

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS (UNA-SUS) - NÚCLEO DO CEARÁ
NÚCLEO DE TECNOLOGIAS EM EDUCAÇÃO A DISTÂNCIA EM SAÚDE
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

REINIER MICLIN ROMERO.

**TÍTULO DO TRABALHO: INTERVENÇÃO EDUCATIVA EM PACIENTES
COM HIPERTENSÃO ARTERIAL NO PSF UBS DIONILA SAMPAIO
(ARAPA).**

Fortaleza.2018

REINIER MICLIN ROMERO

**INTERVEÇÃO EDUCATIVA EM PACIENTES COM HIPERTENSÃO
ARTERIAL NO UBS DIONILA SAMPAIO (ARAPA).**

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

Orientador professor(a): Dr JOSE AMILTON COSTA SILVESTRE.

FORTALEZA

2018

REINIER MICLIN ROMERO

**INTERVEÇÃO EDUCATIVA EM PACIENTES COM HIPERTENSÃO
ARTERIAL NO UBS DIONILIA SAMPAIO (ARAPA).**

Banca examinadora

Examinador 1: Professor(a). Nome - Instituição

Examinador 2 – Professor(a). Nome – JOSE AMILTON COSTA SILVESTRE

Aprovado em

DEDICATÓRIA:

A MINHA FAMÍLIA PELO INCENTIVO AO TRABALHO E A OS ESTUDOS, E EM ESPECIAL A DEUS POR DARME A OPORTUNIDADE.

AGRADECIMENTO:

AL COLETIVO DE PROFESSORES POR SUA VALIOSA ORIENTAÇÕES E
RECOMENDAÇÕES
A TODOS OS QUE HAN POSIBILITADO MEU FORMAÇÃO COMO MEDICO
ESPECIALISTA E A PREPARAÇÃO DESTE TRABALHO
A TODOS OBRIGADO.

EPIGRAFE

O MAIOR INIMIGO DO CONHECIMENTO NÃO É A IGNORÂNCIA; É A IGNORÂNCIA DO CONHECIMENTO.

Stephen Hawking.

RESUMO

Segundo estudos realizados, a Hipertensão Arterial é uma doença que vai em aumento de sua prevalência, o mesmo ocorre na Unidade de Saúde do UBS de Arapa do município Tianguá, estado Ceará, tanto assim que se iniciou um estudo. É importante fazer o desenvolvimento de autocuidado para melhorar a qualidade de vida e diminuir a morbimortalidade. Esta doença assume grande importância no contexto dos problemas de saúde pública, é importante ficar alerta para o fato de que, mesmo sem sinais, uma pessoa pode estar com a pressão alta e então correm alguns riscos mais sérios para a sua saúde. Pelo aumento do número de pacientes hipertensos em nossa área e com vários fatores de risco modificável, a equipe compreendeu a necessidade de traçar uma estratégia para melhorar a qualidade de vida destes pacientes diante ações de promoção da saúde, através de saberes e práticas que visam sensibilizar a população sobre as responsabilidades com a saúde, motivar a adoção de hábitos saudáveis e comportamentos de prevenção. Foi realizada pela equipe ações educativas como palestras, rodas de conversa sobre esta doença, seus fatores de risco e como modificá-lo, estimulação de alimentação saudável e prática de exercício físico. Para concretização destas atividades buscamos espaços como a consulta, visita domiciliar, salão da igreja e estacionamento. Junto à fisioterapeuta, nutricionista e agentes comunitários de saúde (ACS) estimulamos as atividades físicas, hábitos alimentares adequados mediante as conversas de conscientização de riscos e doenças foram levantados junto aos líderes comunitários áreas de lazer, para acompanhar as ações físicas. Identificamos os pacientes hipertensos e os fatores de risco modificável associados em consultas e visitas domiciliares e formamos o público alvo.

