

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

TATIANA RODRIGUES DA SILVA DANTAS

**GRUPOS DE HIPERTENSOS COMO ESTRATÉGIA PARA ESTIMULAR A ADESÃO
AO TRATAMENTO NÃO MEDICAMENTOSO ENTRE SERVIDORES DO TRIBUNAL
DE CONTAS DO ESTADO DA PARAÍBA**

FLORIANÓPOLIS (SC)

2014

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

TATIANA RODRIGUES DA SILVA DANTAS

**GRUPOS DE HIPERTENSOS COMO ESTRATÉGIA PARA ESTIMULAR A ADESÃO
AO TRATAMENTO NÃO MEDICAMENTOSO ENTRE SERVIDORES DO TRIBUNAL
DE CONTAS DO ESTADO DA PARAÍBA**

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Opção Doenças Crônicas Não Transmissíveis do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista.

**Profa. Orientadora: Simone Mara de Araújo
Ferreira**

FLORIANÓPOLIS (SC)

2014

FOLHA DE APROVAÇÃO

O trabalho intitulado **GRUPOS DE HIPERTENSOS COMO ESTRATÉGIA PARA ESTIMULAR A ADESÃO AO TRATAMENTO NÃO MEDICAMENTOSO ENTRE SERVIDORES DO TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO DA PARAÍBA** de autoria da aluna **TATIANA RODRIGUES DA SILVA DANTAS** foi examinado e avaliado pela banca avaliadora, sendo considerado **APROVADO** no Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Área Doenças Crônicas Não Transmissíveis.

Profa. Doutoranda Simone Mara de Araújo Ferreira
Orientadora da Monografia

Profa. Dra. Vânia Marli Schubert Backes
Coordenadora do Curso

Profa. Dra. Flávia Regina Souza Ramos
Coordenadora de Monografia

FLORIANÓPOLIS (SC)
2014

DEDICATÓRIA

A Deus, autor da vida e dono de todos os nossos passos, pois sem Ele nada somos e nada podemos.

AGRADECIMENTOS

A Deus, pela força para seguir em todos os momentos que pensei em desistir.

A Dra. Ana Paiva pelo apoio à participação nesse curso de especialização.

Aos colegas que divulgaram a realização desse curso e assim me possibilitaram à inscrição e participação.

A professora Júlia pelas valiosas orientações ao longo do curso.

A professora Simone pela paciência com as minhas faltas e por não ter desistido de mim.

A todos que contribuíram direta e indiretamente para a construção desse trabalho.

LISTA DE ABREVIATURAS

AIT - Acidente Isquêmico Transitório

AVE – Acidente Vascular Encefálico

DCNT – Doença Crônica Não Transmissível

DIC – Doenças infecto-contagiosa

DM – Diabetes Mellitus

HAS – Hipertensão Arterial Sistêmica

PA – Pressão Arterial

SBC – Sociedade Brasileira de Cardiologia

SES/PB – Secretaria Estadual da Saúde da Paraíba

TCE/PB – Tribunal de Contas do Estado da Paraíba

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	1
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	4
2.1 Fisiopatologia e manifestações clínicas da hipertensão arterial sistêmica.....	4
2.2 Estratégias para o enfrentamento da hipertensão arterial sistêmica	6
3 MÉTODO.....	12
3.1 Cenário da intervenção.....	12
3.2 Caracterização dos sujeitos da intervenção.....	13
3.3 Procedimentos da intervenção.....	13
3.4 Recursos necessários.....	14
3.5 Cronograma de execução.....	16
3.6 Orçamento e financiamento.....	16
3.7 Viabilidade da proposta.....	17
4 RESULTADOS PRETENDIDOS.....	18
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	19
REFERÊNCIAS.....	20

RESUMO

O tratamento não medicamentoso da hipertensão arterial sistêmica insere-se como um dos pilares para o controle da doença e se baseia na adoção de um plano alimentar saudável e na mudança de estilo de vida. Sendo assim, o presente estudo tem como objetivo geral estimular a adesão ao tratamento não medicamentoso da hipertensão arterial sistêmica pelos servidores sabidamente hipertensos do Tribunal de Contas do Estado da Paraíba. Trata-se de uma proposta de intervenção, por meio da participação em grupos educativos. Caracteriza-se como uma Tecnologia de Cuidado ou de Educação. A intervenção consistirá na criação de um grupo de hipertensos, onde serão discutidos vários temas relacionados à doença, com enfoque na importância da adesão ao tratamento. Espera-se alcançar os seguintes resultados: obter adesão de 75% dos hipertensos cadastrados nos encontros mensais; aprimorar o nível de conhecimento dos servidores hipertensos sobre os fatores de risco relacionados à HAS e as estratégias que podem ser utilizadas para controlá-los em 100% dos hipertensos cadastrados; reduzir em 50% o número de urgências clínicas atendidas no Serviço Médico do TCE/PB relacionados principalmente a picos hipertensivos; incentivar a prática regular de atividade física entre 100% dos hipertensos cadastrados; estimular o controle do peso como estratégia para o controle da HAS entre 100% dos participantes do grupo; estimular o abandono do fumo entre 75% dos hipertensos cadastrados e melhorar a adesão à terapêutica não medicamentosa entre 85% dos hipertensos cadastrados. Trata-se de uma proposta de baixo custo, que contará com recursos humanos e materiais do próprio serviço e que foi pensada para fazer frente a uma situação da realidade institucional. Além disso, pode ser replicada em outras realidades uma vez que sua operacionalização não exige grandes recursos.

