dos níveis pressóricos.

Realizar-se-á pesquisa ativa de Tensor Arterial (TA) na população maior de 15 anos e estratificam os fatores de risco cardiovasculares e renais; com avaliações periódicas, cada três meses, de todo paciente com hipertensão arterial em consulta.

Vale ressaltar a existência da equipe que realiza um acompanhamento deste grupo de pessoas através do grupo específico do paciente, mas não tem conseguido transformações significativas no modo e estilo de vida dos portadores d HAS. Para isso é necessário elaborar este projeto de intervenção para garantir um atendimento e acompanhamento mais integral dos pacientes hipertensos criando - se um protocolo de atendimento que garanta a melhor conduta e atenção de forma integral aos pacientes portadores da patologia.

3. OBJETIVOS

3.1 Geral

- Ampliar os conhecimentos referentes à hipertensão arterial em pacientes hipertensos, por meio de um plano de ação em saúde da ESF#3 na Clínica Eunice Barbosa de Oliveira Município Simão Dias, Sergipe.

3.2 Específicos

- Caracterizar os pacientes hipertensos segundo as variáveis clínicas e epidemiológicas;
- Identificar o grau de conhecimento sobre hipertensão arterial nestes pacientes;
- Proporcionar ações que proporcionem uma abordagem integral dos pacientes hipertensos.

4. METAS

- Cadastrar a todos os pacientes hipertensos
 - Pesquisar fatores de risco associados à HAS em 100% dos pacientes atendidos pela ESF#3 na Clínica Eunice Barbosa de Oliveira.
 - Classificar todos os pacientes hipertensos atendidos na UBS segundo estágio.
 - Avaliar o grau de conhecimento de todos os pacientes hipertensos sobre sua doença, seus cuidados e os fatores de risco.
 - Garantir orientação nutricional sobre dieta saudável a 100% da população, restrição de sal e reduzir o consumo de gorduras.
- Garantir orientação sobre os fatores de riscos como Diabetes, tabagismo, ingestão de álcool, sedentarismo, obesidade à totalidade dos pacientes com HAS.
- Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos pacientes com HAS.
- Garantir atendimento humanizado e esclarecedor a todo o público alvo, adotando várias estratégias a diferentes perfis da clientela.
- Diminuir no mínimo 90% das mortes por HAS e suas complicações por meio da prevenção.

5. METODOLOGIA

Cenário de estudo.

O projeto será desenvolvido na área de saúde de Conjunto Delegacia e parte do centro da cidade, pertencente à Equipe de saúde da Família # 3 da Clínica Eunice Barbosa de Oliveira, do município Simão Dias, no período de julho de 2017 à julho de 2018.

Sujeitos envolvidos:

- Universo e mostra

O universo será constituído pelo total de pacientes hipertensos da ESF # 3 da Clínica de Saúde da Família do município Simão Dias, e a mostra será constituída pelo total de pacientes hipertensos maiores de 18 anos, atendidos em consultas no período de estudo.

- Critérios de inclusão:

- Pacientes com diagnóstico de Hipertensão Arterial.
- Pacientes hipertensos maiores de 18 anos e residentes oficialmente na área da investigação.
- Indivíduos física e mentalmente capacitados para responder o questionário.

- Critérios de exclusão:

- Pacientes com doenças que afetam o nível de comunicação e compreensão.
- Pacientes que se negam a participar da investigação.

Aplicar-se - á um questionário aos pacientes incluídos na investigação para determinar o nível de conhecimentos dos mesmos sobre a Hipertensão Arterial após consentimento informado e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com humanos.

- Estratégias de ações.

Após realizar o diagnóstico situacional e conhecer o nível de conhecimentos dos pacientes sobre a Hipertensão Arterial será desenhado um plano de ações para modificar estilos de vida e intervir nestes pacientes educativa e terapeuticamente.

Realizar – se - á uma reunião com todos os membros da equipe para sensibilizá-los sobre o projeto, em especial os agentes comunitários de saúde (ACS), para que em suas visitas domiciliares, divulguem as ofertas do serviço às famílias.

Utilizar as visitas domiciliares, consultas e a sala de espera como espaços para orientação sobre os riscos da Hipertensão Arterial, as complicações, importância de uma alimentação saudável, e ainda, para a prática de exercícios físicos, e com participação em grupos de caminhadas.