Palavras-chave: hipertensão Arterial, prevalência, prevenção de saúde

ABSTRACT

According to studies conducted, arterial hypertension is a disease that is on the increase of its prevalence, the same occurs in the Health Unit of the UBS ARAPA of the municipality of Tianguá, state of Ceará, so much so that a study was started. It is important to develop self-care to improve quality of life and decrease morbidity and mortality. This disease is of great importance in the context of public health problems, it is important to be alert to the fact that , even without signs , a person may have high blood pressure and then run some serious risks to your health .for increase in the number of hypertensive patients in our area and with several risk factors modifiable staff understood the need to develop a strategy to improve the quality of life of patients on health promotion actions through knowledge and practices that aim to raise awareness about the responsibilities for the health and motivate the adoption of healthy habits and behaviors prevention. Was conducted by the staff educational activities as lecture, conversation circles about this disease, its risk factors and how to modify it, healthy eating practices and stimulation of physical exercise, to carry out these activities as we seek spaces in consultation, home visit, church hall and parking. By the physical therapist, nutritionist and community agent of health encourage physical activity, eating habits by the appropriate risk awareness talks and diseases were collected from the community leaders play areas, to monitor the physical actions. Identify hypertensive patients and modifiable risk factors in home visits and visits and form the target audience.

Key words: hypertension, prevalence, health prevention.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABS	Atenção Básica à Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
HÁ	Hipirpressão arterial
ESF	Estratégia Saúde da Família
PSF	Programa Saúde da Família
UBS	Unidade Básica de Saúde

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1- Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à equipe de Saúde , Unidade Básica de Saúde de Arapa, município de Tianguá, estado Ceará.	15
---	----

1- INTRODUÇÃO-----	12
1.1 - BREVES INFORMAÇÕES SOBRE O MUNICÍPIO TIANGUÁ] -----	14
1.2 – Contextualização do bem cultural-histórico de Tianguá-----	15
1.2.1 Serviços ofertados pela secretaria de saúde de Tianguá-----	15
1.2.2 Rede de fluxos assistenciais-----	16
1.2.3 Referência de caso fluxo-----	16
1.3- A Equipe de Saúde da Arapa, seu território e sua população. ----	17
1.4 Características da população adscrita. -----	17
1.5 Sistema local de saúde-----	18
1.5.1 O trabalho da equipe de saúde. -----	19
1.6 Estimativa rápida. -----	19
1.7 Priorizações dos problemas. -----	21
2. Justificativa. -----	22
3. Objetivos. -----	23
4. Referencial teórico. -----	24
5. Metodologia. -----	29
6- Proposta de Intervenção. -----	30
7- AVALIAÇÃO E MONITORAMENTO. -----	31
7.1- Descrição do problema selecionado. -----	31
7.2- Explicação do problema selecionado. -----	32
7.3 - Seleção do nós critérios. -----	34
8. Considerações finais. -----	36
9. Resultado. -----	37
10. Referência bibliográfica. -----	38

1 INTRODUÇÃO

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é uma doença crônica não transmissível, considerada o principal fator de risco modificável para doenças cardiovasculares na população. A relevância dela como importante fator de risco cardiovascular (FRCV), sua alta prevalência mundial e o aumento da probabilidade de desfechos circulatórios fatais ou não-fatais quando a ela estão associados outros fatores de risco, tornam muito importante o conhecimento de sua ocorrência nacional e regional¹.

As doenças cardiovasculares crônicas (DCVs) vêm apresentando um aumento significativo nos últimos anos. Nos últimos trinta anos houve um aumento importante nas taxas de mortalidade nos países em desenvolvimento, e a Organização Mundial de Saúde (OMS) estima que as taxas de mortalidade por DCVs tendam a persistir, agravando ainda mais esse quadro (BRASIL, 2012).

As doenças cardiovasculares crônicas (DCVs) vêm apresentando um aumento significativo nos últimos anos. Nos últimos trinta anos houve um aumento importante nas taxas de mortalidade nos países em desenvolvimento, e a Organização Mundial de Saúde (OMS) estima que as taxas de mortalidade por DCVs tendam a persistir, agravando ainda mais esse quadro^{1, 2}. Estima-se que no ano de 2020 as DCVs serão a principal causa de mortalidade e incapacidade na sociedade. Dentro delas a Hipertensão Arterial Sistêmica é responsável por um grande número de óbitos em no mundo. No mundo, a HAS mata 9,4 milhões de pessoas por ano de doenças cardiovasculares, tais como acidente vascular cerebral e infarto do miocárdio. No Brasil, ela é responsável por 300.000 mortes ao ano (BRASIL, 2012 E BREWER, 2009).

