



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ.
UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS (UNA-SUS) - NUCLEO DO CEARÁ.
NUCLEO DE TECNOLOGIAS EM EDUCAÇÃO A DISTANCIA EM SAÚDE.
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA.

ELAINE SAMON RUESGA.

RODA DE CONVERSA PARA PROMOÇÃO DA SAÚDE EM HIPERTENSOS
EM UMA UNIDADE DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE.

FORTALEZA
2016

ELAINE SAMON RUESGA.

RODA DE CONVERSA PARA PROMOÇÃO DA SAÚDE EM HIPERTENSOS
EM UMA UNIDADE DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE.

Trabalho de Conclusão de Curso submetido a Coordenação do Curso de Especialização em Saúde da Família, modalidade semipresencial. Universidade Aberta do Sus (Una- Sus) -Núcleo do Ceara. Núcleo de Tecnologias em Educação a Distância em Saúde. Universidade Federal do Ceara, como requisito parcial para obtenção do Título de Especialista.

Orientadora: Prof.(a) Me. Ludmila Alves do Nascimento.

FORTALEZA
2016

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Biblioteca Universitária

Gerada automaticamente pelo módulo Catalog, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

R88r Ruesga, Elaine Samon.
RODA DE CONVERSA PARA PROMOÇÃO DA SAÚDE EM HIPERTENSOS EM UMA
UNIDADE DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE. / Elaine Samon Ruesga. – 2016.
28 f.

Trabalho de Conclusão de Curso (especialização) – Universidade Federal do Ceará,
Faculdade de Medicina, Especialização em Saúde da Família, Fortaleza, 2016.
Orientação: Prof. Me. Ludmila Alves do Nascimento.

1. Hipertensão Arterial. . 2. Atenção Básica. . 3. Doenças Cardiovasculares. I. Título.

CDD 362.1

ELAINE SAMON RUESGA.

RODA DE CONVERSA PARA PROMOÇÃO DA SAÚDE EM HIPERTENSOS
EM UMA UNIDADE DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE.

Trabalho de Conclusão de Curso submetido a Coordenação do Curso de Especialização em Saúde da Família, modalidade semipresencial. Universidade Aberta do Sus (Una- Sus) -Núcleo do Ceara. Núcleo de Tecnologias em Educação a Distância em Saúde. Universidade Federal do Ceara, como requisito parcial para obtenção do Título de Especialista.
Orientadora: Prof.(a) Me. Ludmila Alves do Nascimento.

Aprovada em: 16/03/2017.

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a MS Kamila Ferreira Lima

Prof. MS Marília Mendes Nunes

AGRADECIMENTOS

A minha orientadora Ludmila Alves do Nascimento pela ajuda na condução e viabilização deste trabalho.

A minha enfermeira Chara Keith por estar sempre disponível para ajudar com as atividades a serem realizadas para obter os resultados esperados deste trabalho.

A minha colega Elsy Esquivel Ortiz que me ajudou diretamente na construção deste trabalho.

A todos que colaboraram direta ou indiretamente para que eu chegasse até aqui.

Obrigada!

RESUMO

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) tem alta prevalência e baixas taxas de controle, sendo por isso considerada um dos dois mais importantes problemas de saúde pública. As doenças cardiovasculares são importantes causas de morbimortalidade e geram altos custos econômicos, e que aumentam progressivamente com o aumento da pressão arterial. O controle adequado dos pacientes com HAS deve ser uma das prioridades da Atenção Primária a partir do princípio de que o diagnóstico precoce, o bom controle e o tratamento adequado dessa afecção são essenciais para diminuição dos eventos cardiovasculares adversos. Este trabalho propõe a criação de um plano de intervenção a ser aplicado com o objetivo de melhorar o nível de conhecimento de um grupo de pacientes hipertensos sobre os fatores de risco da Hipertensão Arterial. A partir da implementação do plano de ação proposto pretende-se: a abordagem da HAS como doença crônica, aumentar a adesão da população as mudanças de modo e estilos de vida, aumentar a autonomia dos sujeitos em relação ao seu estado de saúde para propiciar melhor qualidade de vida. Esse projeto pretende contribuir de forma significativa para melhoria das condições de saúde e de vida da população hipertensa da área de abrangência da Unidade de Atenção Primária à Saúde Alagamar.

PALAVRAS-CHAVE: Hipertensão Arterial. Atenção Básica. Doenças Cardiovasculares.