Descritores: Hipertensão; Enfermagem; Educação em Saúde.

1 INTRODUÇÃO

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é um relevante problema de saúde pública dada a sua elevada prevalência e as conseqüências que pode provocar nos indivíduos acometidos. A Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC) conceitua a HAS como uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis pressóricos elevados e sustentados, comumente relacionada às alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo, quais sejam coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos e às alterações metabólicas, com conseqüente aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais (SBC, 2006).

Trata-se de uma doença crônica não transmissível (DCNT) cuja prevalência tem se mostrado elevada em várias partes do mundo. Em 2001, cerca de 7,6 milhões de mortes no mundo foram atribuídas à elevação da pressão arterial (PA), sendo 54% causadas por acidente vascular encefálico (AVE) e 47% por doença isquêmica do coração (DIC). A maioria dessas mortes ocorreu em países de baixo e médio desenvolvimento econômico e mais da metade em indivíduos entre 45 e 69 anos de idade (SBC, 2010). No Brasil, as doenças cardiovasculares têm sido a principal causa de morte, como mostram os 308.466 óbitos em 2007 por doenças do aparelho circulatório (WILLIAM, 2010; MALTA; MOURA; SOUZA, 2010).

Resultados de inquéritos populacionais realizados em cidades brasileiras nos últimos 20 anos têm apontado uma prevalência acima de 30% (CESARINO et al, 2008; ROSÁRIO et al. 2009). Na Paraíba, de acordo com o sistema de informações da atenção básica, o número de hipertensos cadastrados até janeiro de 2014 era de 272.119 pessoas, sendo que dentre esses, no mesmo período, apenas 236.166 estavam sendo acompanhados pela atenção básica no estado (BRASIL, 2014)

O diagnóstico da HAS é eminentemente clínico, sendo obtido por meio da detecção de níveis elevados e sustentados de PA pela medida casual. Os níveis demarcatórios que a definem são os seguintes: PA sistólica ≥ 140 mmHg e ou de PA diastólica ≥ 90 mmHg em medidas de consultório. Uma vez diagnosticada, deve ser iniciado o tratamento cujo objetivo principal é a redução da morbimortalidade por causas cardiovasculares. O tratamento pode ser alcançado por meio de duas modalidades terapêuticas, não mutuamente excludentes, que são o tratamento medicamentoso e o tratamento não medicamentoso com abordagem multiprofissional (SBC, 2010).

A decisão terapêutica deve ser baseada nos fatores considerados de risco, tais como, a idade, o sobrepeso e obesidade, o tabagismo, etilismo, hábitos alimentares nocivos, fatores genéticos, raça e etnia, além de considerar também outros aspectos tais como a presença de lesões em órgão-alvo e/ou doença cardiovascular estabelecida, e não apenas no nível da PA (SBC, 2010).

Ainda no que se referem à decisão terapêutica, as diretrizes editadas pela SBC recomendam que, independentemente dos níveis de pressão, mudanças no estilo de vida sejam prescritas e estimuladas, uma vez que elas podem retardar o desenvolvimento da HAS em indivíduos com PA limítrofe além de possuírem impacto favorável sobre os fatores de risco envolvidos no desenvolvimento ou agravamento da HAS (GRAVINA; GRESPAM; BORGES, 2007; SBC, 2010).

O tratamento farmacológico ou medicamentoso consiste na administração de drogas anti-hipertensivas pertencentes a sete classes diferentes, sendo elas as drogas diuréticas, os inibidores adrenérgicos, os vasodilatadores diretos, os bloqueadores dos canais de cálcio, os inibidores da enzima conversora da angiotensina, bloqueadores dos receptores AT₁ da angiotensina II e os inibidores diretos na angiotensina (SBC, 2010).

Por outro lado, a terapêutica não medicamentosa, com abordagem multiprofissional, insere-se, então, como um dos pilares para controle da HAS e se baseia na adoção de um plano alimentar saudável e na mudança de estilo de vida (SBC, 2010). No entanto, a realização de mudanças no estilo de vida não é fácil, pois exige mudança do comportamento habitual adquirido ao longo da vida, disciplina e paciência para obter os resultados (GRAVINA, GRESPAN, BORGES, 2007).

As dificuldades de adesão ao tratamento ficam evidenciadas nos resultados de pesquisas que avaliam a adesão à terapêutica proposta. Andrade et al (2002) mostraram que cerca de 20 a 50% dos pacientes com HAS descontinuam a medicação anti-hipertensiva ainda no primeiro ano de uso, e um número considerável daqueles que permanecem em uso da medicação o fazem de modo inadequado. Já Peres, Magna e Viana (2003) constataram que 50% dos hipertensos não fazem nenhum tratamento e, dentre aqueles que o fazem, poucos têm a PA controlada. Mostraram ainda que entre 30 e 50% dos hipertensos interrompem o tratamento no primeiro ano e 75% depois de cinco anos.

Percebe-se pelo exposto que uma das dificuldades associadas ao controle da HAS consiste na falta de adesão à terapêutica proposta. Tal assertiva torna-se ainda mais preocupante quando consideramos que cumprir adequadamente o tratamento não significa apenas utilizar adequadamente o medicamento prescrito. Implica seguir as demais condutas terapêuticas indicadas quanto aos hábitos alimentares, controle do peso e prática regular de atividade física, ao estilo de vida e o abandono de tabagismo e etilismo (MOREIRA; SANTOS; CAETANO, 2009).