No Estado Ceará, e especificamente no município Tianguá é um dos problemas de saúde pública de maior prevalência na população e representa o maior e mais perigoso fator de risco para a progressão e/ou desenvolvimento de doenças cardiovasculares, apresentando altos índices de morbi-mortalidade pelo acometimento dos chamados órgãos alvos, que são os rins, coração, cérebro e olhos, com um grande número de pacientes hipertensos com níveis pressóricos não controlados na comunidade.

A maioria das pessoas com pressão alta não apresenta nenhum sintoma no início da doença, por isso ela é chamada de "inimiga silenciosa", pois quem tem normalmente não

tem conhecimento disso, principalmente pela ausência de sintomas característicos e específicos dela (PERES, 2012 E PIMENTA E, CALHOUN, 2012)

O objetivo principal do tratamento é prevenir morbidade e mortalidade de causa cardiovascular e renal associadas à hipertensão arterial. É universalmente aceitado que deve ser iniciado com medidas não-medicamentosas: mudança no estilo de vida (redução do peso corporal, controle da ingestão de bebidas alcoólicas, atividade física regular, dieta rica em frutas, vegetais e baixa de sódio, abandono do tabagismo), controlar os fatores de risco associados e concorrer para a prevenção primária da hipertensão e de doenças cardiovasculares (PERES, 2012; QUINTERO E GONZÁLES 2007; E PIMENTA E CALHOUN, 2007).

É de grande importância que a família do indivíduo seja envolvida em todo o processo, não só para ampliar as chances de sucesso, mas pelo potencial preventivo que representa para aquele núcleo familiar. O tratamento da pressão alta é realizado por toda a vida, promovendo melhor qualidade de vida e longevidade (QUINTERO E GONZÁLES 2007).

Este trabalho justifica-se pelo grande número de pacientes hipertensos com níveis pressóricos não controlados na comunidade, pela falta de conhecimento dos pacientes sobre a doença, bem como as suas conseqüências na vida dos portadores, caso não bem tratada. Faz-se importante também, tendo em vista a necessidade de a equipe inserir ações educativas em sua agenda direcionada às principais condições crônicas, a fim de que estimule a mudança de comportamento e melhor adesão ao tratamento pelos usuários.

Este projeto tem como objetivo aumentar o nível de conhecimentos dos pacientes com Hipertensão Arterial na Atenção Primária à Saúde em relação às práticas de autocuidado e sobre as complicações da doença.

1.1 Breves informações sobre o município Tianguá

O município Tianguá localiza-se na microrregião de Ibiapaba, limita-se ao Norte com o município de Viçosa e Granja; leste: Flecheirinha, Coreaú e Moraújo; sul: Ubajara; Oeste: São João da Fronteira estado Piauí, com uma população estimada de 68.901 habitantes (WIKIPEDIA, 2015) tem registro aproximado de 4.823 hipertensos (SIAB, 2015).

Em 2010 era de 68.892 habitantes. Entre 2000 e 2010, o crescimento vegetativo foi de -0,92%.

Ainda segundo o Censo de 2010, 51,22% eram homens, e 48,78% eram mulheres. A diferença entre a população masculina e feminina diminuiu na última década, já que em 2000 a população masculina era de 52,97% e a feminina 47,03%.

A taxa de envelhecimento da população vem aumentando, passando de 6,20% em 1991, para 9,03% em 2000 e 11,77% em 2010. A população tianguense é composta de 20,03% de pessoas com menos de 15 anos, 68,20% entre 15 e 64 anos e 11,77% com mais de 65 anos.