ABSTRACT

In the health statistic realizes that Hypertension Arterial has a high prevalence and low control rates, been considered one of the most important public health problems. The Cardiovascular diseases are important causes of morbidity and mortality and generate high economic costs, and that increase progressively with increasing blood pressure. The adequate control of patients with Hypertension should be a priority for Primary Care from the principle that the early diagnosis, good control and appropriate treatment of this condition are essential for reduction of adverse cardiovascular events. This paper proposes the creation of an action plan to be implemented by Blue Health team, the Family Health Program (PSF) Alagamar in Jaguaratama, Ceara, with the aim of improving the level of knowledge of a group of hypertensive patients on blood hypertension risk factors. From the implementation of the proposed action plan is intended to approach the hypertension as a chronic disease, increased adherence of the population to change mode and lifestyle, proper use of medications. To stimulate the autonomy of individual in relation to their health status and to provide relation to their health status and provide quality of life improvements this Project intend to contribute significantly to improving the health and life conditions of the population of the area of UAPS Alagamar.

KEYWORDS: Hypertension Arterial. Primary Health Care. Cardiovascular Disease.

SUMARIO

1. INTRODUÇÃO.....	07
2. PROBLEMÁTICA.....	09
3. JUSTIFICATIVA.....	10
4. OBJETIVOS GERAL	11
5. REVISAO DE LITERATURA	12
6. METODOLOGIA.....	18
7. CRONOGRAMA	20
8. RECURSOS NECESSARIOS.....	21
9. RESULTADOS ESPERADOS	22
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	23
APENDICES.....	25
ANEXOS	27

INTRODUÇÃO

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é uma das mais graves doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) presente em praticamente todas as classes socioeconômicas do mundo (OLIVEIRA, 2011).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que 600 milhões de pessoas no mundo tenham HAS. No continente americano, esta doença afeta cerca de 140 milhões de pessoas, metade das quais desconhece ser portadora da enfermidade por não apresentar sintomas e não procurar serviços de saúde. Dentre as pessoas que se descobrem hipertensas, 30% não realizam o tratamento adequado por falta de motivação ou de recursos financeiros próprios (WHO, 2012).

A HAS representa um grave problema para a saúde pública também no Brasil, sua prevalência para adultos é de 30% chegando a mais de 50% para indivíduos com 60 a 69 anos e 75% em indivíduos com mais de 70 anos. É uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial (PA) $\geq 140/90$ mmHg, associa-se frequentemente as alterações funcionais ou estruturais dos órgãos-alvos (coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos) e as alterações metabólicas, com aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais. Além de ser causa direta de cardiopatia hipertensiva, e fator de risco para doenças decorrentes de aterosclerose e trombose, que se manifestam, predominantemente, por doença isquêmica cardíaca, cerebrovascular vascular periférica e renal (BRANDAO, 2010).

Por esses e outros motivos, o controle adequado dos pacientes hipertensos deve ser prioridade da Atenção Básica a partir do princípio de que o diagnóstico precoce, o bom controle e o tratamento adequado dessa afecção são essenciais para diminuição dos eventos cardiovasculares e de possível alcance com os recursos disponíveis (NOBRE, 2010).

A educação do paciente com HAS é o elemento-chave para o controle adequado da doença. Para que o hipertenso(a) possa exercer o seu autocuidado é necessária uma orientação ótima por meio da educação em saúde por profissionais competentes que possibilitem mudanças efetivas no estilo de vida das pessoas com vistas a prevenir ou pelo menos retardar os

agravamentos decorrentes dessa doença. Acredita-se que a educação em saúde pode ser uma valiosa ferramenta para a equipe de saúde na busca de melhor qualidade de vida para os portadores de doenças crônicas (SOARES, 2009).

Devido à alta prevalência de HAS e a incidência cada vez maior de pessoas com essa doença na população da área de abrangência e ao evidente grau de descontrole desses pacientes, acredita-se que o projeto de intervenção proposto seja importante e possibilite melhora nas condições de saúde e de vida da população adstrita, reduza a morbimortalidade relacionada às DCV e eleve o nível de conhecimentos sobre Hipertensão Arterial e seus fatores de risco para assim obter um maior controle da doença e suas complicações. O tratamento da HAS inclui estratégias de educação, modificação de hábitos de vida, incluindo atividade física e alimentação saudável e se necessário medicamentos (BRASIL,2001).

PROBLEMÁTICA

A Unidade Básica de Saúde da Família Alagamar, localizada na comunidade do mesmo nome, no município de Jaguaretama - CE possui uma equipe de saúde da família, com uma médica, uma enfermeira, uma auxiliar de enfermagem e oito agentes comunitários de saúde e tem uma área de abrangência de 1.400 pacientes cadastrados e atendidos, possui 201 hipertensos diagnosticados e cadastrados, sendo 14,3% dessa população.