Nesse sentido, uma das estratégias que pode ser utilizada para melhorar a adesão à terapêutica não medicamentosa é o desenvolvimento de grupos educativos, haja vista que estes se constituem em espaços de interação e discussão coletiva entre equipe e comunidade (ALBUQUERQUE; STORTZ, 2004; CARNEIRO et al, 2013).

A dificuldade encontrada em mudar hábitos de vida também é percebida entre os servidores hipertensos do Tribunal de Contas do Estado da Paraíba (TCE/PB). Durante os sete anos em que atuo como enfermeira do TCE/PB acompanho muitos servidores em situações de urgências clínicas decorrentes do mau controle da HAS. Chama a atenção o fato de se tratar de pessoas, em sua maioria, com elevado nível de escolaridade e bom acesso aos serviços de saúde.

Diante das evidências científicas e da minha realidade de trabalho alguns questionamentos se fazem presentes: *“Por que pessoas com bom nível de escolaridade e bom acesso aos serviços de saúde apresentam dificuldades em aderir ao tratamento? Quais ações poderiam contribuir para modificar esta situação?”*

Considerando a necessidade de reverter este cenário, este estudo tem como objetivo geral estimular a adesão ao tratamento não medicamentosa da HAS pelos servidores sabidamente hipertensos do TCE/PB, por meio da participação em grupos educativos. Além disso, pretende-se, como objetivos específicos, melhorar o nível de informação dos participantes sobre a doença, seus fatores de risco e conseqüências do descontrole dos níveis pressóricos, estimular à adoção de práticas alimentares saudáveis, incentivar a realização de atividade física regular e incentivar a adoção de estilos de vida saudáveis.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 Fisiopatologia e manifestações clínicas da hipertensão arterial sistêmica

A PA é o produto do débito cardíaco multiplicado pela resistência periférica. O débito cardíaco, por sua vez, é o produto da frequência cardíaca multiplicada pelo volume sistólico. Considerado uma situação circulação normal, a pressão é exercida pelo fluxo sanguíneo através do coração e dos vasos sanguíneos. Deste modo, a pressão arterial alta pode resultar de uma alteração no débito cardíaco, de uma alteração na resistência periférica ou de ambas (SMELTEZER; BARE, 2005).

Sabe-se, como já mencionado, que a HAS é uma condição clínica multifatorial, ou seja, decorrente de várias causas e os fatores relacionados ao aparecimento dessa condição anormal guardam estreita relação com obesidade, sedentarismo, consumo de álcool e sal excessivos e estresse, além da idade. O quadro abaixo ilustra os principais fatores de risco e problemas cardiovasculares que ocorrem nos pacientes hipertensos (SMELTEZER; BARE, 2005).

QUADRO I: Descrição dos fatores de risco cardiovasculares nos pacientes hipertensos.

FATORES DE RISCO PARA PROBLEMAS CARDIOVASCULARES NOS PACIENTES HIPERTENSOS
<p>Principais fatores de risco:</p> <ul style="list-style-type: none">• Tabagismo;• Dislipidemia;• Diabetes melito;• Idade superior a 60 anos;• Sexo (homens e mulheres pós-menopausa);• História familiar de doença cardiovascular (em parente mulher com menos de 65 anos de idade ou parente homem com menos de 55 anos). <p>Lesão de órgão-alvo/doença cardiovascular clínica</p> <ul style="list-style-type: none">• Doença cardíaca (hipertrofia ventricular esquerda, angina ou infarto do miocárdio prévio, revascularização coronária prévia, insuficiência cardíaca);

- Acidente vascular encefálico ou AIT;
- Nefropatia;
- Doença arterial periférica;
- Retinopatia

Fonte: SMELTEZER; BARE (2005)

Trata-se de uma doença multifatorial que implica alterações dos mecanismos renais de retenção de sódio, nos sistemas renina- angiotensina e nervoso simpático, além da membrana celular (SILVA; COSTA; FERMINO, 2008; SMELTEZER; BARE, 2005). Deste modo, a morbidade causa modificações estruturais nos vasos sanguíneos, levando-os a processos ateroscleróticos, os quais contribuem para o aumento dos valores da PA (CINTRA et al ., 2006; LIMA; HATAGIMA; SILVA, 2007).

No que se refere aos sinais e sintomas da doença sabe-se que o exame físico pode não revelar anormalidades além da PA alta. Durante o exame clínico é possível que sejam detectadas alterações em órgão-alvo, como os olhos, que ao exame oftalmoscópico pode revelar alterações retinianas, como hemorragias, exsudatos, estreitamento arteriolar e manchas algodoadas. Já na hipertensão grave pode ocorrer papiledema. De modo geral, as pessoas com hipertensão podem estar assintomáticas e permanecer assim durante anos. No entanto, quando os sinais e sintomas sobrevêm, eles geralmente indicam a lesão vascular, com manifestações específicas relacionadas com os órgãos servidas pelos vasos afetados (SMELTZER; BARE, 2005).

A cardiopatia coronariana com angina ou infarto do miocárdio é uma consequência comum da HAS. Também pode ocorrer hipertrofia ventricular esquerda, em resposta a carga de trabalho aumentada do ventrículo considerando que no caso de HAS ele se contrai contra uma pressão sistêmica mais elevada. Quando a lesão cardíaca é extensa, surge a insuficiência cardíaca. Outro órgão afetado são os rins e os danos podem manifestar-se por nictúria. O envolvimento vascular cerebral pode ocasionar um acidente vascular encefálico ou acidente isquêmico transitório (AIT), manifestado por alterações na visão ou na fala, tontura, fraqueza, uma queda súbita ou hemiplegia. Os infartos cerebrais contribuem para a maioria dos acidentes vasculares cerebrais e AITs nos pacientes hipertensos (SMELTZER; BARE, 2005).