1.2 Contextualização do bem cultural no desenvolvimento histórico do município

O atual município de Tianguá era parte integrante do território da Villa Viçosa Real da América, antiga aldeia (tabajara) chefiada pelo morubixaba Irapuã (mel Redondo) desbravada por corsários franceses vindos do maranhão no ano de 1590. O município passou a chamar-se Tianguá em setembro do 1890 (SIAB TIANGUA \ CE 2018). O município tem biblioteca, museus, a catedral Paróquia de Santa Ana inaugurada em maio do 1882, tem o convento São José que atualmente funciona como seminário São José, centro de treinamento da Diocese de Tianguá.

1.2.1 Serviços próprios do Município administrados pela Secretaria Municipal de Saúde/Prefeitura

O município de Tianguá-CE, devido a sua peculiaridade, em relação a número de habitantes, por isso é importante destacar que a falta ou a dificuldade de acesso à assistência nos serviços de atenção primária, a baixa resolubilidade desse nível assistencial e a não viabilidade da contrarreferência do paciente para o acompanhamento ambulatorial induzem os usuários com queixas crônicas e sociais a procurar os serviços de urgência como porta de entrada do sistema de saúde.

Devido essas dificuldades, optamos para referenciar os serviços que não são ofertados em nosso município. Dentre os serviços ofertados temos:

Tabela 1. Lista de Serviços ofertados pelo município de Tianguá- CE.

LISTA DE SERVIÇOS OFERTADOS	
<p>Consultas Especialidades:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Cardiologista 2. Pediatra 3. Endocrinologista 4. Pneumologista 5. Angiologista 6. Nefrologista 7. Neurologista 8. Oftalmologista 9. Ortopedista 10. Proctologista 11. Ginecologista 12. Mastologista 13. Gastroenterologista 14. Otorrinolaringologista 15. Psiquiatra 16- Cirurgias 18- Histerectomia 19. Fimose 	<p>Outros Exames:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Audiometria 2. Eletrocardiograma 3. Teste do Olhinho e Orelhinha 4. Mamografia 5. Ultrassonografia 6. Tomografia 7. Endoscopia <p>Serviços Ofertados Pelo SUS</p> <ul style="list-style-type: none"> - TSH e T-4 Livre - PSA Livre e total - Sorologia para Chagas - Toxoplasmose - Rubéola - HIV - Sorologia para hepatite B

1.2.2 Rede de fluxos assistenciais

1.2.3 Referencia caso fluxo

O Sistema de Referência e Contrarreferência caracteriza-se por uma tentativa de organizar os serviços de forma a possibilitar o acesso pelas pessoas que procuram os serviços de saúde. De acordo com tal sistema, o usuário atendido na unidade básica, quando necessário, é "referenciado" (encaminhado) para uma unidade de maior complexidade, a fim de receber o atendimento de que necessita. Quando finalizado o atendimento dessa necessidade especializada, o mesmo

deve ser "contra referenciado", ou seja, o profissional deve encaminhar o usuário para a unidade de origem para que a continuidade do atendimento seja feita. A referência e contra referência devem ser feitas em formulário próprio da instituição, preenchido pelo profissional de nível superior responsável.

1.3 A Equipe de Saúde de Arapa, seu território e sua população

A comunidade está dividida em quatro micros áreas, tratasse de uma população muito carente que vive basicamente da agricultura (cultivo do milho e produção de carvão), é elevado o número de desempregados e subempregados e devido a isso acabam possuindo uma alimentação não saudável. A maioria das famílias fica dependente da bolsa de família do governo. Atualmente tem havido algum investimento público na comunidade por parte da administração atual do município, para melhorar a saúde e o acesso da população a esses serviços.

1.4 Características da população adscrita

A taxa de alfabetização da comunidade do regional sul encontra se num 75,2%, os empregos da população variam destacando se o emprego de pedreiro, pessoas que trabalham em casas de famílias e empregados de supermercados e empresas, hotéis, entre outros. A taxa de emprego é de 91,3% tendo em conta a população que se encontra em idade laboral. Em sentido geral a população tem um nível cultural bom. As pessoas desta população moram em casas, umas próprias e outras alugadas, mas quase todas têm boas condições estruturais. A população empregada vive do trabalho que faz e a maioria com o salário que ganham da pra sustentar as necessidades básicas dependendo do trabalho e alguns que estão desempregados fazem uso da bolsa da família (Tianguá, 2018).