Diante do número considerável de hipertensos urge as questões relacionadas ao autocuidado, estilo de vida e adesão ao tratamento, como os mesmos influem em diagnóstico e controle da doença. Percebe-se que somente por meio das atividades educativas, é que poderemos compreender os fatores culturais predominantes na comunidade e trabalharmos as ações de prevenção voltadas para as subjetividades manifestas nos grupos de educação em saúde.

Portanto, diante da importância que o tema apresenta para a saúde pública, surgiu o seguinte questionamento: como estão sendo realizadas as orientações no acompanhamento ao hipertenso? Como os profissionais da ESF Alagamar poderão contribuir na prevenção e no controle da Hipertensão Arterial Sistêmica por meio de ações educativas que levem ao autocuidado, à mudanças no estilo de vida, hábitos saudáveis e adesão ao tratamento dos pacientes hipertensos.

JUSTIFICATIVA

O estudo poderá contribuir com os profissionais de saúde no intuito de fornecer o aprimoramento das ações de saúde, através das informações sobre os hábitos e o estilo de vida além da adesão ao tratamento dos hipertensos, de modo a favorecer ações mais pontuais a partir da compreensão do autocuidado dos hipertensos.

Isto permitirá trabalhar para mudar os fatores e evitar as complicações, diminuindo as consequências sociais e econômicas além de diminuir a mobilidade e mortalidade por essa doença.

Justifica-se a escolha do tema desse estudo pela necessidade de tornar visível a importância da implantação de ações educativas e programadas essenciais numa comunidade através do diálogo e a participação de seus usuários, como pessoas capazes de interagir e agir na realização de suas próprias escolhas.

Portanto dado a relevância desta pesquisa, espera-se com ela poder contribuir para uma maior oferta de informações sobre o assunto aos usuários que desejem saber mais sobre o tema, com alunos de graduação e pós-graduação em saúde, com profissionais que busquem conhecimento e, especialmente, os pesquisadores que estejam interessados em dar continuidade ao tema, como também, poder auxiliar na preparação da equipe no momento de organizar e desenvolver o serviço.

OBJETIVOS

OBJETIVO GERAL

- Verificar se a roda de conversa promoverá mudanças no estilo de vida e adesão ao tratamento de portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica.

REVISAO DE LITERATURA

A hipertensão arterial sistêmica, conhecida popularmente como pressão alta, é uma das doenças mais prevalentes no mundo, acometendo cerca de um terço da população. A hipertensão pode surgir em qualquer época da vida, inclusive durante a gravidez, mas é muito mais comum na população adulta e nos idosos. Estima-se que até 80% da população com mais de 60 anos seja hipertensa (BRASIL, 2010).

Nas últimas décadas, o número de hipertensos tem aumentado progressivamente, devido a fatores como maior expectativa de vida, maior incidência de obesidade, sedentarismo e de maus hábitos alimentares. A elevada prevalência associada ao fato de que apenas metade dos pacientes hipertensos consegue manter sua pressão arterial devidamente controlada mantém a hipertensão com o título de principal fator de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares e AVC. Um dos grandes problemas da hipertensão arterial é o fato desta ser assintomática até fases muito avançadas da doença. Não existe um sintoma típico que possa servir de alarme para estimular a procura por um médico (BRASIL, 2010).

Achar que é possível adivinhar se a pressão arterial está alta ou normal baseado na presença ou na ausência de sintomas, como dor de cabeça, cansaço, dor no pescoço, dor nos olhos, sensação de peso nas pernas ou palpitações, etc., é um erro muito comum. Um indivíduo que não costuma medir sua pressão arterial simplesmente porque não tem nenhum sintoma, pode muito bem ser hipertenso e não saber. Por outro lado, se o paciente é sabidamente hipertenso, mas também não mede a pressão arterial periodicamente, pode ter a falsa impressão de tê-la controlada. Não existe nenhuma maneira de avaliar a pressão arterial sem que se faça a aferição da mesma através de um aparelho específico, chamado Esfigmomanômetros, conhecido popularmente como “aparelho de pressão”. A hipertensão arterial raramente tem cura e o objetivo do tratamento é evitar que órgãos como coração, ou uma vez feito o diagnóstico da hipertensão, todos os doentes devem se submeter a mudanças de estilo de vida antes de se iniciar terapia com medicamentos. As principais são: redução de peso, iniciar exercícios físicos, abandonar cigarro, reduzir o consumo de álcool, reduzir consumo de

sal, reduzir consumo de gordura saturada, aumentar consumo de frutas e vegetais (BRASIL, 2010).