2.2 Estratégias para o enfrentamento da hipertensão arterial sistêmica

No que se refere ao tratamento da HAS, é consenso entre os pesquisadores que o mesmo deve ocorrer em várias frentes sendo a sua base o tratamento medicamentoso e o tratamento não medicamentoso, com abordagem multiprofissional.

O principal objetivo do tratamento é a redução da morbidade e da mortalidade cardiovasculares e, em se tratando do tratamento medicamentoso, algumas diretrizes devem ser observadas, durante a escolha do anti-hipertensivo que será utilizado, como descrito abaixo:

- Ser eficaz por via oral;
- Ser seguro e bem tolerado e com relação de risco/benefício favorável ao paciente;
- Permitir a administração em menor número possível de tomadas, com preferência para dose única diária;
- Ser iniciado com as menores doses efetivas preconizadas para cada situação clínica, podendo ser aumentadas gradativamente ressalvando-se que, quanto maior a dose, maiores serão as probabilidades de efeitos adversos;
- Não ser obtido por meio de manipulação, pela inexistência de informações adequadas de controle de qualidade, bioequivalência e/ou de interação química dos compostos;
- Ser considerado em associação para os pacientes com hipertensão em estágios 2 e 3 e para pacientes de alto e muito alto risco cardiovascular que, na maioria das vezes, não alcançam a meta de redução da pressão arterial preconizada com a monoterapia;
- Ser utilizado por um período mínimo de quatro semanas, salvo em situações especiais, para aumento de dose, substituição da monoterapia ou mudança das associações em uso
- Ter demonstração, em ensaios clínicos, a capacidade de reduzir a morbidade e a mortalidade cardiovasculares associadas à hipertensão arterial (característica para preferência de escolha (SBC, 2010).

As medicações utilizadas para controle da HAS podem ser de várias classes, sendo usual a associação de medicamentos de classes variadas para o controle dos níveis pressóricos de indivíduos hipertensos quando os mesmos já não respondem ao uso de uma única droga. O quadro abaixo resume as principais classes dos medicamentos utilizados para o controle da HAS:

ANTI-HIPERTENSIVOS	
Diuréticos	Hidroclorotiazida (25mg)
	Furosemida (40mg)
	Espironolactona (25mg e 100mg)
Beta-bloqueadores	Propranolol (40mg)
	Carvedilol (6,25mg e 12,5mg)
Inibidores da enzima conversora da angiotensina (ECA)	Enalapril (10 mg)
	Captopril (25 mg)
Bloqueador do receptor da enzima conversora da angiotensina I (BRA)	Losartan (50mg)
Bloqueador do canal de cálcio	Anlodipina (5mg)
Bloqueadores adrenérgicos centrais	Alfametildopa (500mg)
	Clonidina (0,150mg)

Fonte: SOUZA (2013)

No entanto, há que se considerar o caráter de cronicidade da doença haja vista que a HAS enquadra-se na definição de Barros (2006 apud SILVA, 2013) para o qual “as doenças crônicas são definidas como afecções de saúde que acompanham os indivíduos por longo período de tempo, podendo apresentar momentos de piora (episódios agudos, ou crises) ou melhora sensível”.

Freitas e Mendes (2007 apud Silva, 2013, p. 13) corroboram esse entendimento quando definem a doença crônica:

“como uma condição incapacitante que requer longo tempo de cuidado, bem como, ação contínua e concomitante de prevenção primária, secundária e serviço de reabilitação. Na doença crônica, o processo de cura é muito lento, ou mesmo, inexistente com a idade, gerando incapacidade residual e, algumas vezes, frequentes recorrências da doença”.

Nessa perspectiva, o tratamento da HAS vai exigir dos indivíduos acometidos muito mais do que o uso de medicamentos. Por tratar-se de um processo complexo, contínuo e permanente requer mudanças no estilo de vida (PERÉS; MAGNA; VIANA, 2007). Essas mudanças no estilo de vida incluem recomendações contidas no tratamento não medicamentoso e passam pela realização de uma terapia nutricional, prática regular de atividades físicas e outras mudanças no estilo de vida relacionadas ao controle do estresse e abandono do tabagismo e do etilismo (SILVA, 2013). Tais medidas aplicadas isoladamente ou associadas ao tratamento medicamento visam a alcançar metas específicas que estão descritas no quadro abaixo:

METAS DE CONTROLE DA PRESSÃO ARTERIAL CONSIDERANDO A CATEGORIA	
CATEGORIAS	METAS
Hipertensos estágios 1 e 2 com risco cardiovascular baixo e médio	<140/90
hipertensos e comportamento limítrofe com risco cardiovascular alto e muito alto, ou com 3 ou + fatores de risco	<130/80
Hipertensos com insuficiência renal com proteinúria >1,0g/l	<130/80

Fonte: RIBEIRÃO PRETO (2011)

No entanto, sabe-se que instituir mudanças no estilo de vida é uma tarefa difícil que requer abordagem multiprofissional. Não por acaso Peres, Magna, Viana (2007) mostraram que uma das dificuldades encontradas no atendimento a pacientes hipertensos é a falta de aderência ao tratamento. Segundo Lessa (1998), 50% dos hipertensos conhecidos não fazem nenhum tipo de tratamento e dentre aqueles que o fazem, poucos têm a PA controlada. Entre 30 a 50% dos hipertensos interrompem o tratamento no primeiro ano e 75%, depois de cinco anos.

