



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE SAÚDE PÚBLICA
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO MULTIPROFISSIONAL NA ATENÇÃO BÁSICA 2015

Oslarys Perez Carmenates

Implantação de estratégias de saúde para redução de
fatores de risco da Hipertensão Arterial Sistêmica
(HAS) na Unidade Básica de Saúde (UBS) Flavio Cini
do município de Piraquara - PR

Florianópolis, Março de 2016

Oslarys Perez Carmenates

Implantação de estratégias de saúde para redução de fatores de risco da Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) na Unidade Básica de Saúde (UBS) Flavio Cini do município de Piraquara - PR

Monografia apresentada ao Curso de Especialização Multiprofissional na Atenção Básica da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito para obtenção do título de Especialista na Atenção Básica.

Orientador: Girlane Mayara Peres
Coordenador do Curso: Prof. Dr. Antonio Fernando Boing

Florianópolis, Março de 2016

Oslarys Perez Carmenates

Implantação de estratégias de saúde para redução de fatores de risco da Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) na Unidade Básica de Saúde (UBS) Flavio Cini do município de Piraquara - PR

Essa monografia foi julgada adequada para obtenção do título de “Especialista na atenção básica”, e aprovada em sua forma final pelo Departamento de Saúde Pública da Universidade Federal de Santa Catarina.

Prof. Dr. Antonio Fernando Boing
Coordenador do Curso

Girlane Mayara Peres
Orientador do trabalho

Florianópolis, Março de 2016

Resumo

Nas estatísticas de saúde pública percebe-se que a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) tem elevada prevalência e baixas taxas de controle, sendo por isso considerada um dos mais importantes problemas de saúde pública. O controle adequado dos pacientes com HAS deve ser uma das prioridades da Atenção Básica partindo da premissa que o diagnóstico precoce, o controle e o tratamento adequado dessa afecção são essenciais para diminuição dos eventos cardiovasculares adversos. As doenças cardiovasculares são a principal causa de morte no Brasil. Os principais fatores de risco para essas doenças são a hipertensão arterial, a dislipidemia, tabagismo e diabetes. De acordo com faixa etária, sexo, valores de pressão arterial sistólica, valores da razão entre o colesterol total e a fração HDL, presença de tabagismo e diagnóstico de diabetes, é possível estabelecer o risco de infarto do miocárdio e angina do peito em dez anos. Avaliou-se o risco para o desenvolvimento de eventos cardiovasculares agudos de acordo com os critérios de Framingham revisada por D'Agostino com hipertensos da unidade básica de saúde Flavio Cini, Jardim Primavera do município de Piraquara, Paraná com o objetivo de implantar estratégias de saúde na redução de fatores de risco na hipertensão arterial sistêmica. O estudo tipo ensaio comunitário, envolve 250 hipertensos. Para abordagem dos pacientes será feito o cadastramento e a estratificação de risco cardiovascular pelo escore de Framingham, seguida de abordagem direcionada, com agendamento de consultas conforme prioridade, a procura dos usuários hipertensos pela unidade, seja para consulta, troca de receita ou outros pelos agentes comunitários de saúde. A partir da implementação do plano de ação proposto pretende-se reduzir o número de fatores de risco na Hipertensão Arterial Sistêmica através da implantação de estratégias de saúde, diminuindo o número de pacientes de alto risco e aumentando a quantidade de pacientes categorizados de baixo risco. Pelo exposto, e por ser a hipertensão arterial uma enfermidade crônica para a qual não existe cura, mas com a possibilidade de prevenção e de controle efetivo, a adoção de medidas e ações adequadas de vigilância à saúde pelas ESF pode reduzir o impacto socioeconômico provocado por este agravo e contribuir para a melhoria na qualidade de vida da população.

Palavras-chave: Hipertensão Arterial Sistêmica, Prevenção de Doenças, Atenção primária à saúde

Sumário

1	INTRODUÇÃO	9
2	OBJETIVOS	13
2.1	Objetivo Geral	13
2.2	Objetivos Específicos	13
3	REVISÃO DA LITERATURA	15
4	METODOLOGIA	25
5	RESULTADOS ESPERADOS	31
	REFERÊNCIAS	33

1 Introdução

Através da Estratégia Saúde da Família procuramos mudar a atenção e a assistência em saúde na Atenção Básica. Nesse sentido, uma alteração que se deseja é a substituição de uma assistência passiva, individualizada, curativa e, muitas vezes improvisada, por um cuidado que também pense na promoção de saúde, na prevenção de doenças e planeje e avalie suas ações. O processo de trabalho em equipe constitui-se em uma prática na qual é fundamental a comunicação entre os profissionais no exercício cotidiano do trabalho. Nesse sentido, a inserção dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) acrescenta mais uma importante instância para tornar a Atenção Básica mais próxima do ideal de intervenções de saúde em uma perspectiva ampla e integral diante das necessidades dos usuários e das comunidades. O atendimento deve de ser integral e interdisciplinar, tendo como objetivo a atuação integral em saúde, é preciso que os profissionais da Atenção Básica realizem o trabalho de forma integrada.

Nossa Unidade Básica de Saúde (UBS) Flavio Cini no município de Piraquara atende aos moradores das Vilas Jardim Primavera, Jardim Santa Mônica, Jardim Esmeralda, Planta Iraí. No território adscrito à UBS temos organizações e movimentos sociais como a Associação de Moradores, Associação Beneficente Hospital São Roque, Igrejas Católicas e Igrejas Evangélicas, e os movimentos sócias como Bailes da terceira idade, Ginástica, CRAS Itinerante. Entre as entidades representativas da comunidade e as lideranças comunitárias estão: Conselho Local de Saúde (ativo), Equipe de Saúde da Família com 8 agentes comunitários de saúde, 1 Associação de Moradores, Igrejas: 11, Católicas 3 , Evangélicas 8, escolas.

Os serviços públicos do bairro são a Unidade Básica de Saúde com 1 Equipe de Saúde da Família, unidade saúde chamada casa de extensão Germano Traple que faz tratamento curativos das sequelas de hanseníase e outras lesões dermatológicas, 2 escolas municipais (atendimento 1o ao 5o ano de ensino fundamental),1 colégio estadual (atendimento 6° ao 9° ano do ensino fundamental e o ensino médio 1° ao 3° ano),1 colégio privado,1 casa de cuidados de pacientes idosos .

Temos áreas de risco ambiental e social como casas às margens da linha férrea sem instalação de redes de esgotos que vertem o esgoto em uma Valeta que sai do Hospital São Roque, pontos de venda e consumo de drogas ilícitas que ficam perto da linha férrea, bares distribuídos que intensificam o consumo de álcool. A renda familiar é em média de dois salários mínimos na grande maioria das famílias, sendo que o casal trabalha fora na maior parte das famílias. Todas as famílias que necessitam estão incluso nos programas Bolsa Família e leite das crianças. Também se beneficiam de outros programas sociais: auxilio a gestantes, luz fraterna, renda de agua e auxilio a famílias de reclusos, entre outras.