A comunidade conta com algumas estruturas como escolas, creches, igrejas, supermercados, tem um posto de saúde inserido dentro da comunidade, o qual é muito utilizado pelos usuários em situações de emergência. Existe o serviço de eletricidade e água, esta ultima foi afetada parcialmente durante a temporada de seca no município. A população conta com os serviços de telefonia fixa, celulares, internet, TV por cabo, pode acessar aos correios sim dificuldade, pois na cidade existem dois empresas que prestam este serviço.

1.5 Sistema local de saúde

O município Tianguá adotou a Estratégia de Saúde da Família para a reorganização da atenção básica e conta hoje com mais de 20 equipes da zona urbana fazendo atendimento também na zona rural e cobrindo um 100% da população. Embora a estrutura do seu sistema de saúde está crescendo agora, o município possui um Hospital privado com atendimento de urgências, 4 laboratório privado, 1 laboratório endemias, 2 NASF, 1 laboratório municipal, 1 lugar de Idosos, 15 farmácias (uma popular), 2 CAPS, 4 centro odontológico privados, 1 centro de fisioterapia e recebe o apoio do NASF integrado por nutricionista, fisioterapeuta, professor de educação física e psicologista. Além disso conta com a presença de uma pediatra que faz atendimentos três vezes por semana. A forma de organização do sistema de saúde do município é em rede, prestando uma assistência integral e continua a uma população definida, com comunicação fluida entre os diferentes níveis, a população de responsabilidade vive em um território sanitário singular, organiza-se socialmente em famílias e é cadastrada e registrada em subpopulações. Os pontos de atenção à saúde que ofertam serviços de atenção secundária ficam nos municípios Sobral, e fortaleza.

O PSF se encontra inserido dentro da comunidade rural, acessível para toda a população da região ; a equipe está composta por: um medico, uma enfermeira, dois técnicos de enfermagem, uma assistente administrativa, 5 agentes comunitários de saúde, e auxiliar de higienização, são realizadas mensalmente as reuniões de matriciamento onde se expõem todos os problemas existentes e se estabelecem mecanismos para dar solução aos mesmos.

Sobre a UBS, em relação a sua estrutura, conta com 1 sala para consultas medicas, 1 sala para consulta de enfermagem, a recepção, sala para triagem, sala para curativos, sala para inalação, sala de vacinas, farmácia, 1 consultórios odontológicos e a cozinha; além disso conta com todos os equipamentos básicos pra um bom desenvolvimento. A equipe atende 425 famílias, para uma população total de 1520 pessoas, dos quais 922 (60.1%) são do sexo masculino e 598(39.3%) são femininos, com uma porcentagem elevada de usuários do SUS (98,9%). A equipe trabalha em conjunto existindo uma retroalimentação entre todos os integrantes, por o qual a população se sente muito bem atendida.

1.5.1 O Trabalho da equipe de saúde da família

A equipe de trabalho prioriza as atividades de promoção de saúde como direito e orienta-se pelos princípios e diretrizes do SUS, destacando-se a universalidade, a acessibilidade, integralidade, responsabilização, vínculo, equidade, participação e intersetorialidade, cumprindo com o horário de trabalho todos os dias.

É realizado o acolhimento do paciente que procura a unidade de saúde, tanto de demanda espontânea, realizando procedimentos e o tratamento de agravos como no caso de pacientes que procuram como demanda programada realizando atendimento a grupos e situações de risco por exemplo: pré-natal, puericultura, diagnóstico precoce do câncer de mama, Hipertensão. São realizadas visitas domiciliares com o intuito de conhecer os riscos e os danos aos quais as pessoas estão expostas, promovendo ações para o enfrentamento dos problemas e identificando e realizando um melhor acompanhamento mantendo cadastradas e atualizadas periodicamente a comunidade.