Na concepção de Jardim et al (1996), modificar hábitos de vida envolve transformações na forma de viver e na própria ideia de saúde que o indivíduo possui. A concepção de saúde é formada por meio da vivência e experiência pessoal de cada indivíduo, tendo íntima relação com suas crenças, ideias, valores, pensamentos e sentimentos.

Nesta perspectiva, a educação em saúde torna-se uma importante ferramenta para o ensino às pessoas e seus familiares, viabilizando a socialização de informações e orientações sobre os mais variados temas relacionados à doença (SILVA, COSTA, FERMINO, 2008). Além de figurar dentre as políticas públicas para o controle da doença hipertensiva como uma das principais formas apontadas para estimular a adesão ao tratamento (RABELO; PADILHA, 1999).

A educação e o cuidado desenvolvido em grupo tornam-se, nesse contexto, em valiosa ferramenta para o enfrentamento dessa condição. Trata-se de uma perspectiva no atendimento às pessoas que viabiliza a troca de experiências no intuito de promover aprendizagem, respeitando a cultura e a história dos participantes. Tem-se na ação grupal, portanto, uma oportunidade de vivenciar o processo educativo (SILVA, COSTA, FERMINO, 2008). No que concerne às finalidades pode-se buscar variadas situações tais como: promoção da saúde com vistas à prevenção da condição crônica; prevenção específica de determinada condição crônica, como por exemplo, DM, HAS, câncer; controle da condição crônica; prevenção de complicações/evolução da condição crônica.

Camara et al (2012) acrescenta que as ações de educação em saúde devem ser capazes de estimular a consciência para que as pessoas possam tomar decisões melhores, envolvendo tanto as mudanças pessoais como as do meio ambiente. Devem buscar ainda, desenvolver nas pessoas um sentido de capacidade e responsabilidade pela própria saúde. Contribuindo para o desenvolvimento da cidadania, entendido como direito e incluir a dimensão social e política do processo saúde-doença.

Nessa abordagem pode se destacar o papel do enfermeiro. Segundo Toledo, Rodriguez e Chiesa (2007, p. 234):

“A enfermagem, enquanto uma prática social inserida na dinâmica das relações sociais pode atuar ampliando a consciência crítica dos grupos sociais quanto aos seus potenciais de fortalecimento/desgastes a que se expõem em suas formas de trabalhar e viver. Para tal, é imprescindível que sua prática esteja vinculada e pautada a uma proposta educacional de transformação social.”

Para a construção dessas práticas, pautada em uma proposta educacional de transformação social é necessário que o processo educativo seja eficaz. É necessário conhecer a atitude do indivíduo a respeito da doença da qual é portador. Muitas vezes, os costumes sobre as práticas de saúde, os valores e as percepções do paciente em relação à doença e ao tratamento são diferentes daqueles pensados pelos profissionais da saúde, já que são dois grupos socioculturais, linguísticos e psicológicos distintos. Torna-se, então, necessário conhecer e considerar as práticas populares de saúde para uma maior efetividade do atendimento (SAWAIA, 1994; SPINK, 1992).

Emerge nesse contexto a relevância da utilização de grupos educativos enquanto tecnologias do cuidado em enfermagem na medida em que possibilitam a produção do cuidado de forma coletiva. Para Soares et al (2010 apud Silva, 2013) as atividades em grupos de educação em saúde representam um auxílio no controle da doença, trazendo benefícios tanto aos usuários, as famílias como para os profissionais de saúde.

Enfatiza-se que esse tipo de trabalho não deve acontecer aleatoriamente é indispensável que seja estabelecida uma relação terapêutica entre a equipe envolvida nos trabalhos grupais, os usuários e com a família. Imbuído desse propósito, o profissional precisa possuir habilidades para coordenar e organizar os grupos, bem como estabelecer vínculo, confiança, afeto e respeito. Além disso, o contexto de vida dos sujeitos deve ser considerado na decisão pelas opções terapêuticas como defendem Malta e Merhy (2010).

A realização de grupos traz vantagens que devem ser consideradas quando se planeja intervir em grupos de usuários portadores de DCNT e nessa discussão, mais especificamente a HAS, quais sejam: facilitar a construção coletiva de conhecimento e a reflexão acerca da realidade vivenciada pelos seus membros, permitir a quebra da relação vertical (profissional - paciente) e ser um canal para a expressão das necessidades, expectativas e angústias (DIAS; SILVEIRA; WITT, 2009). Além disso, sabe-se que ao compartilharem suas vivências e experiências, os participantes constroem outras possibilidades para o enfrentamento da sua condição crônica.

É oportuno reforçar que tais grupos devem considerar em sua organização e funcionamento a adoção de práticas educativas criativas, baseadas em metodologias ativas, através das quais seja possibilitada aos envolvidos no processo uma construção coletiva na qual as crenças, valores e experiências prévias dos usuários sejam considerados, possibilitando com isso a troca de experiências e a aprendizagem coletiva (PRADO, 2013).

