



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE SAÚDE PÚBLICA
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO MULTIPROFISSIONAL NA ATENÇÃO BÁSICA 2016

Ederson Alexandre da Silva

Hipertensão Arterial, como preveni-la

Florianópolis, Março de 2018

Ederson Alexandre da Silva

Hipertensão Arterial, como preveni-la

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: Dalvan Antônio de Campos
Coordenadora do Curso: Profa. Dra. Fátima Büchele

Florianópolis, Março de 2018

Ederson Alexandre da Silva

Hipertensão Arterial, como preveni-la

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.

Profa. Dra. Fátima Büchele
Coordenadora do Curso

Dalvan Antônio de Campos
Orientador do trabalho

Florianópolis, Março de 2018

Resumo

Introdução: O Sistema Único de Saúde (SUS) é um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo. Ele abrange desde o simples atendimento ambulatorial até o transplante de órgãos. Junto com ele existe a atenção básica ou atenção primária em saúde é conhecida como a "porta de entrada" dos usuários nos sistemas de saúde. Seu objetivo é orientar sobre a prevenção de doenças, solucionar os possíveis casos de agravos e direcionar os mais graves para níveis de atendimento superiores em complexidade. A Hipertensão Arterial Sistêmica. No Brasil: tem alta prevalência e baixas taxas de controle, é considerada um dos principais fatores de risco (FR) modificáveis e um dos mais importantes problemas de saúde pública. Além disso, está intimamente ligado a rotina de trabalho da equipe que atua na UBS. **Objetivo geral:** Implementar ações para diminuição dos agravos relacionados a Hipertensão Arterial Sistêmica e seus correlatos cardiovasculares na Unidade Básica de Saúde. **Metodologia:** Dentro dos objetivos já traçados esta metodologia se dedica a atenção de pessoas de todas as idades, de ambos os sexos, portadoras de HAS com ou sem diagnósticos, Serão feitas ações semanais de educação sobre a HAS, fatores associados e seus efeitos. Essa ações contemplarão atividades presenciais, em forma de grupo, sobre prevenção e tratamento da doença, com apresentação de experiências exitosas. As ações acontecerão todas as quintas-feiras de cada semana, às 09:00hs, na área da Igreja Frei Rogério ou na área gramada em frente à praça (quando o tempo possibilitar) da UBS do Frei Rogerio na cidade de Lages estado de Santa Catarina. **Resultados esperados:** Alcançar bons resultados na melhoria da qualidade de vida da população. Sendo assim o como enfoque deste trabalho atuar para evitar complicações dadas pela HAS. Assim como conseguir o controle de níveis pressóricos aceitáveis e padronizados para evitar as complicações crônicas. Nesta ações são esperados que consiga adesão as metas estabelecidas para diminuição dos agravos da HAS, abandono do tabaco, abandono do Álcool e como o fortalecimento psicológico que se ganha quando consegue atingir metas pré- estabelecidas

Palavras-chave: Abandono do Hábito de Fumar, Comportamentos Saudáveis, Estilo de Vida Sedentário, Obesidade, Pressão Arterial

Sumário

1	INTRODUÇÃO	9
2	OBJETIVOS	13
2.1	Objetivo geral:	13
2.2	Objetivo específico:	13
3	REVISÃO DA LITERATURA	15
4	METODOLOGIA	21
5	RESULTADOS ESPERADOS	23
	REFERÊNCIAS	25

1 Introdução

O Sistema Único de Saúde (SUS) é um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo. Ele abrange desde o simples atendimento ambulatorial até o transplante de órgãos, garantindo acesso integral, universal e gratuito para toda a população do país. Amparado por um conceito ampliado de saúde, o SUS foi criado, em 1988 pela Constituição Federal Brasileira, para ser o sistema de saúde dos mais de 180 milhões de brasileiros (BRASIL, 2009b).