A hipertensão arterial pode estar associada também a fatores como sexo, escolaridade, tabagismo, obesidade, diabetes, etilismo, histórico familiar para hipertensão, sedentarismo, uso anticoncepcionais orais, stress e alimentação rica em sal e gordura (BRASIL, 2010).

A redução da pressão arterial com essas mudanças costuma ser pequena e dificilmente uma pessoa com níveis pressóricos muito altos (maior que 160/100 mmHg) atinge o controle da hipertensão sem a ajuda dos remédios. Todavia, nas hipertensões leves, há casos em que apenas com controle do peso, dieta apropriada e prática regular de exercícios consegue-se o controle da pressão arterial. O problema é que a maioria dos pacientes não aceita mudanças nos hábitos de vida e acabam tendo que tomar medicamentos para controlar a pressão (BRASIL, 2010).

Os sintomas da hipertensão arterial geralmente são confundidos com os de outras patologias ou, em outros casos, a doença é assintomática. Isso dificulta a identificação da doença, impedindo às vezes que o indivíduo hipertenso seja acompanhado por profissionais capacitados para o controle dessa patologia e assim aumentar a expectativa de vida deste (BRASIL, 2010).

Uma vez caracterizado o quadro de hipertensão arterial, na dependência da associação com fator causal desencadeante, esta pode ser, classificada como, sendo primária ou secundária. Na hipertensão arterial primária, não se determina uma causa específica para o aparecimento da patologia. Enquanto, na secundária consegue-se diagnosticar um fator causal específico, e o caso da hipertensão arterial na gravidez, uma das três causas principais do óbito maternos, os tumores cerebrais que, levam ao aumento da pressão intracraniana, as disfunções glandulares, as patologias renais, o uso de substâncias exógenas, entre outros (BRASIL, 2010).

As Diretrizes Brasileiras de Hipertensão VI (DBH VI) conceituam HAS como "uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial (PA). Associa-se frequentemente a alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo (coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos) e a alterações metabólicas, com consequente aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não-fatais". (J HYPERTENS, 2013)

A hipertensão está nitidamente associada a várias complicações, como acidente vascular encefálico (AVE), doença arterial periférica (DAP), insuficiência cardíaca (IC), doença renal crônica (DRC), infarto agudo do miocárdio (IAM) e doença arterial coronariana (DAC). (J HYPERTENS, 2013)

O tratamento adequado da pressão arterial tem se mostrado eficaz em reduzir a ocorrência de complicações decorrentes da HAS bem como redução da mortalidade. (J HYPERTENS, 2013)

Mais recentemente, com o advento de métodos de obtenção da PA fora do consultório, como a Monitorização Ambulatorial da Pressão Arterial - MAPA e da Monitorização Residencial da Pressão Arterial - MRPA, pode-se definir quatro comportamentos distintos da PA, a saber: Normo tensão Verdadeira; Hipertensão Arterial Verdadeira; Hipertensão do Avental Branco e Hipertensão Mascarada ou Normo tensão do Avental Branco. Na Normo tensão Verdadeira há valores normais tanto nas medidas obtidas no consultório como naquelas obtidas pela MRPA ou MAPA. (J HYPERTENS, 2013)

O período de tempo recomendado para as medidas de modificação de estilo de vida isoladamente em pacientes hipertensos, e naqueles com comportamento limítrofe da pressão arterial, com baixo risco cardiovascular, é de no máximo seis meses. Caso não estejam respondendo a essas medidas após três meses, uma nova avaliação, em seis meses, deve ser feita para confirmar o controle da PA. Se esse benefício ainda não for confirmado, já estará indicada a instituição do tratamento medicamentoso em associação. Em pacientes com riscos médios, altos ou muito altos, independentemente da PA, a abordagem deve ser combinada (não medicamentosa e medicamentosa) para se atingir a meta preconizada o mais precocemente. (J HYPERTENS, 2013)

Estudos foram realizados com o objetivo de avaliar a eficácia e a segurança de medicamentos na prevenção da HAS. Para o manejo de indivíduos com comportamento limítrofe da PA recomenda-se considerar o tratamento medicamentoso apenas em condições de risco cardiovascular global alto ou muito alto. Até o presente, nenhum estudo já realizado tem poder suficiente para indicar um tratamento medicamentoso para indivíduos com PA limítrofe sem evidências de doença cardiovascular (NOBRE, F et al,2010).

A implementação de medidas de prevenção na HAS representa um grande desafio para os profissionais e gestores da área de saúde. No Brasil, cerca de 75% da assistência à saúde da população é feita pela rede pública do Sistema Único de Saúde - SUS, enquanto o Sistema de Saúde Complementar assiste cerca de 46,5 milhões. A prevenção primária e a detecção precoce são as formas mais efetivas de evitar as doenças e devem ser metas prioritárias do profissionais da saúde (NOBRE, F et al,2010).