Dessa forma, as ações educativas em grupo propiciam a progressiva incorporação de novos conceitos, interação e coesão, maior comunicação entre as pessoas (tanto profissionais como pacientes) e maior significado atribuído às ações, que são valorizadas a partir do compartilhamento das experiências e vivências, sejam profissionais ou pessoais. Neste sentido, Freire (2002, p.25) afirma que “quem ensina aprende ao ensinar e quem aprende ensina ao aprender”, numa constante troca de conhecimentos. Em consonância com esta afirmação podemos observar que a maioria das grandes ideias é fruto do trabalho coletivo, de grupos de pessoas, que favorecem a criatividade e as novas concepções, atuando de forma dinâmica para chegar aos resultados.

3 MÉTODO

Trata-se de uma proposta de intervenção a ser realizada no TCE-PB com servidores hipertensos, por meio da participação em grupos educativos. Dessa forma, o presente estudo caracteriza-se como uma Tecnologia de Cuidado ou de Educação.

Segundo Vasconcelos (2007 apud Borba et al, 2013) os projetos de intervenção são um conjunto de ações que objetivam a transformação de algo que está funcionando à descontento, apresentando inviabilidade ou puramente necessita ser melhorado. Isso abrange a organização e administração dos serviços de saúde, o processo de trabalho dos profissionais envolvidos, a assistência propriamente dita e as ações de educação em saúde. Para o autor supracitado este tipo de metodologia permite, ainda, investigar os efeitos de uma intervenção em um determinado público. Para isso, é necessário o conhecimento da realidade na qual o projeto será executado e de metodologia de pesquisa (VASCONCELOS, 2007).

3.1 Cenário da intervenção

O cenário da intervenção será o Tribunal de Contas do Estado da Paraíba (TCE/PB), órgão público estadual que funciona na Rua Professor Geraldo Von Sohsten, 147, em Jaguaribe, João Pessoa, PB.

Trata-se de um órgão da administração pública cuja competência consiste em acompanhar a gestão, fiscalizar e analisar os processos de prestações de contas, atos de admissão de pessoal, aposentadorias e pensões, licitações, contratos e convênios de pelo menos 59 órgãos da administração estadual, quais sejam: 20 secretarias; 10 autarquias, 09 fundações; 12 sociedades de economia mista; 04 empresas públicas; 15 fundos; 06 órgãos em regime especial; 223 prefeituras municipais; 20 órgãos entre secretarias e outros da administração indireta do município de João Pessoa; 16 órgãos entre secretarias e outros da administração indireta do município de Campina Grande, para citar, apenas, os dois maiores (TCE, 2014).

O Setor Médico é um dos setores que compõem a estrutura do TCE/PB e foi fundado em janeiro de 1985. Desde então ele passou a funcionar com dois médicos e duas enfermeiras. No ano de 1999 os serviços do setor foram expandidos com a inclusão do serviço odontológico, que funciona com duas odontólogas e uma auxiliar de consultório dentário. Mais recentemente, os serviços foram novamente expandidos com a inclusão de uma psicóloga.

O serviço funciona oferecendo atendimentos eletivos aos servidores da casa, com livre demanda. Além disso, atua no nível da promoção da saúde e da prevenção de doença, por meio da realização de campanhas educativas, sendo esta a principal atividade do Setor. Anualmente são realizadas, em média, oito campanhas, abordando os mais variados temas, desde a prevenção dos cânceres mais prevalentes no país, até a prevenção da HAS, diabetes mellitus (DM), doenças ocupacionais, incentivo à doação de sangue dentre outros.

3.2 Caracterização dos sujeitos da intervenção

Atualmente, o TCE/PB conta com 448 servidores, sendo 244 do sexo masculino e 204 do sexo feminino, com idade variando entre 20 e 80 anos.

A intervenção, por meio de grupos, será realizada junto aos servidores do TCE/PB já diagnosticados como portadores de HAS. Esses servidores serão recrutados a partir de uma seleção que será realizada nos prontuários médicos dos servidores. Tal busca será facilitada pelo fato do Setor Médico dispor de prontuário eletrônico, o que viabiliza esse tipo de pesquisa, permitindo identificar com rapidez e agilidade os servidores que se enquadram nesse grupo.

3.3 Procedimentos da intervenção

A intervenção consistirá na criação de um grupo de hipertensos, a partir da identificação entre os servidores daqueles que são portadores de HAS. Para a concretização da intervenção serão propostos os seguintes passos:

- PASSO 1: Identificar, entre os servidores da casa, aqueles sabidamente portadores de HAS por meio de pesquisa nos prontuários médicos eletrônicos dos servidores do TCE/PB;
- PASSO 2: Cadastrar os servidores portadores de HAS;
- PASSO 3: Estabelecer calendário de reuniões para os encontros do grupo de hipertensos, com padrão mensal, durante o ano de 2014;
- PASSO 4: Convidar os servidores cadastrados para as reuniões do grupo de hipertensos. Os encontros ocorrerão mensalmente, sempre às 17:00 horas (considerando que o expediente na instituição é vespertino e se encerra as 19:00 horas) com duração média de 1 hora, na sala de eventos do TCE-PB.

- PASSO 5: Promover o grupo de hipertensos, com início previsto para junho de 2014. Nestes grupos serão discutidos vários temas relacionados à HAS, com enfoque na importância da adesão à terapia não medicamentosa como estratégia para o controle da HAS. Os grupos de hipertensos serão liderados pelas enfermeiras do Setor Médico. Outros profissionais do Setor Médico poderão contribuir com o grupo, além de profissionais de outras especialidades que não são servidores da casa e que atuam de forma voluntária no TCE/PB. Estes voluntários serão convidados formalmente pela Diretoria do TCE/PB.