A atenção básica ou atenção primária em saúde é conhecida como a "porta de entrada" dos usuários nos sistemas de saúde. Ou seja, é o atendimento inicial. Seu objetivo é orientar sobre a prevenção de doenças, solucionar os possíveis casos de agravos e direcionar os mais graves para níveis de atendimento superiores em complexidade. A atenção básica funciona, portanto, como um filtro capaz de organizar o fluxo dos serviços nas redes de saúde, dos mais simples aos mais complexos (BRASIL, 2009a).

Unidade Básica de Saúde Frei Rogério, localizada no bairro Frei Rogério. A comunidade de abrangência da minha UBS conta com uma população de 1456 habitantes, deste 673 são homens e 783 são mulheres. A limpeza do bairro demonstra a preocupação dos moradores em manter seu bairro organizado. Não há lixo nas ruas e as frentes das casas, na sua maioria tem calçadas e os terrenos são limpos. De acordo com o Presidente da Associação do Bairro 97% das ruas são asfaltadas (LAGEANO, 2012)

Neste Bairro também existem duas escolas municipais que lecionam até o ensino fundamental, duas creches maternas, vários pequenos mini mercados, além da UBS chamada UBS do Frei Rogério, que teve o ano de 1984 o ano de sua inauguração. Como espaço de lazer existe uma academia ao ar livre onde diariamente dezenas de jovens adultos e idosos se exercitam, não existe parque de lazer somente esta academia. As áreas de risco ambiental nesse bairro são inexistente visto que e um bairro antigo e bem estruturado, onde a maioria de seus moradores são seus colonizadores.

A renda familiar está em umas das maiores da cidade visto ser povoado por muitas famílias tradicionais onde já estão na terceira geração familiar morando no mesmo bairro. As bolsas de assistência do governo parece que não existem no bairro, a não ser de alguns isolados casos de prestadores de serviço que trabalham ali como jardineiros, cozinheiras, domésticas e outros profissionais. Mais moradores mesmo essas bolsas não existem. A escolaridade de uma grande maioria é nível universitário sendo povoado por empresários, médicos, advogados e muitos outros profissionais liberais.

A estrutura sanitária e umas das melhores da cidade, visto o perfil e a antiguidade dos moradores. Neste bairro existem a maior quantidade de Mansões da cidade e é considerado como um grande bairro nobre da cidade de Lages SC. Nossa população de abrangência temos registrados um total de 1872 (hum mil oitocentos e setenta e duas pessoas), sendo

1053 do sexo feminino, 818 do sexo masculino, dos quais 419 pessoas 216 feminino e 203 masculinos são da faixa etária de 0 a 20 anos de idade. Da faixa etária de 21 a 59 anos temos 1079 pessoas, sendo 611 do sexo feminino e 468 do sexo masculino. E da total de 1872 pessoas 374 são maiores de 60 anos assim distribuídas: 226 mulheres e 148 homens.

As atenções minha e de minha equipe são com agenda marcada com horário antecipado, ou seja não existe demanda esperada ou programação de acordo com porcentagem de atenção devido a queixa, no meu ponto de vista tudo dependeria de no momento da atenção ser classificado qual perfil de queixa o paciente se enquadra para de acordo com este perfil ser feito a espera e planejamento de atenção de acordo ao planejado e esperado para o momento. (Secretaria de Saúde de Lages, SC 2017). Em relação aos atendimentos do mês de maio de 2017 que totalizaram 339 pessoas, as queixas mais comuns com seus percentuais são: Resfriado comum 29,3%, Hipertensão Arterial Sistêmica 20,7%, Diabete Melittus 13%, Asma 3,3%. Alergias 2,1%,

Impacto Médico e Social da Hipertensão Arterial Sistêmica. No Brasil: A HAS tem alta prevalência e baixas taxas de controle, é considerada um dos principais fatores de risco (FR) modificáveis e um dos mais importantes problemas de saúde pública. A mortalidade por doença cardiovascular (DCV) aumenta progressivamente com a elevação da PA a partir de 115/75 mmHg de forma linear, contínua e independente.¹ Em 2001, cerca de 7,6 milhões de mortes no mundo foram atribuídas à elevação da PA (54% por acidente vascular encefálico - AVE e 47 % por doença isquêmica do coração - DIC), sendo a maioria em países de baixo e médio desenvolvimento econômico e mais da metade em indivíduos entre 45 e 69 anos. Em nosso país, as DCV têm sido a principal causa de morte. Em 2007 ocorreram 308.466 óbitos por doenças do aparelho circulatório (BRANDÃO, 2010).