É importante assinalar que a Hipertensão Arterial (HA) é uma condição resultante de uma série de fatores que devem ser observados na prevenção da doença. Muitos desses fatores, assim como a associação da HA com outras patologias, podem agravar o quadro quando a doença já está instalada. O resultado disso é um aumento do risco cardiovascular, fechando um ciclo que pode ser consideravelmente minimizado com medidas de prevenção eficientes, sendo a principal delas, a mudança dos hábitos de vida (MALTA DC,2013).

A Educação em Saúde tem por objetivo transmitir, aos usuários do sistema de saúde, conteúdos que esclareçam suas dúvidas e forneçam subsídios para o autocuidado, num processo que pode ir da simples transmissão de conceitos até novas formas de organizar o conhecimento. Esse processo exige uma nova postura da equipe multiprofissional, de forma a possibilitar que a interdisciplinaridade rompa com a fragmentação e justa posição de conteúdo (MALTA DC,2013).

Outro aspecto importante das ações integradas da equipe refere-se à postura dos profissionais da saúde com os usuários, familiares e destes entre si. Entende-se que “humanizar” as relações entre usuários e trabalhadores e, por consequência, o processo de produção de serviços de saúde, significa qualificar o cuidado, respondendo às necessidades de saúde dos usuários, reconhecendo-os como sujeitos e comprometendo-se assim com a satisfação de suas necessidades, através das relações de acolhimento, vínculo e responsabilização, a partir do princípio da Saúde como um direito. Dessa forma, o envolvimento dos pacientes portadores de Hipertensão na implementação do seu plano de cuidado é fundamental, e cabe à equipe motivá-los a desenvolver suas capacidades e explorar seus potenciais em função de sua idade, estilo de vida, condições e exigências cotidianas, a fim de melhorar sua qualidade de vida (MALTA DC,2013).

As ações educativas em saúde podem também ser desenvolvidas com grupos de usuários, pacientes, seus familiares e a comunidade, sendo adicionais às atividades individuais. A equipe deve usar todos os recursos disponíveis para orientação, educação e motivação, a fim de modificar hábitos de vida, detectar precocemente sintomas de risco e diminuir os fatores de risco cardiovasculares, incentivando o uso ininterrupto dos medicamentos, quando necessários (MALTA DC,2013).

Considera-se adesão a um tratamento o grau de coincidência entre a orientação médica e o comportamento do paciente, é muito importante a equipe de saúde conhecer as dificuldades dos pacientes em aderir o tratamento anti-hipertensivo com o objetivo de tentar corrigi-las, juntamente com o paciente, para melhor controle da HAS. Enfatiza-se, principalmente, a importância da comunicação no relacionamento médico/equipe paciente, o que envolve a confiança e, por conseguinte, possibilidades de maior adesão ao tratamento. (AAO Reiners, et al,2012).

A adesão do paciente a uma determinada terapia depende de vários fatores que incluem, dentre outros, os relativos à relação médico-paciente, às questões subjetivas do paciente, às questões referentes ao tratamento, à doença, ao acesso ao serviço de saúde, à obtenção do medicamento prescrito e à continuidade do tratamento. Neste sentido é de fundamental importância que o médico esclareça, continuamente e em linguagem acessível ao nível de compreensão do paciente, conceitos básicos quanto ao significado da HAS, sua etiologia, evolução, consequências, cuidados necessários, fármacos utilizados e seus potenciais efeitos colaterais. Além disso, é importante que haja vínculo suficiente entre médico e paciente, para que este se sinta engajado no seu tratamento. Uma vez que o paciente se sinta esclarecido sobre sua doença, e que se estabeleça a relação médico-paciente, o paciente tende a assumir responsabilidade pelos cuidados com sua saúde, juntamente com o médico. Além da relação médico-paciente, deve-se considerar, também como fator importante, que os pacientes hipertensos experimentam a influência de variados determinantes de adaptação às doenças crônicas que dependem da característica do indivíduo, dos seus mecanismos de enfrentamento de problemas, do seu autoconceito, da sua autoimagem e da sua autoestima, da experiência prévia com a doença e/ou doenças e,

ainda, das atitudes dos cuidadores da área de saúde medicamentos. (AAO Reiners, et al,2012).