Como um marco inaugural das ações grupais será realizado uma palestra ministrada pelo médico cardiologista do quadro de servidores da casa. Os grupos serão realizados de junho a dezembro de 2014 e será avaliada a eficácia da intervenção em dois momentos (avaliação parcial em setembro e avaliação final em dezembro). Estas avaliações serão mediante a elaboração de relatórios contendo dados relativos à participação nos grupos, mudanças de hábitos de vida notáveis e mencionados pelos próprios servidores, bem como melhora nos padrões clínicos dos servidores participantes do grupo.

Entre os temas que serão abordados nos grupos temos:

- Fatores de risco para o desenvolvimento da HAS: conhecendo e diferenciando os fatores de risco modificáveis dos não modificáveis (Afinal o que pode ser feito?);
- Importância da atividade física para o controle dos níveis pressóricos;
- Relação do sobrepeso com a HAS, considerando o contexto da HAS e as restrições alimentares que o agravo exige (Afinal, o que devemos comer?);
- Relação do etilismo com a HAS;
- Relação do tabagismo com a HAS.

Ressalta-se que cada um dos temas descritos pode ser abordado mais de uma vez e de formas diferentes considerando a necessidade e o perfil do grupo.

2.4 Recursos necessários

No que se refere aos recursos humanos para a consecução da intervenção proposta será necessário a participação dos profissionais integrantes do Serviço Médico do TCE-PB, em

especial das enfermeiras, além dos profissionais voluntários conforme mencionado anteriormente.

Para a realização dos grupos serão utilizados recursos audiovisuais e visuais. Os recursos visuais, tais como folders, cartilhas, banners serão os mesmos utilizados pela Secretaria Estadual de Saúde (SES/PB) por ocasião da divulgação das campanhas nacionais de HAS. Além desses, serão utilizados outros criados e confeccionados pela equipe de criação do TCE/PB.

Os recursos materiais incluem os itens descritos abaixo:

Item	Descrição	Quantidade
Papel A4	Resma	01
Canetas piloto	Caixas com 12 unidades	05
Cartolina comum	Unidade	50
Data show	Unidade	01
Computador portátil	Unidade	01
Canetas esferográficas	Caixas com 30 unidades	02
Cartucho de tinta preto	Unidade	04
Cartuchos de tinta colorido	Unidade	04
Impressora	Unidade	01
Cartilhas educativas	Unidade	150

Será utilizada também uma sala para as reuniões, a sala de eventos do TCE/PB, espaço criado especialmente para a realização de ações grupais.

2.5 Cronograma de execução

A criação do grupo de hipertensos do TCE/PB ocorrerá de acordo com o cronograma abaixo:

Ação		2014									
		Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez
Elaboração do projeto de intervenção											
Passos para a concretização da intervenção	Passo 1										
	Passo 2										
	Passo 3										
	Passo 4										
	Passo 5										
Avaliação	Elaboração de relatório parcial										
	Elaboração de relatório final										

3.6 Orçamento e financiamento

Os materiais que serão necessários à execução do projeto de intervenção proposto estão descritos abaixo. Esclarece-se que todos os materiais abaixo relacionados serão fornecidos pelo TCE/PB. As cartilhas educativas serão fornecidas gratuitamente pela SES/PB e outras que se façam necessárias serão produzidas e confeccionadas pelo próprio TCE/PB.

Item	Descrição	Quantidade	Valor unitário	Valor total
Papel A4	Resma	01	14,00	14,00
Canetas piloto	Caixas com 12 unidades	05	12,00	60,00
Cartolina comum	Unidade	50	0,50	25,00
Data show	Unidade	01	*	*
Computador portátil	Unidade	01	*	*
Canetas esferográficas	Caixas com 30 unidades	02	15,00	30,00
Cartucho de tinta preto	Unidade	04	25,00	100,00
Cartuchos de tinta colorido	Unidade	04	25,00	100,00
Impressora	Unidade	01	*	*
Cartilhas educativas	Unidade	150	**	**
Total Geral				329,00

*Patrimônio do TCE/PB

**Serão fornecidas pela SES/PB

2.7 Viabilidade da proposta

Trata-se de um projeto de intervenção construído com base na realidade e nas necessidades de saúde dos servidores hipertensos do TCE/PB e considerando os recursos materiais e humanos atualmente existentes no serviço. O projeto apresenta baixo custo e é de fácil execução. Foi pensado sob a atual lógica de trabalho do Serviço Médico que prioriza as ações de promoção à saúde e de prevenção de doenças, sendo, portanto, totalmente viável a sua realização no período de tempo proposto, podendo ser prorrogado de acordo com os resultados obtidos.