O problema de HAS afeta milhões de pessoas por todo o mundo, não diferente na área de atuação que será realizada esta intervenção. Este é um dos maiores entraves e com maior prevalência levando a altas taxas de morbi-mortalidade e anos de vida perdidos. Além disso, esta intimamente ligado a rotina de trabalho da equipe que atua na UBS.

O estudo e intervenção neste tema é importante porque é um dos principais agravos a saúde tanto do homem quanto da mulher, além de ser uma das maiores causas de morte na população. Sabe-se que em relação a HAS, pode-se interferir de maneira ativa e grupal no sentido mais amplo visto a quantidade de pessoas afetadas por este problema e visando um alto número de envolvidos tanto de portadores da doença como pessoal de saúde responsáveis diretos pela atuação e controle. Este problema é de responsabilidade de todos os profissionais da saúde, exigindo trabalho de todos em um conjunto de forças para o êxito das ações.

Por ser um tema sempre atual e com novidades constantes além de ser um clássico problema de intervenção da saúde, as possibilidades de atuação são várias. Desde intervenção ambulatorial até intervenções na rua, palestras, grupos de terapia e controle da doença e seus agravos. Deste modo, como está de acordo com os interesses da comunidade

e da unidade de saúde pode-se alcançar bons resultados na melhoria da qualidade de vida da população.

Deste modo, tem-se como enfoque deste trabalho atuar para evitar complicações dadas pela HAS. Assim como conseguir o controle de níveis pressóricos aceitáveis e padronizados para evitar as complicações crônicas.

2 Objetivos

2.1 Objetivo geral:

Implementar ações para diminuição dos agravos relacionados a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e seus correlatos cardiovasculares na Unidade Básica de Saúde (UBS) Frei Rogério.

2.2 Objetivo específico:

- Realizar levantamento dos usuários com HAS.
- Construir estratégias de atenção, junto a equipe multiprofissional, direcionada a população com HAS, fundamentadas no Caderno de Atenção Básica nº 37, para redução do agravos.
- Implementar, junto a equipe multiprofissional, as ações propostas pelo grupo.
- Construir ferramenta de controle longitudinal da população com HAS, para acompanhamento dos agravos relacionados a HAS.

3 Revisão da Literatura

A HAS (Hipertensão Arterial Sistêmica) pode ser definida como uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial. É possível estabelecer uma causa específica para a hipertensão em apenas 10-15% dos portadores, aqueles em que não se pode identificar a causa específica são considerados portadores de hipertensão essencial (SBC, 2010).

A pressão arterial é o produto do débito cardíaco pela resistência vascular periférica. Por isso, em indivíduos normais e hipertensos, a pressão arterial é mantida pela regulação contínua do débito cardíaco e da resistência vascular periférica. Esta regulação ocorre nas arteríolas, vênulas pós-capilares, coração e rins (regula o volume do líquido intravascular). Os barorreceptores, mediados por nervos autônomos, atuam em combinação com mecanismos humorais, incluindo o sistema renina-angiotensina, para coordenar os quatro locais anatômicos de regulação da pressão arterial. Na maioria dos casos, a elevação da pressão está associada a um aumento global da resistência ao fluxo sanguíneo, enquanto o débito cardíaco está habitualmente normal (KATZUNG, 2005).