As respostas emocionais dos pacientes devem ser consideradas, já que, muitas vezes, está presente o mecanismo de regressão, em que o paciente manifesta um comportamento infantilizado, apresentando-se emocionalmente dependente na realização de suas atividades, nas quais se incluem, principalmente, os cuidados com sua saúde os pacientes também podem apresentar sentimentos naturais de negação frente à doença, com uma consequente não-adesão ao tratamento anti-hipertensivo. Isto é, torna-se perfeitamente compreensível que um paciente que não se sente “doente”, sob o ponto de vista estritamente biomédico, evite o uso de medicamentos. (AAO Reiners, et al,2012).

MÉTODOLOGIA.

Tipo de estudo

Trata-se de um estudo correlacional, o qual visa verificar se há relação entre duas variáveis (POLIT, 2011). No presente estudo, trata-se do efeito da variável independente (intervenção educativa) sobre a variável dependente (mudança de estilo de vida).

Local do estudo

O estudo será desenvolvido na Unidade de Atenção Primária à Saúde (UAPS) do Alagamar, localizado na área rural, a 16 km do Município Jaguaratama-Ceará.

População e amostra

A UAPS Alagamar tem 1400 pessoas cadastradas, sendo a população do estudo composta por todos hipertensos(201) que estão incluídos na referida unidade, sendo o 14,3% dessa população. Os critérios de inclusão no estudo serão: estar inserido no cadastro da UAPS que tenham condições de deslocamento e excluídos os portadores de demência ou outras alterações que acarretem prejuízos na comunicação verbal.

Coleta de dados

Será formado um grupo de hipertensos, mediante convite prévio, individual e com os devidos esclarecimentos sobre as ações a serem realizadas.

As atividades serão realizadas em encontros semanais com os hipertensos que comparecem as consultas. Antes das consultas, na sala de reunião, serão realizadas nossas atividades educativas com a participação de toda a equipe de saúde da família mediante a realização de exposições dialogadas, vídeos e discussão acerca dos hábitos culturais dos pacientes, através de rodas de conversa com temas relacionados à compreensão que o paciente tem da doença e as condutas de autocuidado.

A coordenação do grupo será feita pela médica da Equipe, com a participação dos demais profissionais (enfermeira, técnica de enfermagem, ACS).

Será utilizado um questionário para identificar dados sociodemográfico da população de estudo e verificar o conhecimento e variáveis referentes a mudanças de estilos de vida e adesão ao tratamento dos pacientes antes e dois meses após a intervenção (Apêndice A).

A participação será voluntária, mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice B).

Apresentação e análise dos resultados

O banco de dados será desenvolvido no IBM SPSS Statistics versão 20 e constará de testes estatísticos descritivos, frequências absolutas e relativas. Os mesmos serão apresentados por meio de tabelas e discutidos de acordo com a literatura pertinente ao tema.

Aspectos éticos e legais

Será considerado o aspectos éticos da pesquisa envolvendo seres humanos (autonomia, não maleficência, beneficência e justiça), de acordo com o preconizado pela Resolução 466/2012, ressaltando-se a assinatura (ou digitais) do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido de todos os participantes do estudo, sendo-lhes garantido o anonimato, a liberdade de continuar participando ou não da pesquisa em questão e o esclarecimento sobre a relevância de sua participação para o incremento do conhecimento em uma área ainda incipiente (BRASIL, 2012).

RECURSOS HUMANOS E MATERIAL NECESSARIO.

Os Recursos Humanos necessários serão:

- Agentes Comunitários de saúde. (Levantamento ativo e atualizado de pacientes hipertensos e convite verbais).
- Auxiliar de enfermagem (divulgação).
- Enfermeira e Médica (responsáveis pela aplicação da intervenção educativa e moderação do grupo de discussão).

Os Recursos Materiais necessários serão:

- Sala de reunião com número de cadeiras.
- Computador e retroprojetor.
- Folhetos, canetas, cartolinas, pranchetas.
- Prontuários dos usuários.
- Papel ofício.
- Cartucho de impressão preto.
- Pen - driver.

RESULTADOS ESPERADOS

Esperamos ter uma população hipertensa ainda mais informada e com maiores conhecimentos sobre sua doença e os principais fatores de risco para aparição dessa doença, além de aprender a importância da adesão ao tratamento. Também esperamos obter mudanças nos estilos de vida e melhorar a qualidade de vida dos pacientes.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