A Equipe de Saúde da Família acompanha uma população de 12237 pessoas, cadastra-

dos 6540, mulheres 3549 e homens 2991. Temos uma prevalência de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) de 627 pacientes, com uma incidência em outubro de cinco casos para um total de 632 hipertensos. A prevalência de diabéticos é de 197, com uma incidência em outubro de três casos para um total de 200 pacientes diabéticos. Em outubro não tivemos incidência de tuberculoses para uma prevalência de três casos. Nós realizamos o acompanhamento de pessoas com HAS, Diabetes e Tuberculose, mediante as consultas programadas de os programas de saúde e visitas pelos Agentes comunitários de Saúde (ACS), visitas domiciliares e busca ativa, contribuindo em a melhor organização do trabalho, e assim melhorarem a saúde da população.

As cinco queixas mais comuns que levaram a população a procurar a unidade de saúde em 2014 até o mês de outubro foram a HAS, cefaleias, dor nas costas, dor lombar, infecção vias respiratórias, as infecções de trato urinário e doenças mentais. Os atendimentos com a demanda esperada se realizam mediante os programas de agendamento e programas de saúde, com acolhimento da enfermagem. Tivemos 2 óbitos em menores de 1 ano de idade em 2014, um prematuro com baixo peso ao nascer, outro foi um natimorto com sofrimento fetal.

Entre as principais causas de morbidade e mortalidade hospitalar, estão as doenças cardiovasculares (HAS), metabólicas (DM), AVC, respiratórias agudas e crônicas e as causas externas. As cinco principais causas de mortes dos residentes em 2014 foram infarto cardíaco, doenças respiratórias crônicas, diabéticos, neoplasias e causas externas. As principais causas de internações em idosos foram a HAS descompensada, diabéticos descompensados, pneumonias, AVC e a desidratação por diarreias. Do ponto de vista epidemiológico se destaca a situação com a prevalência de pacientes com sequelas de hanseníase já que a comunidade começa a se formar com pacientes que ficavam internados no Hospital São Roque que foi antigamente um hospital de internação a pacientes com Hanseníase e quando os pacientes saíam de alta continuavam morando em nossa comunidade.

Diante do exposto, identificamos que o problema prioritário a ser trabalhado na comunidade é a Hipertensão arterial sistêmica. Os fatores de risco desta doença colaboram muito para os avanços na epidemiologia cardiovascular. Algumas ações como a redução do peso corporal, a restrição alcoólica, o abandono do tabagismo e a prática regular de atividade física vem se confirmando como estratégias eficazes no combate a hipertensão. O projeto proposto pretende expor o problema da hipertensão em adultos e este poderá contribuir e servir de alerta para que os profissionais de saúde e de outras áreas possam tomar atitudes e propor ações sistemáticas para fazer o diagnóstico precoce evitando complicações futuras consecutivas à instalação da doença crônica.

O estudo deste tema é importante para nossa comunidade uma vez que há aumento da incidência e prevalência de hipertensos em nossa área de abrangência, pelo significativo número de pessoas que desconhecem os fatores de risco atribuíveis à doença, neste sen-

tido realizaremos atividades de prevenção e promoção em saúde sobre as DCNT, ou seja realizar um trabalho contínuo de educação para a saúde ensinando quais são os fatores de risco mais importantes para o desenvolvimento da doença, ações de prevenção e promoção dessas doenças, entre outros. Dessa forma, os profissionais poderão ampliar seus conhecimentos sobre os fatores de risco associados à hipertensão, para que possam promover ações educativas, intervenções, esclarecimentos e conscientização da população em geral, principalmente sobre estilos de vida saudáveis, verificando a efetividade de programas no controle da hipertensão e, diminuição ou remoção dos fatores de risco associados a ela.

Meu objetivo é que aconteçam mudanças na vida dos hipertensos, a partir do controle da doença com tratamento não farmacológico que inclui a restrição de alimentos ricos em sódio, lipídios e carboidratos simples, abandono do tabagismo e de consumo de bebidas alcoólicas, controle do peso e do estresse, a realização de atividade física e ainda o aumento da ingestão de potássio, controle das dislipidemias, suplementação de cálcio e magnésio e atividade anti estresse, sendo necessário o envolvimento dos profissionais de saúde.

2 Objetivos

2.1 Objetivo Geral

Implantar estratégias de saúde para reduzir os fatores de risco em pacientes hipertensos da UBS de Flavio Cini, Piraquara - PR.

2.2 Objetivos Específicos

- Caracterizar o perfil dos hipertensos da UBS;
- Identificar os fatores que dificultam o controle da Hipertensão Arterial pelos pacientes;
- Identificar os fatores de risco cardiovasculares relativos à hipertensão arterial;
- Planejar com a equipe de saúde estratégias de intervenções.

3 Revisão da Literatura

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é um dos grandes problemas de saúde pública no Brasil e no mundo. É uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial (PA). A hipertensão é considerada uma doença assintomática de evolução clínica lenta que sem um tratamento adequado, pode ter consequências graves, comprometendo a qualidade de vida do portador. 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 no risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais, como doença arterial coronariana, acidente vascular encefálico, doença vascular periférica, insuficiência renal e insuficiência cardíaca congestiva, dentre outras. (SILVAI, 2014, p. Silvai,(2014))

No Brasil são cerca de 17 milhões de portadores de hipertensão arterial, 35% da população de 40 anos e mais e tal número é crescente. Seu aparecimento está cada vez mais precoce e estima-se que cerca de 4% das crianças e adolescentes também sejam portadoras. A carga de doenças e apresentada pela morbimortalidade devida a essa patologia é muito alta e por tudo isso a hipertensão arterial é um problema grave de saúde pública mundialmente.

No âmbito mundial, inclusive neste país, as doenças cardiovasculares (DCV) constituem a primeira causa de morbimortalidade em adultos em relação a qualquer outra causa e cada vez mais pessoas morrem anualmente por estas doenças, Uma delas é a hipertensão arterial sistêmica (HAS) que por sua vez, multiplica o risco para o desenvolvimento de outras DCV. Portanto é um importante fator de risco a ser considerado na morbimortalidade cardiovascular.