- Propõe-se a trabalhar por etapas:

Etapa1. Identificação dos pacientes hipertensos cadastrados na UBS por micro área e convite para participação do projeto durante as consultas na UBS e através de visitas domiciliares.

Etapa 2. Agendamento de consultas individuais, conscientização de importância da consulta periódica, monitoramento e avaliação da resposta terapêutica.

Etapa 3. Trabalho da equipe na comunidade, em especial dos agentes comunitários de saúde para a conscientização sobre a importância da prática de exercícios físicos e de uma dieta saudável como parte do tratamento.

- Etapa 4. Realizar reuniões quinzenais (1ª e 3ª terças - feiras de cada mês) na unidade, para troca de experiências entre doentes crônicos e equipe para levantar as experiências dessa população com relação à Hipertensão Arterial. A Equipe multidisciplinar, trará, a partir dos conhecimentos trazidos pelos pacientes, orientações sobre as complicações e a cronicidade da doença e suas formas de tratamento, enfatizando a importância das mudanças no estilo de vida, e outros temas relevantes que possam contribuir para o sucesso da ação implementada, como se segue:
 - Importância da prática de exercícios físicos no controle da Hipertensão arterial. (Educador físico e médico);
 - Alterações psicossociais da Hipertensão Arterial. (Psicóloga);
 - Importância do apoio da família nas mudanças de estilos de vida (Equipe multidisciplinar).

Será disponibilizada na agenda de atendimentos uma tarde ou manhã específica para esse grupo de pacientes, incluindo atendimento médico e grupos operativos específicos. Para realização desta intervenção serão disponibilizados cadernos elaborados previamente pela equipe de trabalho. Após o atendimento médico de cada paciente, será necessário avaliar a

particularidade de cada paciente para proceder à inclusão o programa de protocolo de estudo. Os pacientes crônicos, que apenas fazem renovação de receitas, também serão convidados para consulta com o médico.

Como forma de informação ainda serão incluídos na estratégia, os quatro níveis da autogestão:

- Primeiro nível:** Ações realizadas pelo indivíduo para o cuidado de sua própria saúde (autocuidado).
- Segundo nível:** Cuidado a nível familiar.
- Terceiro nível:** Ações das redes sociais (apoio da comunidade).
- Quarto nível:** O indivíduo recorre a ajuda disponível nas instituições de saúde.

O papel protagonista dos serviços de atenção básica neste processo de trabalho será decisivo, por que aqui é onde se podem fazer todas as atividades educativas e preventivas a populações, decidindo assim a qualidade de vida das comunidades.

A estratégia, em sua Primeira Etapa de atuação abrangerá a consulta dos pacientes hipertensos para coleta dos dados como, antecedentes patológicos pessoais e familiares, uso de alguma substância tóxica, fatores de riscos psicossociais, condições socioeconômicas. Será investigado ainda, o Índice de Massa Corporal (IMC), Perímetro abdominal (PA), Pressão arterial (PA), Glicemia de jejum (GJ), Colesterol total (CT), Colesterol HDL, Colesterol LDL e Triglicerídeos (TG), Creatinina, Ureia e Ácido úrico. Após se ter uma classificação da hipertensão para confirmar os grupos da estratégia, o paciente assinará o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, dando seu parecer favorável à sua participação.

Na segunda etapa será constituída pela intervenção educativa nos pacientes que foram agrupados para participar duas vezes ao mês em aulas sobre educação nutricional, fatores de risco modificável, exercício físico, estilo de vida saudável e controle do estresse. Nesta fase fará – se – á consulta de nutrição e acompanhamento individual uma vez ao mês.

A prática do exercício físico será a caminhada diária, meia hora por dia. Durante cinco vezes à semana, devidamente monitorado a cada encontro.

Na estratégia tem a possibilidade de fazer avaliação do comportamento da pressão arterial em cada encontro e ao final avaliar os valores do Índice de Massa Corporal, e mudanças do estilo de vida.

Este estudo pode ser importante para a prática do trabalho no município e fazer a análise dos resultados e comparações antes e após a intervenção, para conhecer as mudanças ocorridas nos referidos parâmetros.