4 RESULTADOS PRETENDIDOS

Com a realização das ações propostas nesse projeto de intervenção (grupos de hipertensos) espera-se alcançar os seguintes resultados:

- Obter adesão de 75% dos hipertensos cadastrados nos encontros mensais;
- Aprimorar o nível de conhecimento dos servidores hipertensos sobre os fatores de risco relacionados à HAS e as estratégias que podem ser utilizadas para controlá-los em 100% dos hipertensos cadastrados;
- Reduzir em 50% o número de urgências clínicas atendidas no Serviço Médico do TCE/PB relacionados principalmente a picos hipertensivos;
- Incentivar a prática regular de atividade física entre 100% dos hipertensos cadastrados;
- Estimular o controle do peso como estratégia para o controle da HAS entre 100% dos participantes do grupo;
- Estimular o abandono do fumo entre 75% dos hipertensos cadastrados;
- Melhorar a adesão à terapêutica não medicamentosa entre 85% dos hipertensos cadastrados.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realidade de muitos pacientes hipertensos hospitalizados por complicações cardiovasculares associadas ao mau controle da HAS reforça a necessidade de ações de promoção à saúde e prevenção de doenças. Neste sentido, a estruturação desse projeto de intervenção, por meio de grupos, emerge como uma estratégia de atuação junto aos servidores hipertensos do TCE/PB.

Tal proposta está baseada em pressupostos da educação em saúde e elegeu a estratégia do trabalho em grupo enquanto uma tecnologia do cuidado em enfermagem que permite o alcance dos objetivos propostos. Trata-se de uma proposta de baixo custo, que contará com recursos humanos e materiais do próprio serviço e que foi pensada para fazer frente a uma situação da realidade institucional. Além disso, pode ser replicada em outras realidades uma vez que sua operacionalização não exige grandes recursos.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, P. C.; STOTZ, E. N. A educação popular na atenção básica à saúde no município: em busca da integralidade. *Interface*. 2004;8(15):259-74.

BORBA, A. K. O. T. et al. *Projetos de Intervenção em Saúde: estruturação*. Recife: [s.n.], 2013. 63 p.

BRASIL. Ministério da Saúde - Sistema de Informação de Atenção Básica – SIAB 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde, Brasília. 2009. Pág 337–362.

CARNEIRO, A. C. L. L; SOUZA, V.; GODINHO, L. K.; FARIA, I. C. M.; et al. Health promotion education in the context of primary care. *Rev Panam Salud Publica*. 2012;31(2): 115-20.

CESARINO, C. B.; CIPULLO, J. P; MARTIN J. F. V; et al. Prevalência e fatores sociodemográficos em hipertensos de São José do Rio Preto. *Arq Bras Card* 2008; 91(1): 31–35.

FORTUNA, C. M.; MATUMOTO, S.; PEREIRA, M. J. B; et al. Educação permanente na estratégia saúde da família: repensando os grupos educativos. *Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet]*. jul.-ago. 2013 [acesso em: 12 de abril de 2014];21(4):[08 telas].

FORTUNA, C. M; MATUMOTO, S.; PEREIRA, M. J. B. et al. Nurses and the collective care practices within the family health strategy. *Rev. Latino- Am. Enfermagem*. 2011;19(3):581-8.

LESSA, Í. Epidemiologia da hipertensão arterial sistêmica e da insuficiência cardíaca no Brasil. *Rev Bras Hipertens* vol 8(4): outubro/dezembro de 2001.

MALTA, D. C; MOURA, L.; SOUZA, F. M; ROCHA, F. M; FERNANDES, F. M. Doenças crônicas não-transmissíveis: mortalidade e fatores de risco no Brasil, 1990 a 2006 in *Saúde Brasil 2008*.

NOBRES, MT. *Arq Bras Card* 2009; 93(6): 672–678.

PÉRES, D. S; MAGNA, J. M.; VIANA, L. A. Portador de hipertensão arterial: atitudes, crenças, percepções, pensamentos e práticas. *Rev Saúde Pública* 2003;37(5):635-42.

Portal do Tribunal de Contas do Estado da Paraíba. Disponível em: <http://portal.tce.pb.gov.br/institucional/compete-a-instituicao/>. Acesso em> 01 de abril de 2014.

RODRIGUES, I. C. Prevalência e fatores sociodemográficos em hipertensos de São José do Rio Preto. *Arq Bras Card* 2008; 91(1): 31–35.

SILVA, D. M. G. V. Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem: Tecnologias do cuidado em saúde. In: SILVA, D. M. G. V.; MEIRELLES, B. H. S.; ZANETTI,

M. L.; et al. – Florianópolis (SC): Universidade Federal de Santa Catarina/Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2013.

SILVA, D. M. G. V. Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem: Cronicidade e suas inter-relações na atenção à saúde. In: SILVA, D. M. G. V.; ALMEIDA, A. M.; MEIRELLES, B. H. S.; et al. - Florianópolis (SC): Universidade Federal de Santa Catarina/Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2013.

SILVA, R. V.; COSTA, P. P.; FERMINO, J. S. Vivência de educação em saúde: o grupo enquanto proposta de atuação. Trab. educ. saúde, Rio de Janeiro , v. 6, n. 3, 2008 .

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. Arq Bras Cardiol 2006 Fev: 1–48

SOUZA, A. I. J. Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem: Introdução à saúde materna, neonatal e do lactente no contexto das redes de atenção à saúde. In: SOUZA, A. I. J.; MELLO, D. F.; GOMES, F. A. G.– Florianópolis (SC): Universidade Federal de Santa Catarina/Programa de Pós- Graduação em Enfermagem, 2013.

TOLEDO, M. M.; RODRIGUES, S. de C.; CHIESA, A. M. Educação em saúde no enfrentamento da hipertensão arterial: uma nova ótica para um velho problema. Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 2007 Abr-Jun; 16(2): 233-8.

VASCONCELOS, E. M. Complexidade e pesquisa interdisciplinar: epistemologia e metodologia operativa. Vozes, 2002.344p.

WILLIAMS, B. The year in hypertension. JACC 2010; 55(1): 66–73.