Na assistência ao portador de HAS, as ações de saúde devem contemplar a abordagem para redução dos fatores de risco para as DCV por meio de uma terapêutica medicamentosa e mudanças no estilo de vida. O sucesso para o controle dos fatores mencionados dependem da adesão do paciente e, para isso, a equipe de saúde deve utilizar a educação em saúde como ferramenta principal, além das consultas individuais. Todas essas intervenções devem ser realizadas no primeiro nível de atenção a saúde, especificamente na Estratégia de Saúde da Família (ESF). Ela por sua conformação e processo de trabalho pressupõe um vínculo com a comunidade e usuários e melhores condições para controle dos fatores de risco para as doenças cardiovasculares, pela natureza multidisciplinar dos atendimentos.(FERREIRA, 2009)

Quanto ao atendimento clínico, as diretrizes e os protocolos para tratamento da HAS recomendam a avaliação do risco cardiovascular em hipertensos e uma forma de classificá-lo e a utilização de algoritmos, sendo o modelo de Framingham recomendado pelas diretrizes brasileiras. O estudo de Framingham, iniciado em 1948, teve como objetivo investigar

os fatores de risco para as doenças do coração, pois foi uma época de transição epidemiológica em que a mortalidade e a incidência da DCV aumentavam progressivamente e pouco se conhecia sobre seus fatores de risco e fisiopatologia.(CARDIOLOGIA, 2007)

A hipertensão arterial é uma doença de alta prevalência, que acomete 35% da população brasileira acima dos 40 anos. Quando não tratada de maneira adequada, tem importante repercussão na qualidade de vida dos indivíduos acometidos. A hipertensão arterial é causa de lesões em órgãos-alvo, como o cérebro (acidente vascular encefálico), o coração (hipertrofia miocárdica, infarto do miocárdio), e, como via final, a miocardiopatia dilatada, comprometimento das artérias de extremidades, dos vasos da retina (até cegueira) e os rins (insuficiência renal crônica). A hipertrofia ventricular esquerda (HVE) induzida pela hipertensão arterial é um fator independente de risco cardiovascular. A ocorrência de eventos como insuficiência cardíaca, doença coronária, insuficiência renal e acidente vascular encefálico é maior em pacientes hipertensos com HVE quando comparados aos demais hipertensos, estando também relacionada ao aumento de arritmias e morte súbita, proporcional ao grau de hipertrofia. Além disso, independentemente da presença de HVE, as alterações da função diastólica podem ser consideradas algumas das anormalidades mais precoces da disfunção miocárdica. Já o infarto do miocárdio, com consequente necrose, pode evoluir com diferentes níveis de seqüela e limitação funcional, chegando a restrições importantes da capacidade física. Na última década, as doenças cardiovasculares foram a terceira causa de internação no Sistema Único de Saúde (SUS) e a primeira causa de gastos com saúde.(BÁSCA, 2006)

O controle adequado da pressão arterial em indivíduos hipertensos é a principal estratégia para prevenção das complicações cardiovasculares da doença. Entretanto, em levantamento de 14 estudos populacionais realizados no Brasil entre 1992 e 2009, observaram-se baixos níveis de controle da pressão arterial, apenas 19,6%.

Do ponto de vista da educação nas profissões da saúde, as diretrizes curriculares nacionais de 2001 para os cursos de graduação em Medicina, Enfermagem e Nutrição reforçam e estimulam a formação de profissionais que sejam capazes de atender de forma adequada a demanda local e regional do SUS, particularmente na Atenção Primária, local de atendimento preferencial dos indivíduos portadores de hipertensão arterial. Preconizam que o eixo do desenvolvimento curricular atenda “ *as necessidades de saúde mais frequentes, referidas pela comunidade e identificadas pelo setor saúde, utilizando metodologias que privilegiem a participação ativa do aluno na construção do conhecimento e a integração entre os conteúdos, além de estimular a interação entre o ensino, a pesquisa e a extensão/assistência*”.(CARDIOLOGIA, 2010) Assim o entendimento da fisiopatologia e das repercussões causadas pela hipertensão arterial irá influenciar e modificar as condutas adotadas por profissionais de saúde, melhorando o prognóstico dos pacientes a quem prestam assistência. Para isso, além do suporte para a formação do profissional, o constante avanço tecnológico vem auxiliando a medicina por meio de métodos diagnósticos e de tra-

tamento, oferecendo ferramentas de trabalho que podem ser relevantes para a formação de profissionais capacitados.(SOARES, 2011)

Segundo o Ministério da Saúde (2001) a hipertensão arterial é uma doença crônica, não transmissível, de natureza multifatorial assintomática, na grande maioria dos casos, que compromete fundamentalmente o equilíbrio dos mecanismos vasodilatadores e vasoconstritores, levando a um aumento da tensão sanguínea nos vasos, capaz de comprometer a irrigação tecidual e provocar danos aos órgãos por eles irrigados. A hipertensão arterial sistêmica é uma das doenças que cada vez mais acomete um maior número de pessoas e que pode levar às complicações cardiovasculares resultando em óbito. Apesar do fácil diagnóstico e dos avanços expressivos na produção de novos medicamentos na indústria farmacêutica. Embora um problema de saúde pública percebe-se que ainda há um número elevado de indivíduos hipertensos não tratados ou tratados inadequadamente.(SAÚDE, 2006) E que por se tratar de uma doença “silenciosa”, ou seja, em muitos casos assintomáticos faz com que o paciente não reconheça ser um risco potencial para as doenças cardiovasculares e que necessita mudanças no estilo de vida associado ao uso correto da medicação.

Em termos epidemiológicos a hipertensão arterial traz consequências negativas quanto ao aumento no quadro de morbidade e mortalidade nas doenças cardiovasculares. Os inquéritos populacionais realizados em cidades brasileiras nos últimos 20 anos apontaram a prevalência de HAS acima de 30,0%. Considerando-se os valores de PA 140/90 mmHg, 22 estudos encontraram prevalências entre 22,3% e 43,9% (média de 32,5%, superior a 50,0% dos pacientes com idade entre 60-69 anos, chegando a 75,0% quando >70 anos. A prevalência foi 35,8% entre homens e 30,0% em mulheres, semelhante as estatísticas de outros países. Uma revisão sistemática quantitativa de 2003 a 2008, de 44 estudos em 35 países, revelou uma prevalência global de 37,8% em homens e 32,1% em mulhere.(CARDIOLOGIA, 2010)

Abordar a Hipertensão Arterial (H.A.) como grave problema de Saúde Pública implica na busca para conhecer as dificuldades de cunho psicossocial, econômico, biológico e cultural que envolve os seus portadores. Entender tais dificuldades torna-se relevante, principalmente ao articulá-las às condições de produção de conhecimento sobre a doença no imaginário social. O conhecimento possibilita a identificação de experiências vivenciadas pelos portadores, familiares e profissionais de saúde em relação à doença.(CARDIOLOGIA, 2010)

Os programas sociais e de saúde do governo para hipertensão devem contemplar as classes sociais de menor poder aquisitivo e de baixa escolaridade. Embora o acesso aos serviços de saúde seja mais fácil ao público de maior renda. Sabe-se que há maior adesão entre os mais educados e de melhor escolaridade, pois aceitam as medidas de promoção e proteção à saúde mais facilmente. Para aderir às orientações desse porte é necessário um bom nível de escolaridade e renda, um adequado conhecimento da doença e rigorosa

autodisciplina do paciente (LESSA, 1998).