A implantação de um dia reservado para atendimento dos pacientes com transtornos hipertensivos com enfoque nos pacientes idosos e de recente diagnóstico faz parte também do plano operativo.

- Etapa de avaliação e monitoramento

Os pacientes serão avaliados durante as consultas, visitas domiciliares, e nos grupos, a partir de suas experiências vividas, com destaque aos aspectos positivos e negativos relacionados ao controle da Hipertensão Arterial.

6. CRONOGRAMA DE ATIVIDADES

ATIVIDADES	Mês 06/2017	Mês 07/2017	Mês 08/2017	Mês 09/2017	Mês 10/2017	Mês 11/2017	Mês 12/2017
Identificação do problema e escolha do tema	X						
Redação do PA e Revisão bibliográfica	X	X	X	X	X	X	X
Capacitação da ESF sobre HAS	X	X					
Identificação da amostra	X	X					
Atividades com os pacientes		X	X	X			
Avaliação dos resultados				X	X		
Entrega do projeto					X		
Apresentação do projeto							X
Socialização do trabalho							X

7. IMPACTOS GERADOS

A estratégia educativa é uma ferramenta positiva no incentivo para alcançar os objetivos propostos neste estudo e que cada paciente conheça mais sobre hipertensão e seu controle. As ações de promoção e prevenção são fundamentais para as mudanças de estilo de vida e para contribuir para a qualidade de vida dos pacientes hipertensos. E na abordagem terapêutica de maneira geral, é a alternativa que leva a uma qualidade de vida adequada.

A educação em saúde é a proposta eficaz no incentivo à adesão ao tratamento não medicamentoso da hipertensão arterial, evidenciando a relevância da adoção dessas estratégias educacionais pelos profissionais de saúde.

8. CONCLUSÃO

De acordo com os dados levantados neste trabalho, entende-se que há necessidade de organizar um atendimento a esses pacientes, no sentido de fortalecer a importância de mudanças de comportamentos. Durante a intervenção se realizará um acompanhamento e avaliações mensais de resultados obtidos, para poder avaliar impacto de estratégia; Assim, Incrementa-se o conhecimento sobre a doença, visando transformar o modo e estilo de vida, e como os principais fatores de risco;

Todavia, com um melhor acompanhamento familiar e seguimento padronizados em consulta à comunidade, se terá um controle satisfatório da doença evitando as complicações. A atenção básica mostra-se como peça fundamental entre políticas de saúde e a comunidade, e a ESF como estrutura potencial na consolidação da promoção da saúde para melhorar estilos de vida.

9- REFERÊNCIAS

1. ANDRADE, S.S.C.A.ET AL. **PREVALÊNCIA DA HIPERTENSÃO ARTERIAL AUTORREFERIDA NAS CAPITAIS BRASILEIRAS EM 2011.** REV BRAS EPIDEMIOL v17 supl1 p 215-226, 2014.
2. BALUS, Thomas J. **Incremental expenditure of treating hypertension in the United States.** 3rd. Am J Hypertension, 2006; 19(8): 810-6.
3. LINO, M. Z; Muniz P. T; Siqueira, K. S. **Prevalência e fatores associados ao excesso de peso em adultos:** inquérito populacional em Rio Branco, Acre, Brasil, 2007-2008
4. MAGALHÃES, B. L. **Epidemiologia da hipertensão arterial no Brasil.** Rev Hipertensão arterial, v17 (3-4) p. 133-135, Julho – Dezembro, 2014.
5. NOGUEIRA, D. et al. **Reconhecimento, tratamento e controle da hipertensão arterial:** Estudo Pró-Saúde, Brasil. Rev Panam Salud Pública. 2010; 27(2) :103-9.
6. RADOVANOVIC, C. A. **Hipertensão arterial e outros fatores de risco associados às doenças cardiovasculares em adultos.** Rev. Latino-Am. Enfermagem. Jul.-ago. 2014; 22(4)548 www.eerp.usp.br/rla
7. SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. [VI Brazilian Guidelines on Hypertension]. Arq Bras Cardiol, 2010.
8. SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA (7^a DIRETRIZ BRASILEIRA DE HIPERTENSAO ARTERIAL). Arq Bras Cardiol. 2016; 107(3 Supl.3):1-83, p.1.
9. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Global status report on non communicable diseases. 2010. Genebra: WHO; 2011.