As estimativas de prevalência de HAS no Brasil apresentam grande variação, em função dos diferentes critérios de classificação e instrumentos de medida utilizados. É possível dizer que a divergência observada na magnitude das prevalências pode ser influenciada pelos grupos e pelo tipo de população estudada. Apesar dessas diferenças de abordagens, estudos populacionais disponíveis estimaram prevalências entre 15 e 30% para os homens e entre 15 e 17% para as mulheres o que, sem dúvida, coloca a HAS como principal fator de risco para as doenças cardiovasculares. Para que se tenha uma ideia da magnitude do problema, cerca de 85% dos pacientes que sofrem AVE (cidente vascular encefálico) e 40% das vítimas de IAM (infarto agudo do miocárdio) apresentam HAS associada.

Sendo a HAS uma doença crônica, ela pode ser controlada, mas não curada, requerendo tratamento por toda a vida. Um fato preocupante é que muitos indivíduos só descobrem que são portadores da doença quando apresentam complicações graves, haja vista que a HAS pode evoluir por um longo período sem ocasionar sintomas. Cerca de um terço da população de hipertensos não sabe que tem a doença e, dentre os que sabem, apenas a metade adere, efetivamente, ao tratamento. Em estudo realizado em julho de 2003 pela OMS (Organização Mundial de Saúde) percebeu-se que a manutenção do tratamento por parte das pessoas portadores de doenças crônicas nos países desenvolvidos é realizada por apenas 50% dos doentes. Mas nos países em desenvolvimento esse número é muito menor Araújo e Garcia (2017).

Sabe-se que temos como prejuízos do não-cumprimento do tratamento, as complicações médicas e psicossociais da enfermidade, a redução da qualidade de vida dos pacientes, a maior probabilidade de resistência aos fármacos e o desperdício dos recursos assistenciais

(ARAÚJO; GARCIA, 2017). Considerando-se a problemática envolvida nessa questão, como também o papel de destaque que ocupa no controle da doença, acredita-se ser de extrema relevância a análise do conceito “Adesão ao tratamento anti-hipertensivo”, vez que permitirá uma compreensão mais abrangente do fenômeno, fornecendo a base para que se possa intervir de modo mais eficaz na tentativa de ajudar pacientes hipertensos a controlar ou a evitar danos causados por uma HAS não controlada.

O principal objetivo do tratamento da HAS é a redução da morbidade e da mortalidade ocasionadas por doenças cardiovasculares. A decisão do tratamento adequado e eficiente para a HAS deve ser baseada no nível da pressão arterial e, também, no risco cardiovascular, que considera a presença de fatores de risco, lesão em órgãos alvo e a presença de outra doença cardiovascular. Basicamente, há duas abordagens terapêuticas para a HAS: o tratamento não-farmacológico, que é baseado em MEV (modificações do estilo de vida) e o tratamento medicamentoso (ARAÚJO; GARCIA, 2017).

A adoção de hábitos de vida saudáveis é parte fundamental da prevenção e do tratamento de pacientes com HAS, por isso o tratamento não-farmacológico é muito importante. As principais estratégias para esse tratamento são: controle de peso, adoção de hábitos alimentares saudáveis, redução do consumo de sal, redução do consumo de bebidas alcoólicas, abandono do tabagismo, prática de atividade física regular, dentre outras. Os fármacos anti-hipertensivos exercem sua ação terapêutica por meio de mecanismos distintos que interferem na fisiopatologia da HAS. As classes de anti-hipertensivos disponíveis para uso clínico são: diuréticos, agentes simpaticolíticos, vasodilatadores, bloqueadores dos canais de cálcio, inibidores da ECA (enzima conversora da angiotensina), bloqueadores do receptor AT1 da angiotensina II, inibidor da renina. Qualquer fármaco dos grupos de anti-hipertensivos pode ser utilizado para o tratamento da hipertensão arterial, desde que resguardadas as indicações e contraindicações específicas.