Estudos sobre não aderência, de pacientes hipertensos, ao tratamento demonstram que o fator mais relevante é o aspecto pessoal, que envolve relacionamentos com as pessoas responsáveis pelo atendimento. Assim o relacionamento enfermeira paciente, psicólogo-paciente, farmacêutico-paciente, ou a inclusão de uma terceira pessoa no relacionamento médico-paciente, melhora os níveis de aderência.(RAYMUNDO, 2014) Estas requerem não apenas as mudanças na forma de viver, mas, no entendimento relativo ao processo saúde/doença. Considera-se que cada indivíduo, com base em experiências pessoais, manifesta concepções sobre este processo, as quais apresentam estreita relação com suas crenças e pensamentos. Estudando as representações sociais da Hipertensão Arterial sobre a doença refere que mulheres portadoras não se consideram doentes, pois, na concepção dessas mulheres, consiste na incapacidade de continuarem executando suas tarefas domésticas, os cuidados com os filhos e familiares.(BR, 2013)

Portanto, as representações sociais da Hipertensão Arterial constituem fator importante para o controle da doença. Os profissionais de saúde devem fortalecer a educação e saúde, incentivar o autocuidado dos pacientes para os mesmos obterem uma melhor qualidade de vida. Com atenção para o estilo de vida individual e para contextos culturais em que vivem. Dentre os fatores que interferem na adesão ao tratamento estão a idade do paciente, sexo, nível social e econômico, hábitos de vida e culturais entre outros.(SOARES, 2011) Em igual importância encontra-se o acesso aos serviços de saúde e especialidades médicas, o ambiente em que convivem com familiares ou seus cuidadores e as possibilidades para a prática de exercícios no ambiente em que vivem.(PESSUTO, 2008)

A partir da educação do paciente para o autocuidado espera-se a redução de sequelas, o fortalecimento dos recursos do paciente em saúde, bem como, maior adesão do mesmo ao tratamento. Além do alcance nas metas dos níveis tensionais adequados, modificações de estilo de vida são de fundamental importância no processo terapêutico e na prevenção da hipertensão. Uma alimentação adequada, sobretudo quanto ao consumo de sal, o controle do peso, a prática de atividade física, o tabagismo e o uso excessivo de álcool são fatores de risco que devem ser adequadamente abordados e controlados, sem o que, mesmo doses progressivas de medicamentos não resultarão alcançar os níveis recomendados de pressão arterial. Os fatores de risco relacionados ao portador como a idade, a hereditariedade, sexo e raça são considerados incontroláveis por ter a componente familiar genético, afetando mais intensamente os homens. A situação se inverte quando as mulheres chegam à menopausa e/ou à terceira idade, período em que a doença apresenta maiores prevalências nesse grupo.(JARAMILLO, 2004)

Os fatores controláveis ligados ao estilo e a qualidade de vida, bem como os hábitos, em geral, as pressões e os desgastes físico-psicológicos, o tabagismo, a alimentação inadequada, o sedentarismo, a elevação das triglicérides, do colesterol sérico, a obesidade e o diabetes

mellitus (DM) exercem também grande influência no controle da doença (BRASIL, 1988; 1993); (PASCHOAL, 2002). Os aspectos psicossociais, em geral, estão relacionados às crenças sobre a doença, à modificação dos hábitos e costumes necessários à convivência de seus portadores no âmbito sócio familiar.

Ressalta-se que outros aspectos também são decisivos nesse processo de mudança, como a oferta de serviços de saúde à população, a condição socioeconômica e as desigualdades sociais, que agem coletivamente na saúde da população. (SAÚDE, 2006) Apesar dessas evidências, hoje, incontestáveis, esses fatores relacionados a hábitos e estilos de vida continuam a crescer na sociedade levando a um aumento contínuo da incidência e prevalência da HAS, assim como do seu controle inadequado. A despeito da importância da abordagem individual, cada vez mais se comprova a necessidade da abordagem coletiva para se obter resultados mais consistentes e duradouros dos fatores que levam a hipertensão arterial. Uma reforça a outra e são complementares.

Evidências suficientes demonstram que estratégias que visem modificações de estilo de vida são mais eficazes quando aplicadas a um número maior de pessoas geneticamente predispostas e a uma comunidade. Obviamente, estratégias de saúde pública são necessárias para a abordagem desses fatores relativos a hábitos e estilos de vida que reduzirão o risco de exposição, trazendo benefícios individuais e coletivos para a prevenção da HAS e redução da carga de doenças devida às doenças cardiovasculares em geral. (PITANGA, 2014)

Levando-se em conta todos esses fatores intimamente relacionados, é de fundamental importância a implementação de modelos de atenção à saúde que incorporem estratégias diversas-individuais e coletivas a fim de melhorar a qualidade da atenção e alcançar o controle adequado dos níveis pressóricos. A busca pelo controle da HAS com vistas a reduzir as taxas de complicações e de morbidade tem sido uma preocupação dos órgãos internacionais e nacionais e das sociedades científicas nas últimas décadas. As iniciativas provenientes desses órgãos resultaram no diagnóstico precoce da HAS e na adoção de tratamento para o controle da doença. Nesse contexto, é importante resgatar tais iniciativas, mesmo que seja de forma sucinta, para compreender as linhas de cuidado que se propõem na atenção as pessoas com HAS. (CARDIOLOGIA, 2012)

A Declaração de Alma-Ata em 1978, aprovada pela Organização Mundial de Saúde (OMS), marca um repensar nas ações em saúde ao reconhecer que, para o alcance de seu objetivo, “Saúde para todos no ano 2000,” recomendava a atuação da medicina tradicional junto à medicina científica. Ela reconhece como recursos humanos para responder às necessidades expressas de saúde da comunidade de a parteira, os auxiliares, os agentes comunitários e os praticantes tradicionais (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1978). Essa declaração constituiu um marco para as mudanças do setor de saúde que culminou na criação do SUS, pelo Ministério da Saúde, conforme Lei nº 8080 de 1990. O SUS é uma política garantida na Constituição Federal, que estabelece a saúde como um

dever do Estado e um direito do cidadão, garantindo o acesso universal e igualitário aos serviços de saúde (BRASIL, 1990). Novos paradigmas foram estabelecidos para o processo saúde-doença, com repercussões na organização dos serviços de saúde, nas concepções de promoção à saúde, na prevenção de agravos e de tratamento.(PESSUTO, 2008)