1.6 Estimativa rápida

Após uma análise de estimativa rápida realizada com a equipe foram identificados vários problemas da comunidade do PSF Arapa, do município de Tianguá, entre eles temos:

- Alta incidência de Hipertensão Arterial Sistêmica, produzida principalmente pela falta de adesão ao tratamento medicamento anti-hipertensiva, maus hábitos alimentares com alto consumo de sal, alimentos gordurosos, pastas, pessoas expostas a estresse, aumento do sedentarismo, uso de bebidas alcoólicas e sobrepeso, devido a falta de diagnóstico correto e orientação.
- Alta incidência de Diabetes Mellitus, produzida principalmente pela falta de adesão ao tratamento medicamento, maus hábitos alimentares com alto consumo de doces, alimentos gordurosos, pastas, pacientes expostos a estresse com genética predisponente, aumento do sedentarismo e sobrepeso, às vezes pela falta de diagnóstico correto e orientação.

- Alta Incidência de doenças cardiovasculares: provocada pelo alto índice de hipertensão descompensada, diabetes, obesidade, sedentarismo, dislipidemias, tabagismo, consumo de bebidas alcoólicas, e o abandono dos tratamentos para o controle das doenças crônicas.
- Alto Índice de Obesidade, maus hábitos alimentares como alto consumo de doces, alimentos gordurosos, carboidratos, aumento do sedentarismo pela pouca prática de exercício físico; influenciado também pela genética familiar.
- Alto índice de Dislipidemia, maus hábitos alimentares com alto consumo de alimentos gordurosos, uso indiscriminado de maionese, leite integrais, e derivados, diminuição do consumo de frutas e vegetais, aumento do tabagismo, falta de orientação.
- Uso descontrolado de Psicofármacos: a dependência dos usuários devido o consumo desordenado.

Foram levantados outros problemas, mas esses foram destacados como os mais relevantes. Foram analisadas também as causas e as consequências de tais problemas e cada um com sua particularidade.

1.7 Priorizações dos problemas

Quadro 1 Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à equipe de Saúde Arapa, Unidade Básica de Saúde Arapa, município de Tianguá, estado de Ceará.				
A	Importância*	Urgência**	Capacidade de enfrentamento***	Seleção/Priorização****
Alta incidência de Hipertensão Arterial Sistêmica	Alta	10	Parcial	1
Alta incidência de Diabetes Mellitus	Alta	8	Parcial	2
Alta incidência de Doenças Cardiovasculares	Alta	8	Parcial	3
Alto índice de Obesidade	Alta	8	Parcial	4
Alto índice de Dislipidemias	Alta	7	Parcial	4
Uso descontrolado de benzodiazepínicos	Alta	5	Parcial	5

Fonte: SIAB

*Alta, média ou baixa

** Total dos pontos distribuídos até o máximo de 30

***Total, parcial ou fora

****Ordenar considerando os três itens

2. JUSTIFICATIVA:

A pós uma análise de estimativa rápida realizada com a equipe de saúde, foram identificados vários problemas da comunidade do PSF Arapa, entre eles, a alta incidência da hipertensão arterial. Ressalta-se ainda um elevado aparecimento de novos casos de HAS, considerado pela equipe o problema mais importante. Fatores como obesidade, hábitos e estilos de vida inadequados, tabagismo e alcoolismo entre outros, estão relacionados com o quadro apresentado. A elaboração de um plano de intervenção, para reduzir o número de indivíduos hipertensos no PSF Arapa se justifica, uma vez que envolve os membros da Equipe de Saúde da Família que buscarão a reorganização da atenção básica com a finalidade de evitar novos casos e melhorar a qualidade de vidas dos usuários.

3 OBJETIVOS

Objetivo geral:

Aumentar o nível de conhecimentos dos pacientes com Hipertensão Arterial na Atenção Primária à Saúde em relação às práticas de autocuidado e sobre as complicações da HAS.

Objetivos específicos:

- Motivar aos pacientes Hipertensos por meio de atividades educativas a melhorar os hábitos e estilo de vida para auxiliar o controle da Hipertensão Arterial.
- Promover atividades educativas em grupos sobre as causas, complicações e importância de mudar os hábitos e estilo de vida
- Propor um plano de Intervenção com o objetivo de reduzir o número de pacientes com fatores de risco para a hipertensão arterial, no PSF Arapa, do município Tianguá- CE.