A mono terapia, geralmente, é a estratégia inicial para pacientes com HAS estágio 1 e com risco cardiovascular baixo a moderado. Dependendo da resposta do paciente à terapêutica, quase sempre é necessária a adoção de terapias combinadas, envolvendo dois ou mais agente anti-hipertensivos com diferentes mecanismos de ação. Estudos recentes mostraram que em cerca de dois terços dos casos, a mono terapia não foi suficiente para reduzir a pressão arterial para valores normais, por isso, a terapia combinada de anti-hipertensivos como primeira medida medicamentosa está sendo adotada, principalmente, para pacientes com hipertensão estágios 2 e 3 e para aqueles com hipertensão arterial estágio 1 que apresentam risco cardiovascular alto. A terapia combinada de anti-hipertensivos pode ser feita por meio de medicamentos separados ou por associações em dose fixa combinada.

As doenças cardiovasculares foram as causas de óbito mais importantes no mundo no período de 2000 a até os últimos estudos, segundo dados da OMS. No Brasil, apesar da redução da mortalidade por essas doenças nos anos de 1996 a 2007, esse grupo ainda

representou a principal causa de óbito no país em 2011. No ano 2000, a doença cardíaca hipertensiva ocupava a 16^a posição no ranking mundial de mortalidade, subindo para a 10^a posição em 2012. De acordo com a Décima Revisão da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10), a doença cardíaca hipertensiva abrange os seguintes diagnósticos: hipertensão essencial (primária); doença cardíaca hipertensiva; doença renal hipertensiva; doença cardíaca e renal hipertensiva; e hipertensão secundária. Além de importante corresponsável pelas causas de óbito, a HAS é um dos fatores de risco para o desenvolvimento das doenças cardiovasculares. Os fatores associados ao desenvolvimento da HAS são: envelhecimento; excesso de peso; baixa escolaridade; tabagismo; consumo de bebidas alcoólicas; e cor da pele/raça negra. Para o ano de 2013, a prevalência de HAS referida na população de adultos residentes nas capitais brasileiras e no Distrito Federal foi de 24,1%. No período de 2006 a 2011, essa prevalência aumentou progressivamente com a idade e foi maior entre mulheres e adultos de menor escolaridade (zero a oito anos de estudo).

O Plano Global de Enfrentamento das DCNT (Doenças Crônicas Não Transmissíveis) estabeleceu meta de redução da HAS em 25% entre 2015 e 2025. No Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das DCNT no Brasil 2011-2022, foram definidas diversas medidas de promoção da saúde e de atenção relacionadas à HAS: acordos com a indústria alimentícia para redução do teor de sódio em alimentos processados, incentivo à prática de atividade física por meio do Programa Academia da Saúde e disponibilização gratuita de medicamentos para controle da hipertensão arterial segundo classificação de risco. A PNS (Pesquisa Nacional de Saúde) é uma das ações de vigilância da HAS e de outros fatores de risco para DCNT, além de contribuir para o monitoramento da morbimortalidade desses agravos no país. O objetivo deste estudo foi descrever a prevalência de hipertensão arterial sistêmica, tomando-se por base o conjunto do país, zona urbana e rural, grandes regiões geográficas e ades da Federação (UF). Ainda em prevalência e fatores de risco para HAS se dividem os porcentagens seguintes foram encontradas: hipertensão arterial sistêmica: 14,7%; diabetes: 2,3%; dislipidemia: 18,7%; obesidade: 15,6%; circunferência abdominal alterada: 24,1%; e tabagismo: 15,6%. Verificamos que 52,4% dos indivíduos não possuíam nenhum dos fatores de risco; 22,4% apresentavam um fator e 13,6%, 6,8%, e 4,9% apresentavam dois, três e quatro ou mais fatores associados, respectivamente (BRASIL, 2013).