Constitucionalmente o SUS está organizado de acordo com as seguintes diretrizes: a descentralização, o atendimento integral e a participação da comunidade. A integralidade na atenção à saúde, consagrada pela Constituição de 1988, orienta as políticas e ações programáticas que respondam às demandas e às necessidades da população no acesso à rede de cuidados em saúde, considerando a complexidade e as especificidades de diferentes abordagens do processo saúde-doença e nas distintas dimensões biológica, cultural e social do ser cuidado. A partir da implantação do SUS, tornou-se necessária a criação de um modelo de assistência à saúde inovador, que, além de atender às diretrizes básicas do SUS estivesse fundamentado em uma nova ética social e cultural, concretizando o ideário de promoção da saúde, na perspectiva da qualidade de vida do povo brasileiro (SOUSA, 2004). Assim, foi criado em 1993 o Programa de Saúde da Família (PSF), que tem como prioridade a assistência ao paciente dentro de um contexto familiar e comunitário, com ênfase na importância do ambiente social na determinação do seu estado de saúde. A equipe de saúde nesse programa age a partir do estabelecimento de “vínculos e da criação de laços de compromisso e de corresponsabilidade entre si e a população” (SCOTT, 2001). Dentre as ações do PSF, emergem as ações educativas como ferramenta essencial para incentivar a autoestima e o autocuidado dos membros das famílias, promovendo reflexões que conduzam a modificações nas atitudes e nos comportamentos.(BÁSCA, 2006)

Diante desse panorama, a OMS juntamente com a Sociedade Internacional de Hipertensão decidiram estabelecer diretrizes abrangentes baseadas na totalidade das evidências para ajudar numa mudança de paradigma com abordagem de fatores de risco e facilitar o desenvolvimento de políticas para a implementação de estratégias de base populacional. Assim, foram criados a partir de 1994 pelas Sociedades de Cardiologia, de Hipertensão e de Nefrologia, os Consensos e as Diretrizes para o tratamento da HAS. O Conjunto de Ações para redução Multifatorial de enfermidades não transmissíveis (Projeto Carmen), da Organização Pan-americana de Saúde (OPAS), implantado em 1995, constituiu outra iniciativa relevante com o intuito de estabelecer políticas e implementar intervenções para a redução do tabagismo, da HAS, da obesidade/sobrepeso, do diabetes mellitus e do consumo excessivo de álcool para as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) (ORGANIZACIÓN PAN AMERICANA DE LA SALUD, 1997).

Em 2002, foi publicado pela OMS o Relatório Mundial sobre os Cuidados Inovadores para Condições Crônicas: Componentes Estruturais de Ação, que apresenta um modelo para elaboração de políticas que se inserem em um contexto político mais abrangente o qual envolve os pacientes e suas famílias, as organizações de saúde e as comunidades. Constituem princípios norteadores desse modelo a tomada de decisão com base em evi-

dências científicas, o enfoque na população, na prevenção, na qualidade e a integração dos níveis micro, e macro do sistema de saúde, representado respectivamente pelo paciente, pelas organizações de saúde, pela comunidade e pela política. (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2002).

A Campanha Nacional para Detecção de Suspeitos de Hipertensão Arterial e Promoção de Hábitos Saudáveis de Vida, desenvolvida em 2002, constitui um marco na atenção à HAS, pois sua ação fundamental era descobrir e vincular às unidades básicas de saúde os novos casos dessa doença (BRASIL, 2002a). A partir da Portaria nº 1575 de 2002 do Ministério da Saúde, o Programa Nacional de Controle do Tabagismo, tem se desenvolvido em parceria com o Instituto Nacional do Câncer (INCA), com o objetivo de combater o tabagismo, o que corrobora para reduzir as taxas de HAS (BRASIL, 2002b).

O Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão e Diabetes Mellitus, aprovado pela Portaria Conjunta 02 de 05 de março de 2001, constituiu uma das iniciativas mais relevantes, que tem por objetivos detectar, estabelecer diagnóstico, identificar lesões em órgãos-alvo e/ou complicações crônicas e efetuar tratamento adequado para a HAS e para o Diabetes Mellitus (BRASIL, 2001).

Em 2002, conforme a Portaria nº 371/GM foi criada o Programa Nacional de Assistência Farmacêutica com o objetivo de oferecer medicações de forma contínua às pessoas com HAS e Diabetes Mellitus (BRASIL, 2002). Nesse mesmo ano foi desenvolvido o Sistema de Informação do Ministério da Saúde para Acompanhamento das Pessoas com Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial – SIS-HIPERDIA, que tem por objetivo cadastrá-las, acompanhá-las e oferecer dados para o planejamento das políticas públicas (BRASIL, 2002).

No contexto das políticas de saúde destacam-se também as Diretrizes Operacionais do Pacto pela Saúde, de 22 de fevereiro de 2006, por meio da Portaria MS/GM nº 399. São definidas nesse Pacto três dimensões: Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão. O Ministério da Saúde (MS), o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e o Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde (Conasems) desenvolveram um processo de construção de consensos e de atribuição de responsabilidades, ratificando a autonomia dos entes federados como expresso no texto constitucional (BRASIL, 2006; BRASIL, 2008). Dentre as prioridades nacionais pactuadas encontram-se a existência de enfermidades não transmissíveis; a consciência de que a saúde é determinada socialmente e pede a melhoria das condições e da qualidade de vida das coletividades; e a necessidade de um modelo de organização do sistema de saúde que esteja mais próximo dos cenários em que vivem sujeitos e coletividades e, portanto, possa compreendê-los melhor e intervir de forma mais resolutiva e integrada.

Dentre as ações preconizadas pelo Pacto da Saúde em DCNT, além dos já contemplados como os investimentos na assistência e nos medicamentos destinados às pessoas com DCNT, há uma preocupação em estabelecer estratégias para a promoção da saúde, da

prevenção e da melhoria da capacidade de mobilização social para o autocuidado e/ou da formulação de indicadores adequados à avaliação da efetividade das ações em saúde ((BR, 2015) Concomitantemente a aprovação do Pacto pela Saúde, foi aprovada a Política Nacional de Atenção Básica por meio da Portaria nº 648, de 28 de março de 2006. (BRASIL, 2006). Essa política caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. A Política Nacional de Atenção Básica considera o sujeito em sua singularidade, na complexidade, na integralidade e na inserção sociocultural e busca a promoção de sua saúde, a prevenção, o tratamento de doenças e a redução de danos ou de sofrimentos que possam comprometer suas possibilidades de viver de modo saudável.(FERREIRA, 2009)

Iniciativas recentes têm sido aprovadas com o intuito de reduzir as altas taxas de HAS e facilitar a acessibilidade ao tratamento. Dentre estas estão a Resolução-RDC N° 24, de 15 de junho de 2010 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) que regulamenta a oferta, a propaganda, a publicidade, a informação e outras práticas correlatas, cujo objetivo é a divulgação e a promoção comercial de alimentos considerados com quantidades elevadas de açúcar, de gordura saturada, de sódio, e de bebidas com baixo teor nutricional. A Vigilância de Fatores de Risco para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL) lançada em 2007 tem por objetivo monitorar a frequência e distribuição de fatores de risco e de proteção para DCNT, por meio de entrevistas telefônicas realizadas em amostras probabilísticas da população adulta (BRASIL,2007). A Política Nacional sobre o Álcool aprovada pelo Decreto nº 6117 de 22 de maio de 2007 tem por objetivo promover ações de comunicação, educação e informação relativas às consequências do uso do álcool (BRASIL, 2007b).