- 1 ALVAREZ G, Fonfría, Macias I, PEREZ MD, MUNIZ, e. Desenvolvimento de um método automatizado para o controle, diagnóstico e prevenção da hipertensão. ACTA Médica 2008; 7. 82.
- 2 AAO Reiners, FMF Seabra, et al. Adesão ao tratamento de Hipertensos da Atenção Básica-dói: 10.4025/ciencuccuidsaude. V11, No 3.16511.Cuiaba-MT.Brasil,2012.
- 3 BRANDAO, possam. Revista Brasileira. Prevenção da Hipertensão Arterial. Vol. 17(2), p 93-97,2010.
- 4 BRASIL.COORDENAÇÃO NACIONAL DE HIPERTENSAO E DIABETES. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério de Saúde, 2010.
- 5 BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas. Normas de apresentação tabular. 3. Ed. Rio de Janeiro, IBGE,2010.
- 6 BRASIL. Secretarias de Políticas de Saúde. Cadernos de Atenção Básica. Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus, Protocolo. Brasília, Ministério de Saúde. DF,2001.
- 7 COSTA, Maria F.F. de L., et al. Comportamento em saúde entre idosos hipertensos. Revista de Saúde Pública. v.43, sup.2, São Paulo, 2009.
- 8 ESTRADA, R. D. et al. Validação dum questionário de conhecimentos sobre a hipertensão. Rev. Hipertensão e risco vascular, 2013, p.191-199.
- 9 FLORES Fuentes, esther. Hipertensão arterial [Biblioteca Virtual on-line.] < <http://www.mailx.mail.com> > [consulta: 12 de fevereiro de 2011.]
- 10 HYPERTENS, j. Guias de pratica clinica dela Sociedade Espanhola de Cardiologia em Hipertensão Arterial. 2013, P 940- 943.
- 11 J. WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Hipertensão Arterial: prevalência, diagnostico, controle e tendências em adultos mexicanos, Noviembre,2012.
- 12 JARDIM, P.C.V. et al. Hipertensão arterial e alguns fatores de risco em uma capital brasileira. Arq. Bras. Card. v.88, n.4, p.452-457, 2007.

- 13 MALTA DC; MORAIS N, ol; SILVA, júnior. Apresentação do Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil, 2011-2022. *Epidemiol.serv.saude*.2013.out-dez, 20(4),425-38.
- 14 MAGRINI, D.W.; MARTINI, J.G. Hipertensão arterial: principais fatores de risco modificáveis na estratégia saúde da família. Santa Catarina; jun-2013.
- 15 MALCHIAS, Marcus V. B. *Revista Brasileira de Hipertensão: VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão, Palavra do Presidente*. Rio de Janeiro: v.17, n.1, p.2-3, 2010.
- 16 MINISTERIO DE SAUDE. Hipertensão Arterial Sistêmica. Secretaria de atenção a saúde. Departamento de atenção básica 15. *Cadernos de atenção básica 15-série A. Normas e manuais técnicos*. Ministério de Saude,2006.
- 17 MION, D. J. et al. Coordenador. *V Diretrizes Brasileira de Hipertensão Arterial*. São Paulo: Sociedade Brasileira de Cardiologia,2006.
- 18 MOORE, M.C. *Nutrição e Dietoterápia: manual prático*. 2 ed., Revinter: São Paulo, 2011.
- 19 NOBRE, F.et al. *VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial*. *Revista Brasileira de Hipertensão* Rio de Janeiro, V.17, p 57,2010.
- 20 OLIVEIRA, esmeran das dores santos de. Estado nutricional, de hipertensos de uma Estratégia de saúde da família.do interior de Pernambuco, Brasil. Caruaru, FAVIP, 2011.30 f.
- 21 *Revista Brasileira de Saúde da família*. Ministério da Saúde. Brasília,2006.
- 22 SANTOS, Z.M.S.A.; LIMA, H.P. Ações educativas na prevenção da hipertensão arterial em trabalhadores. *Rev. RENE*. Fortaleza, v. 9, n. 1, p. 60-68, jan./mar.2008.
- 23 SOARES, Ic.et al. Educação em saúde na modalidade grupal. *Relato de experiência*. *Cienc-cuid.saude*, V 8,2009.
- 24 Sociedade Brasileira de Cardiologia / Sociedade Brasileira de Hipertensão /Sociedade Brasileira de Nefrologia. *VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão*. Rio de Janeiro: *Arq. Bras. Cardiol*, v. 95, n. 1, supl.1, p. 1-51, 2010. Disponível em: <http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2010/Diretriz_hipertensao_assoc_iados.pdf> Acesso em: 17 de janeiro, 2012.

APENDICE A

INSTRUMENTO DE COLETA
Nº DO INSTRUMENTO

Idade:

Sexo:

1 - Escolaridade

-)Ensino fundamental
-)Ensino médio
-)Nível superior
-)Não sabe ler ou escrever

2 - Ocupação:

Marque com X a resposta.

-)Trabalha
-)Não Trabalha

3 - Marque com X as respostas positivas:

-)Em sua família tem pessoas com hipertensão arterial.
-)Você bebe álcool.
-)Você fuma.
-)Você faz atividades físicas.
-)Consumo excessivo de gorduras.
-)Consumo excessivo de sal.
-)Tem grande tensão emocional em sua vida.