Histórico Familiar com filhos cujo um dos pais é hipertenso apresentam 25% de chances de desenvolver a doença. Se o pai e a mãe são hipertensos a probabilidade aumenta para 60%. Por isso a importância de se realizar exames com regularidade. Dieta rica em sal, onde o sal faz com que o corpo retenha líquido e isso pode elevar a carga sobre o coração, aumentando o risco de pressão arterial. O correto é manter a ingestão de sódio em até 1.500 miligramas por dia, outro item é a idade. A idade é um fator de suma importância. Jovens e crianças podem ter hipertensão, mas o diagnóstico na maioria dos casos é realizado a partir dos 35 anos. Aos 50 anos quase metade da população sofre de pressão alta, essa

porcentagem pode chegar a 70% aos 70 anos. Por isso a necessidade e importância de medir a pressão regularmente aumentam com a idade. Na meia idade o risco de hipertensão é maior para os homens, mas próximo aos 50 anos atinge mais as mulheres. Sedentarismo, onde o risco de pressão alta se agrava ao se passar muito tempo sentado no trabalho, em casa e não incorporar atividade física na rotina. Por isso pratique atividade física com regularidade. A etnia é um dado importante, pois a hipertensão é mais comum em pessoas negras. Nelas a pressão alta costuma aparecer mais cedo e evoluir mais rapidamente, outro fato é o consumo abusivo de álcool: Consumir com regularidade e de forma abusiva bebidas alcoólicas pode provocar um aumento grave na pressão arterial e ocasionar insuficiência cardíaca, batimentos irregulares e AVC (Acidente Vascular Cerebral).

No Brasil, as doenças cardiovasculares representam a primeira causa de mortalidade e quando não fatais levam com frequência à cronicidade com graves repercussões para o paciente, a família e a comunidade. Dentre os fatores de risco para essas doenças encontra-se a Hipertensão Arterial, que acomete, aproximadamente, 22% da população adulta, brasileira. Corresponde a 15,2% das intervenções realizadas no SUS (Sistema Único de Saúde) (BRASIL, 2013) e de 20 a 30% dos casos de emergência médica com sugestivas complicações, constituindo uma das causas mais frequentes de insuficiência cardíaca (ALMEIDA, 2008)

A HAS é um dos fatores de risco de morbidade e mortalidade da população mundial e constitui o principal fator de risco para AVC. É uma doença crônica degenerativa do sistema cardiovascular que provocou mudanças no perfil de morbimortalidade, da população e o seu controle tem constituído um desafio para os profissionais de saúde, pois seu tratamento envolve a participação ativa dos hipertensos no sentido de modificar alguns comportamentos prejudiciais à sua própria saúde e assimilar outros que beneficiem sua condição clínica. Constitui-se numa das afecções mais comuns do mundo moderno, e é a doença mais frequente na população tornando-se um dos principais problemas de saúde.

A ABS (Atenção Básica de Saúde) caracteriza-se por desenvolver um conjunto de ações que abrangem a promoção, a prevenção, o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação. É desenvolvida sob a forma de trabalho multiprofissional e interdisciplinar, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, considerando a dinamicidade existente nesse território, pelas quais assume a responsabilidade sanitária. A equipe da AB (atenção básica) deve resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância dessas populações a partir da utilização de tecnologias de elevada complexidade (conhecimento) e baixa densidade (equipamentos). O MS (Ministério da Saúde) prioriza a Saúde da Família como a principal estratégia para a reorganização da AB, buscando a integração e a organização das atividades em um território definido, com o propósito de favorecer o enfrentamento dos problemas identificados. A AB atua segundo as diretrizes da integralidade da atenção em saúde, do vínculo e responsabilização, da adstrição da clientela às unidades de saúde, da participação comunitária, da humanização e promoção da saúde. Hoje, a Estratégia

está implementada em 4.407 municípios (84,7 %) que dispõem de pelo menos uma equipe de saúde da família, abrangendo cerca de 40% da população do país. Um dos principais desafios para a qualificação da Saúde da Família é a necessidade de avançar na Integralidade e na Resolubilidade da atenção (BRASIL, 2009a)(BRASIL, 2005)(BRASIL, 2005).