A Portaria 184 Ministério da Saúde/ GM de 14 de fevereiro de 2011, dispõe sobre a distribuição gratuita de medicamentos em farmácias populares para as pessoas com HAS e Diabetes Mellitus, oriundos da rede privada ou pública de saúde, tendo a validade da receita por 120 dias e a criação das Unidades de Pronto Atendimento (UPA) integrada à ESF para o atendimento as pessoas com doenças crônicas.(CARDIOLOGIA, 2010)

Foi lançado o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil, 2011-2012, com o objetivo de promover o desenvolvimento e a implementação de políticas públicas efetivas, integradas, sustentáveis e baseadas em evidências para a prevenção e o controle das DCNT e seus fatores de risco e fortalecer os serviços de saúde voltados para cuidados crônicos.((BR), 2013)

Nesse breve levantamento, a partir da publicação da Declaração de Alma - Ata em

1978, constatamos os esforços tanto de políticas internacionais como nacionais, para minimizar a incidência da HAS por meio da redução dos fatores que corroboram para o aumento da vulnerabilidade da população à HAS.

Mesmo diante dos esforços empreendidos, a HAS constitui-se dentre as condições crônicas, como uma preocupação, devido ao aumento na sua prevalência, as sérias consequências econômicas e sociais que ameaçam os recursos de saúde e a dificuldade na organização dos sistemas que supram demandas iminentes e oferece uma nova direção às políticas de saúde, enfatizando a participação comunitária, a cooperação entre os diferentes setores da sociedade, a valorização dos agentes de cura como coadjuvantes no processo de tratamento e os cuidados primários de saúde como seus fundamentos conceituais.(SILVAI, 2014)

Contudo, merece destaque a Política Nacional de Atenção Básica, pois foi a única iniciativa a valorizar o sujeito na sua singularidade, na complexidade, na integralidade e na inserção sociocultural. Esse é um dos aspectos mais relevantes, uma vez que a saúde é construída e vivida pelas pessoas dentro daquilo que faz no seu dia a dia, onde elas aprendem, trabalham, divertem-se. A saúde é construída pelo cuidado de cada um consigo mesmo e com os outros, pela capacidade de tomar decisões e de ter controle sobre as circunstâncias da própria vida. Tal desafio é sobretudo da Atenção Básica, notadamente da Saúde da Família, espaço prioritário e privilegiado de atenção à saúde que atua com equipe multiprofissional e cujo processo de trabalho pressupõe vínculo com a comunidade e a clientela adscrito, levando em conta diversidade racial, cultural, religiosa e os fatores sociais envolvidos.

A motivação pelo tema do estudo surgiu então, de minha experiência profissional, assistindo portadores de HA, como Médico do Programa Saúde da Família (P. S. F) desde 2013, período em que realizei e ainda realizo ações educativas, consulta médica, reuniões e visitas domiciliares voltadas ao controle da doença.

Esta experiência possibilitou-me observar empiricamente, que os portadores não percebem a HA como doença, mas, em geral, encaram-na como mal-estar passageiro, embora sejam conscientes dos riscos de morte e das sequelas incapacitantes.(RAYMUNDO, 2014)

4 Metodologia

Trata-se de um estudo longitudinal, de intervenção ser aplicado na Unidade Básica de Saúde (UBS) Flavio Cini em Jardim Primavera, no município de Piraquara, Paraná, para implantar estratégias de saúde na redução de fatores de risco na hipertensão arterial sistêmica.

População alvo: São os hipertensos cadastrados no Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) da Unidade Básica de Saúde (UBS) Flavio Cini.

O período do estudo será de junho a dezembro de 2015.

A população amostrada para o estudo será de 250 pacientes.

Critérios de inclusão do paciente:

- Todos aqueles atendidos na unidade de Flavio Cini com diagnóstico de hipertensão independentemente da idade e sexo.
- Aqueles que concordarem em participar do estudo.
- Aqueles sem deficiências mentais.
- Os que no período de estudo receberem diagnóstico de hipertensão.

Critérios de exclusão dos pacientes:

- Aqueles que não aceitarem participar do estudo.
- Pessoas restritas ao leito.
- Aqueles com deficiência mental em acompanhamento.

As informações necessárias para conhecer o perfil dos pacientes foram obtidas no sistema de informação da atenção básica para a codificação das diferentes variáveis. Idade, sexo, alimentação, tabagismo, etilismo, obesidade, histórico familiar, nível de atividade física, perfil socioeconômico.

A definição das etapas propostas no projeto de intervenção exposto foi realizada de acordo com Meireles et al. (2013). Para abordagem dos pacientes hipertensos, a proposta inicial é a realização da estratificação de risco cardiovascular de todos esses usuários. No levantamento para a classificação dos pacientes, será utilizada a escala de risco de Framingham revisada de acordo com D'Agostino et al. (2008). Ela consiste em um algoritmo de risco multivariado que incorpora os fatores de risco das doenças cardiovasculares (DCV) que podem ser utilizadas na atenção primária de saúde (APS) para estimar o risco individual dos pacientes de desenvolver as DCV. Tal algoritmo se estende e se expande na formulação de risco geral de DCV anterior, em relação a primeira escala de risco de

Framingham, com base em um número maior de eventos, incorpora HDL colesterol e estima o risco de DCV absoluta, de acordo com a escala modificada (D'AGOSTINO et al., 2008). A proposta de D'Agostino et al.(2008) foi criar uma ferramenta de avaliação de risco multivariável única que permita identificar candidatos de alto risco para eventos cardiovasculares arterioscleróticos iniciais utilizando medidas prontamente disponíveis na clínica e laboratório.

Os usuários que apresentem doença cardiovascular ao exame clínico inicial (insuficiência coronariana, insuficiência cardíaca, hipertrofia ventricular esquerda, insuficiência arterial periférica, insuficiência renal crônica estágio 3 ou mais, e história de acidente vascular encefálico ou ataque isquêmico transitório já são classificados como alto risco (D'AGOSTINO et al., 2008).

A estratificação do paciente no critério de risco será realizada durante a procura dos usuários hipertensos pela unidade, seja para consulta, troca de receita ou outros, e também pela busca ativa dos outros pacientes sabidamente hipertensos ou portadores de fatores de risco, pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS's).

Será utilizada a ficha de cadastro, disponível no programa hiperdia denominada " *Cadastro do hipertenso e ou Diabético*", Anexo 1, e as variáveis serão aquelas contidas na ficha referida. Os fatores de risco avaliados serão os necessários para possibilitar a estratificação de risco pela escala de Framingham revisada: idade, HDL colesterol, colesterol total, níveis pressóricos, tabagismo e acompanhamento dos níveis de glicose.