4. REFERENCIAL TEÓRICO

Estudos epidemiológicos demonstram que no mundo, um de cada cinco indivíduos com idade superior a 18 anos, apresenta HA. Pelas declarações da OMS em abril de 2013 estima-se que afeta hoje 1 em cada 3 pessoas no planeta, ou seja, 2 bilhões de pessoas (BUSSATO, 2012 E VIGITEL 2009).

A Hipertensão Arterial (HA) é, portanto, definida como uma pressão arterial sistólica maior ou igual a 140 mmHg e uma pressão diastólica maior ou igual a 90 mmHg, em indivíduos que não estão fazendo uso de medicação anti-hipertensiva e quando se mede a pressão arterial em repouso (BRASIL, 2011).

Segundo o Ministério da Saúde (2011), a Hipertensão Arterial pode ser dividida em três estágios, definidos pelos níveis de pressão arterial:

Estágio I: hipertensão acima de 140 por 90 e abaixo que 160 por 100.
Estágio II: hipertensão acima de 160 por 100 e abaixo de 180 por 110.
Estágio III: hipertensão acima de 180 por 110.

Não existe exatamente uma causa definida para desenvolver a Hipertensão Arterial. As pessoas com maior risco de se tornarem hipertensas são aquelas com excesso de peso, que não possuem uma alimentação saudável, ingerem muito sal, não fazem exercícios físicos, consomem muita bebida alcoólica, são diabéticos ou têm antecedentes familiares com pressão alta. Dentre elas estão:

Segundo com a 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial (2016), os Fatores de risco para hipertensão arterial:

Idade

Há uma associação direta e linear entre envelhecimento e prevalência de HA, relacionada ao: i) aumento da expectativa de vida da população brasileira, atualmente 74,9 anos; ii) aumento na população de idosos ≥ 60 anos na última década (2000 a 2010), de 6,7% para 10,8%. Meta-análise de estudos realizados no Brasil incluindo 13.978 indivíduos idosos mostrou 68% de prevalência de HA.

Sexo e etnia

Na PNS de 2013, a prevalência de HA auto referida foi estatisticamente diferente entre os sexos, sendo maior entre mulheres (24,2%) e pessoas de raça negra/cor preta (24,2%) comparada a adultos pardos (20,0%), mas não nos brancos (22,1%). O estudo Corações do Brasil observou a seguinte distribuição: 11,1% na população indígena; 10% na amarela; 26,3% na parda/mulata; 29,4% na branca e 34,8% na negra.

Excesso de peso e obesidade

No Brasil, dados do VIGITEL de 2014 revelaram, entre 2006 e 2014, aumento da prevalência de excesso de peso ($IMC \geq 25 \text{ kg/m}^2$), 52,5% contra 43%. No mesmo período, obesidade ($IMC \geq 30 \text{ kg/m}^2$) aumentou de 11,9% para 17,9%, com predomínio em indivíduos de 35 a 64 anos e mulheres (18,2% vs 17,9%), mas estável entre 2012 e 2014.

Ingestão de sal

O consumo excessivo de sódio, um dos principais FR para HA, associa-se a eventos CV e renais. No Brasil, dados da Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF), obtidos em 55.970 domicílios, mostraram disponibilidade domiciliar de 4,7 g de sódio/pessoa/dia (ajustado para consumo de 2.000 Kcal), excedendo em mais de duas vezes o consumo máximo recomendado (2 g/dia), menor na área urbana da região Sudeste, e maior nos domicílios rurais da região Norte.

Ingestão de álcool

Consumo crônico e elevado de bebidas alcoólicas aumenta a PA de forma consistente. Meta-análise de 2012, incluindo 16 estudos com 33.904 homens e 19.372 mulheres comparou a intensidade de consumo entre abstêmios e bebedores.²⁵ Em mulheres, houve efeito protetor com dose inferior a 10g de álcool/dia e risco de HA com consumo de 30-40g de álcool/dia. Em homens, o risco aumentado de HA tornou-se consistente a partir de 31g de álcool/dia.