Para saber quais pessoas são portadoras de doenças crônicas, entre elas a HAS, necessita-se de uma porta de entrada, no caso do SUS e da ESF (Estratégia de Saúde da Família), essas portas são as UBS (Unidade Básica de Saúde) na AB. Com entrada dos pacientes na AB e com diagnóstico de HAS é possível, a partir desse momento, desenhar uma estratégia de prevenção, tratamento e acompanhamento longitudinal dos doentes. Acompanhamentos estes que são as bases da diminuição das comodidades associadas às doenças crônicas. Esta relação é única, da qual depende exclusivamente o sucesso de ações traçadas, sejam elas no âmbito de um bairro, de uma cidade, de um estado ou de um país. Conduas de tratamento longitudinal só são capazes porque existe esta relação entre doença, processos de tratamento e prevenção.

4 Metodologia

Dentro dos objetivos já traçados anteriormente esta metodologia se dedica a atenção de pessoas de todas as idades, de ambos os sexos, portadoras de HAS com ou sem diagnósticos, assim como todas aquelas que apresentam algum fator de risco previsível para o desenvolvimento da doença e suas comorbilidades. Sendo destinada especificamente a pessoas da área de abrangência da UBS do Bairro Frei Rogério que se encaixe nos critérios de desenvolvimento da doença ou daqueles potenciais futuros doentes. Serão feitas ações semanais de educação sobre a HAS, fatores associados e seus efeitos. Essas ações contemplarão atividades presenciais, em forma de grupo, sobre prevenção e tratamento da doença, com apresentação de experiências exitosas. As ações acontecerão todas as quintas-feiras de cada semana, às 09:00hs, na área da Igreja Frei Rogério ou na área gramada em frente à praça (quando o tempo possibilitar) da UBS do Frei Rogério. O período de duração da ação e dos encontros será de doze (12) meses a contar de 05 de outubro de 2017, data do primeiro encontro presencial. Acontecerá todas as quintas-feiras de cada semana com um breve recesso de 15 de dezembro de 2017 a 10 de janeiro de 2018, onde em 11 de janeiro de 2018 será retomado os encontros e as ações. Término previsto para 04 de outubro de 2018. As atividades serão realizadas pela equipe responsável pela ação formada pelo médico da UBS, o enfermeiro e um técnico de enfermagem, em dias combinados antecipadamente, serão acionados os nutricionistas, fisioterapeutas e psicólogos, do Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF). Para a realização dos encontros será realizada divulgação da atividade em grupo, assim como buscas ativas do público alvo na população adscrita, com intuito de estimular a participação. Nos dias de tempo bom será montada uma roda de conversa com todos os participantes inscritos, no ambiente externo, com duração de duas horas. O ambiente da atividade será organizado previamente pela equipe responsável e contará com mesa de café da manhã, com alimentos saudáveis, doada pela prefeitura e mesa com material produzido pela equipe com informações sobre prevenção e cuidados com a HAS. No caso de tempo ruim ou da necessidade de utilização de material áudio visual será feito no salão principal da Igreja Frei Rogério, situada na mesma praça da UBS entrada pela lateral direita da Igreja. Nessas reuniões semanais serão primeiramente explicado detalhadamente o que quer dizer HAS, suas definições, seus problemas de saúde a longo prazo, seus fatores que desencadeiam, seus fatores que pioram ou melhoram a doença, será explicado e retirado todas as dúvidas dos participantes em relação a doença. Na primeira reunião, além das instruções serão realizadas pactuações para planos semanais, mensais. O plano semanal é a frequência no grupo, para reforçar os conhecimentos sobre HAS e contribuir com os colegas a partir das experiências pessoais no cuidado com a HAS. O plano mensal abordará: desistência do hábito de fumar, acompanhamento nutricional para a perda de peso e da circunferência abdominal, diminuição dos índices gaxos, assim

como a melhora nos parâmetros pré-definidos nas primeiras reuniões.

5 Resultados Esperados

O problema de HAS afeta milhões de pessoas por todo o mundo, não diferente na área de atuação que será realizada esta intervenção. Este é um dos maiores entraves e com maior prevalência levando a altas taxas de morbi mortalidade e anos de vida perdidos. Além disso, está intimamente ligado a rotina de trabalho da equipe que atua na UBS.