A avaliação laboratorial deve ficar a critério médico e os exames serão solicitados a cada 3 meses. Realizar as dosagens sempre que possível no mesmo laboratório para tentar minimizar o efeito da variabilidade analítica. Evitar a ingestão de álcool nas 72h que antecederem a coleta do sangue. Nenhuma atividade física vigorosa deve ser realizada nas 24h que antecedem o exame. As avaliações acontecerão a cada três meses e realizada pelo médico autor do estudo.

Durante o cadastramento, os ACS's juntamente com a técnica de enfermagem preencherão os dados de identificação e antropométricos. O médico e a enfermeira, durante as consultas específicas realizarão o preenchimento dos demais dados e a estratificação dos pacientes nos grupos de risco.

Os grupos de risco propostos são (MEIRELES et al., 2013):

- HAS de baixo risco cardiovascular: Pacientes com a estimativa de risco de evento cardiovascular menor que 10% em 10 anos.
- HAS de moderado risco cardiovascular: Pacientes com estimativa de risco entre 10% e 20%.
- HAS de alto risco cardiovascular: Pacientes com estimativa maior que 20% em 10 anos.

A partir *da* classificação acima proposta os usuários serão agregados a uma das categorias dos usuários nesses três grupos. Será proposta uma abordagem direcionada de acordo com faixa de risco cardiovascular de cada um. Os usuários classificados como baixo risco deverão realizar na atenção básica pelo menos duas consultas médicas e duas consultas de enfermagem ao ano. Aqueles de moderado e alto risco receberão três consultas médicas e quatro consultas de enfermagem ao ano. Os últimos deverão ser acompanhados conjuntamente em ambulatórios especializados na atenção secundária.

Todos os usuários deverão participar de pelo menos quatro atividades nos grupos ao ano e receber no mínimo doze visitas domiciliares realizadas pelos ACS's (MEIRELES et al., 2013). Os ACS deverão realizar o preenchimento dos dados que se encontra na Ficha B-HA tais como: dado de identificação realiza dieta, (Sim ou Não), toma a medicação, é fumante, faz exercícios físicos, data de última consulta, a pressão arterial, e colocar observações, quando necessário, na ficha no momento da visita domiciliar.

A enfermeira deverá organizar a agenda dos profissionais de saúde, destinando o tempo necessário às atividades do plano e juntamente com o médico e a técnica de enfermagem, verificará e controlará o plano de cuidado dos pacientes.

Estratégias do plano de cuidado para organização do atendimento ao paciente portador de hipertensão arterial.

1. Reorganização das informações e registros de acompanhamento dos hipertensos que consiste em:

- Proceder ao levantamento de todos os pacientes com diagnóstico de hipertensão.
- Elaborar um arquivo rotativo contendo dados referentes aos hipertensos (nome, endereço, data da última consulta e data do retorno, medicamentos em uso).
- Realizar o levantamento mensal de todos os hipertensos faltosos às consultas e referendar para a busca ativa dos mesmos com reagendamento das consultas.
- Agendar o retorno após cada consulta (médica ou de enfermagem). O paciente hipertenso terá seu retorno agendado para o médico coordenador do estudo de acordo com a sua classificação e periodicidade estabelecida pelo Protocolo de Hipertensão SMSA (2009).
- 2. Projeto saúde para todos, para facilitar o acesso às práticas educativas e de grupo para levantamento de possíveis hipertensos dos usuários ao SUS com ações.
- Os grupos operativos serão realizados mensalmente com temas previamente estabelecidos, referentes à prevenção, tratamento, riscos da hipertensão e estímulo a hábitos de vida saudáveis. Terá a participação da equipe multiprofissional (médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem, nutricionista, fisioterapeuta, educador físico, dentre outros) de acordo com o tema estabelecido para o grupo.

- O procedimento de mensuração de pressão será realizado em todos os pacientes atendidos pela equipe nas reuniões. Constando uma alteração na mesma, o paciente será orientado a retornar a UBS para nova mensuração após dois dias.
- Planejamento e tratamento do paciente diagnosticado como hipertenso e seus familiares, definindo metas e resultados (grau de atividade física, peso, níveis tensionais, entre outros).
- Monitoramento do tratamento mediante visitas domiciliares e grupos operativos.
- Trabalho em grupos com a participação dos familiares dos pacientes.
- Implantação de programas de incentivo ao tratamento, educação e conscientização do paciente sobre a necessidade de tratamento, mostrando seus benefícios.
- Treinamento periódico dos agentes comunitários.
- Orientar e convidar os pacientes para participação do grupo de caminhada, dos grupos operativos existentes na unidade e estimular os usuários que não compareceram ao posto a comparecerem para mensuração de pressão.
- Detalhamento do regime terapêutico, sendo o mais didático possível no que diz respeito aos horários e às drogas prescritas (descrever os comprimidos, a cor e o tamanho e correlacioná-los com seus horários é uma alternativa).

3. Sistematização da assistência de enfermagem:

- Consulta de enfermagem seguindo os passos propostos pela SAE: histórico (entrevista), diagnóstico, exame físico, evolução e prescrição de enfermagem.
- Todo paciente hipertenso passará no mínimo por uma consulta de enfermagem ao ano.
- Os pacientes hipertensos com risco maior para doenças cardiovasculares receberão no mínimo duas consultas de enfermagem ao ano.
- Todos os hipertensos serão convidados a participar dos grupos operativos realizados pela equipe.

Os casos de maior complexidade serão discutidos individualmente durante as reuniões da equipe e será elaborado plano de cuidados diferenciado quando necessário.

Os exames complementares serão solicitados durante as consultas médicas e de enfermagem, de acordo com protocolo da Linha Guia de HAS (MEIRELES et al., 2013), com adaptações individuais quando necessário.

As consultas médicas e de enfermagem citadas serão realizadas preferencialmente em horário pré-determinado para essa atividade, dia do HIPERDIA.

O controle da frequência e da regularidade dos pacientes às consultas médicas e de enfermagem e à realização dos exames complementares, além da análise da adesão ao tratamento pelas visitas dos ACS's, será desenvolvido por meio do acompanhamento pelas fichas: Ficha de Acompanhamento do Hipertenso e/ou Diabético, Anexo 1, a ser preenchida pelo médico e pela enfermeira durante as consultas do HIPERDIA. e Ficha B-HA, Anexo 2, a ser preenchida pelos ACS's durante as visitas domiciliares.

Nessa etapa a equipe empenhada no plano de ação deverá buscar conscientizar a população em relação ao seu problema de saúde de forma a estabelecer abordagem da HAS centrada em medidas de promoção à saúde e prevenção de complicações durante todas as atividades realizadas, desde o cadastramento, as visitas domiciliares até as consultas médicas e de enfermagem.