4 - Marque verdadeiro (V) ou falso (F) segundo as questões:

-)As pessoas com hipertensão arterial devem comer os alimentos com sal e gordura.
-)As frutas e verduras são muito importantes na dieta das pessoas com hipertensão arterial.
-)As atividades físicas oferecem benefício para a saúde das pessoas.
-)Situações de grande tensão emocional diminui a pressão arterial.
-)Famíliares com hipertensão arterial transmitem a doença para pessoas saudáveis.
-)A redução do consumo de álcool e fumo aumenta a pressão arterial.
-)Idade e sexo são importantes para o desenvolvimento da doença.

5 - A intervenção educativa tem como objetivo oferecer conhecimentos sobre os fatores de risco que desenvolvem a doença e para preveni-la atuando sobre estes e conseguir conscientemente uma vida saudável e melhor qualidade de vida.

Marque com X a resposta.

-)Adequado
-)Não adequado.

APENDICE B**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa, sua participação é importante, porém você não deve participar contra a sua vontade. Leia atentamente as informações abaixo e faça qualquer pergunta que deseje para que todos os procedimentos desta pesquisa sejam esclarecidos.

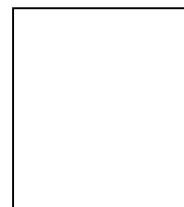
Sou, Elaine Samon Ruesga, e estou desenvolvendo este estudo. O objetivo é Realizar um Plano de Intervenção por meio de atividades educativas em um grupo de portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica acompanhados na ESF Alagamar, município de Jaguaretama – CE, para identificar o estilo de vida e sua relação como fatores de risco para HAS mediante a caracterização dos hipertensos atendidos na ESF Alagamar e verificar os fatores que interferem na adesão ao tratamento dos pacientes hipertensos. Gostaria de informar, ainda, que os dados serão coletados através de um questionário. Você terá acesso, a qualquer tempo, às informações sobre procedimentos e benefícios relacionados à pesquisa, inclusive para retirar eventuais dúvidas. Você terá o direito e a liberdade de negar-se a participar da pesquisa ou dela retirar-se quando assim desejar, sem que isto traga prejuízo moral, físico ou social, bem como à continuidade da assistência. Você não receberá qualquer pagamento pela sua participação.

Os dados coletados serão divulgados entre os profissionais estudiosos do assunto, porém sua identidade (seu nome) será mantida no anonimato (no sigilo), bem como qualquer informação que possa identificá-lo.

CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO

Tendo compreendido perfeitamente tudo que me foi informado sobre a minha participação no mencionado estudo e estando consciente dos meus direitos, das minhas responsabilidades, riscos e benefícios que a minha participação implica, concordo em dele participar e para isso dou meu consentimento sem que para isso eu tenha sido forçado ou obrigado.

Jaguaretama, _____ de _____ de 2016.



Assinatura do responsável pelo estudo

ANEXOS.

Distribuição dos dados em tabelas.

Tabela 1. Distribuição segundo idade e sexo.

Idade em anos	Sexo	No	% F	% M	%
20-29					
30-39					
40-49					
50-59					
60 e mais					
Total					

Tabela 2. Distribuição segundo escolaridade.

Escolaridade	No	%
Ensino Fundamental		
Ensino Médio		
Ensino Superior		
Não Estuda		
Total		

Tabela 3. Distribuição segundo ocupação

Ocupação	No	%
Trabalha		
Não trabalha		
Total		

Tabela 4. Distribuição segundo Índice de massa corporal.

Índice de massa corporal	No	%
Baixo Peso (< 18.5 kg/m)		
Peso adequado (18.5 kg/m-24.9 kg/m)		
Sobre peso (25.0kg/m-29.9 kg/m)		
Obesidade (> 30 kg/m)		
Total		

Tabela 5. Distribuição segundo fatores de risco.

Fatores de risco	No.	%
Antecedentes familiares de HAS		
Tabagismo		
Álcool		
Stress		
Obesidade		
Consumo excessivo de gordura		
Sedentarismo		
Total		

Tabela 6 Nível de Conhecimentos sobre os fatores de risco.

	Antes	No %	Depois	No %
Antecedentes familiares de HAS				
Idade				
Sexo				
Tabagismo				
Álcool				
Obesidade				
Consumo excessivo de gordura				
Sedentarismo				
Stress				
Consumo excessivo de sal				
Total				

Tabela 7 Estado de opinião.

Estado de opinião sobre a intervenção	Total	No %
Adequado		
Não adequado		