O estudo e intervenção neste tema é importante porque é um dos principais agravos a saúde tanto do homem quanto da mulher, além de ser uma das maiores causas de morte na população.

Deste modo, como está de acordo com os interesses da comunidade e da unidade de saúde pode-se alcançar bons resultados na melhoria da qualidade de vida da população. Sendo assim o foco deste trabalho atuar para evitar complicações dadas pela HAS. Assim como conseguir o controle de níveis pressóricos aceitáveis e padronizados para evitar as complicações crônicas.

Cada ação fracionada semanalmente se espera reforçar a presença em 100% ou próximo dela de todos os envolvidos nesta campanha, seja ela o paciente como seja ela o pessoal de saúde responsável pelo bom andamento das ações. Nesta ações são esperados que consiga adesão as metas estabelecidas para diminuição dos agravos da HAS, abandono do tabaco, abandono do Álcool e como o fortalecimento psicológico que se ganha quando consegue atingir metas pré- estabelecidas. Cada ação é um passo ao fortalecimento e a solidificação das metas buscadas. Além do aumento do vínculo e do humanismo como o pessoal de saúde e a comunidade a sua volta. Isto tudo buscando a melhoria na qualidade de vida da população

Minha contribuição se dará de forma ativa, tanto no engajamento e busca ativas dos potenciais participantes das ações assim como participação ativa nos encontros semanais. Deste modo como médico da família e comunidade, estarei explicando sobre o que é a doença, quais suas complicações a curto, médio e longo prazo. Estarei intimamente ligado a terapêutica psicológica para rompimento de barreiras ou tabus que por ventura apareçam, ativamente ligada a humanização em busca constante de confiança e aumento na relação medico paciente. E como objetivo final conseguir através dos conhecimentos e prerrogativas medicas alcançar o resultado final esperado. Depois do acumulo de experiências as pesquisas são mais fáceis visto o grande conhecimento que se adquire neste tipo de ação. A partir daí tomar gosto pela extensão e pela pesquisa e quem sabe ser um estudioso e pesquisador sobre o tema da HAS.

Referências

ALMEIDA, F. A. *Emergência hipertensiva. Revista Brasileira de Hipertensão*. São Paulo: Revista Brasileira de Hipertensão, 2008. Citado na página 18.

ARAÚJO, G. B. S.; GARCIA, T. R. *Adesão ao tratamento anti-hipertensivo: Uma análise conceitual*. 2017. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/revista8_2/v8n2a11.htm>. Acesso em: 20 Jul. 2017. Citado 2 vezes nas páginas 15 e 16.

BRANDÃO, A. A. *Conceituação da epidemiologia da HAS*. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-28002010000500003>. Acesso em: 11 Jul. 2017. Citado na página 10.

BRASIL. A vigilância, o controle e a prevenção das doenças crônicas não transmissíveis. *dent no contexto do sistema Único de saúde brasileiro*. Ministério da Saúde, Brasília, n. 2005, 2005. Citado na página 19.

BRASIL. *Atenção básica*. Ministério da Saude, Brasilia, n. 2009, 2009. Citado 2 vezes nas páginas 9 e 19.

BRASIL. *Entenda o sus*. Ministério da Saude, Brasilia, n. 2009, 2009. Citado na página 9.

BRASIL. *Prevalência de hipertensão arterial auto referida na população brasileira: análise da pesquisa nacional de saúde*. Ministério da Saúde, Brasília, n. 2013, 2013. Citado 2 vezes nas páginas 17 e 18.

KATZUNG, B. G. *Farmacologia básica clínica*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005. Citado na página 15.

LAGEANO, C. *Bairro Frei Rogério tem 70 anos*. 2012. Disponível em: <<http://www.clmais.com.br/informacao/37786>>. Acesso em: 11 Jul. 2017. Citado na página 9.

SBC, S. B. D. C. *VI diretrizes brasileiras de hipertensão. Revista Brasileira de Hipertensão*. São Paulo: Revista Brasileira de Hipertensão, 2010. Citado na página 15.