Complementarmente a tal etapa há a proposta de criação do grupo de hipertensos e realização de palestras informativas. O grupo contará com a participação de diversos profissionais da equipe do PSF em questão e da equipe expandida, com apoio do NASF, após discussão da proposta em reuniões na unidade. Os grupos e as palestras ocorrerão preferencialmente no mesmo dia, com periodicidade inicialmente mensal, com possibilidade de ser quinzenal para que seja possível abranger a todos os usuários. A proposta é realizar uma abordagem multidisciplinar, possibilitar a troca de experiências e esclarecimento de dúvidas dos usuários, procurando transmitir a informação de forma acessível e dinâmica durante os encontros dos grupos e durante as palestras.

Para a realização das operações do projeto de intervenção exposto, serão necessários diversos recursos, como:

- Organizacionais: Equipamentos adequados para realização da classificação de risco. A UBS possui esfigmomanômetros, estetoscópios, fitas métricas e balanças.
- Espaço físico e equipamentos para realização dos grupos e palestras: Esse serão realizado, inicialmente, na sala de espera da UBS Flavio Cini Jardim Primavera.

Recursos humanos multiprofissionais Disponibilidade dos profissionais de saúde de diversas áreas. Os profissionais tanto da ESF quanto da equipe expandida, NASF já estão cientes e dispostos a participar do projeto. Os pacientes cadastrados no Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) da UBS, que nos permitiu coletar dados primários para os objetivos específicos e, portanto, o general dista pesquisa.

A informação necessária para atingir os objetivos específicos desta tarefa de pesquisa foi obtida por codificação as diferentes variáveis. Idade, Sexo, Dieta, Tabagismo, Etilismo, Obesidade, Histórico Familiar, Nível de Atividade Física, Perfil socioeconômico.

Recursos financeiros: Recursos financeiros para aquisição dos recursos organizacionais necessários.

Gestão de profissionais Cognitivos: capacitação dos profissionais de saúde para realização de suas tarefas no projeto de intervenção.

Poder: Recursos políticos necessários para implementação das ações e regularização das propostas.

5 Resultados Esperados

O resultado esperado neste projeto de intervenção é reduzir o número de fatores de risco na Hipertensão Arterial Sistêmica a traves da implantação de estratégias de saúde, e conseqüentemente diminuir o numero de pacientes de alto risco e aumentando a quantidade de pacientes categorizados de baixo risco ao fim do estudo.

A implantação seguirá as etapas, conforme Tabela 1

Para a execução do projeto serão utilizadas folhas de papel A4 Resma, material de expediente, caneta, lápis, tesoura, cola, cartolinas e pendrive.

Tabela 1 – Cronograma

Etapas		Período	Responsáveis pela Realização
Elaboração do projeto		Junho a Agosto de 2015	Coordenador
Atividades Propostas	Cadastramento de hipertensos	Junho a Agosto de 2015	Equipe de PSF
Capacitação dos profissionais da equipe de PSF		Agosto de 2015	Médico, Enfermeira
Estratificação de risco dos hipertensos de acordo com a escala de Framingham revisada		Julho a Setembro de 2015	Médico, Enfermeira
Realização de palestras informativas		Junho 2015	Equipe de PSF
Controle e acompanhamento dos pacientes		Junho a Dezembro de 2015	Coordenador do projeto e Equipe de PSF
Avaliação dos resultados		Novembro a Dezembro de 2015	Coordenador do projeto

Referências

- BÁSCA, C. de A. *Prevenção Clínica de Doença Cardiovascular, Cerebrovascular e Renal Crônica: Estratificação de risco*. Brasília - DF: Ministério da Saúde, 2006. Citado 2 vezes nas páginas 16 e 20.
- (BR, . M. da S. *Prevenção clínica de doença cardiovascular, cerebrovascular e renal crônica*. 2015. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abacad14.pdf>. Acesso em: 11 Dez. 2015. Citado na página 21.
- (BR), M. da S. *Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica*. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Citado 2 vezes nas páginas 18 e 22.
- CARDIOLOGIA, . S. B. de. *VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão*. São Paulo: Ministério de Saúde, 2010. Citado 2 vezes nas páginas 16 e 22.
- CARDIOLOGIA, S. B. de. Risco cardíaco pelo escore de Framingham. *Sociedade Beneficente Israelita Brasileira*, v. 88, n. 1, p. 1–19, 2007. Citado na página 16.
- CARDIOLOGIA, S. B. de. Vi diretrizes brasileiras de hipertensão. *Arq Bras Cardiol.*, v. 95, n. 1, p. 1–51, 2010. Citado na página 17.
- CARDIOLOGIA, S. B. de. *Posicionamento Brasileiro Sobre Hipertensão Arterial Resistente*. São Paulo: Departamento de Hipertensão Arterial, 2012. Citado na página 19.
- FERREIRA, S. R. S. *Protocolo de Hipertensão Arterial Sistêmica para a Atenção Primária em Saúde*. Porto Alegre - RS: MINISTÉRIO DA SAÚDE GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO GERÊNCIA DE SAÚDE COMUNITÁRIA, 2009. Citado 2 vezes nas páginas 15 e 22.
- JARAMILLO, N. Estudio sobre factores de riesgo cardiovascular en una población de influencia de la clínica las Américas. *Revista CES Medicina*, v. 18, n. 2, p. 9–18, 2004. Citado na página 18.
- PESSUTO, J. Fatores de risco em indivíduos com hipertensão arterial*. *Rev. latino-am. enfermagem - Ribeirão Preto*, v. 6, n. 1, p. 33–39, 2008. Citado 2 vezes nas páginas 18 e 19.
- PITANGA, F. J. G. Atividade física como discriminador da ausência de hipertensão arterial em homens adultos. *Rev Bras Med Esporte*, v. 20, n. 6, p. 456–460, 2014. Citado na página 19.
- RAYMUNDO, A. C. N. Adesão ao tratamento de hipertensos em um programa de gestão de doenças crônicas. *Rev Esc Enferm USP*, v. 5, n. 48, p. 811–819, 2014. Citado 2 vezes nas páginas 18 e 23.
- SAÚDE, M. de. *Hipertensão Arterial Sistêmica*. Brasília: Série Cadernos de Atenção Básica. Ministério de saúde, 2006. Citado 2 vezes nas páginas 17 e 19.

SILVAI, V. R. Avaliação do risco coronariano e sua relação com as ações de saúde em hipertensos. *Rev Bras Enferm.*, v. 67, n. 5, p. 730–736, 2014. Citado 2 vezes nas páginas 15 e 23.

SOARES, C. A. M. A enfermagem e as ações de prevenção primária da hipertensão arterial em adolescentes. *Revista Adolescência e Saúde*, v. 8, n. 2, p. 46–55, 2011. Citado 2 vezes nas páginas 17 e 18.