Dados do VIGITEL, 2006 a 2013, mostram que consumo abusivo de álcool – ingestão de quatro ou mais doses, para mulheres, ou cinco ou mais doses, para homens, de bebidas alcoólicas em uma mesma ocasião, dentro dos últimos 30 dias - tem se mantido estável na população adulta, cerca de 16,4%, sendo 24,2% em homens e 9,7%

em mulheres. Em ambos os sexos, o consumo abusivo de bebidas alcoólicas foi mais frequente entre os mais jovens e aumentou com o nível de escolaridade.

A prevalência da Hipertensão Arterial varia amplamente, com valores próximos de 20%, nos Estados Unidos. Na China, 200 milhões de pessoas (de uma população de cerca de 1,3 bilhões de pessoas), na África cerca de 50% e aproximadamente na América Latina o 40% dos adultos sofrem de esta enfermidade. A maioria dessas pessoas não é diagnosticada. Estima-se que, nos Estados Unidos, 69% dos pacientes com antecedente de infarto agudo do miocárdio, 77% com antecedente de acidente vascular cerebral e 74% com histórico de insuficiência cardíaca tenham diagnóstico prévio de HAS.

Sedentarismo

Estudo de base populacional em Cuiabá, MT, (n = 1.298 adultos ≥ 18 anos) revelou prevalência geral de sedentarismo de 75,8% (33,6% no lazer; 19,9% no trabalho; 22,3% em ambos). Observou-se associação significativa entre HA e idade, sexo masculino, sobrepeso, adiposidade central, sedentarismo nos momentos de folga e durante o trabalho, escolaridade inferior a 8 anos e renda per capita < 3 salários mínimos.

Dados da PNS apontam que indivíduos insuficientemente ativos (adultos que não atingiram pelo menos 150 minutos semanais de atividade física considerando o lazer, o trabalho e o deslocamento) representaram 46,0% dos adultos, sendo o percentual significativamente maior entre as mulheres (51,5%).

Houve diferença nas frequências de insuficientemente ativos entre faixas etárias, com destaque para idosos (62,7%) e para adultos sem instrução e com nível de escolaridade fundamental incompleto (50,6%).

Fatores socioeconômicos

Adultos com menor nível de escolaridade (sem instrução ou fundamental incompleto) apresentaram a maior prevalência de HA auto referida (31,1%). A proporção diminuiu naqueles que completam o ensino fundamental (16,7%), mas, em relação às pessoas com superior completo, o índice foi 18,2%.²⁶ No entanto, dados do estudo ELSA Brasil, realizado com funcionários de seis universidades e hospitais universitários

do Brasil com maior nível de escolaridade, apresentaram uma prevalência de HA de 35,8%, sendo maior entre homens.

Genética

Estudos brasileiros que avaliaram o impacto de polimorfismos genéticos na população de quilombolas não conseguiram identificar um padrão mais prevalente. Mostraram forte impacto da miscigenação, dificultando ainda mais a identificação de um padrão genético para a elevação dos níveis pressóricos.

No Brasil, de acordo com dados do Ministério da Saúde, cerca de 30 milhões de brasileiros têm Hipertensão Arterial e há outros 12 milhões que ainda não sabem que possuem a doença, sendo 15% desse total são adultos em idade ativa. Uma pesquisa divulgada recentemente pelo Ministério da Saúde apontou que a proporção de brasileiros diagnosticados com pressão alta cresceu de 21,5% em 2006 para 24,4% em 2009.

A proporção de brasileiros diagnosticados com HA, de acordo com o levantamento, aumentou nos últimos cinco anos, passando de 21,6%, em 2006, para 23,3%, em 2010. Em relação ao ano passado, no entanto, o levantamento aponta recuo de 1,1 pontos percentual. Em 2009, a proporção foi de 24,4%.

A prevalência de Hipertensão Arterial ajustada à idade é de 33,5% para homens negros e 24,85% para homens brancos e 29,5% para mulheres negras e 21% para mulheres brancas.

A Hipertensão Arterial é a causadora de 40% dos derrames cerebrais e 25% dos infartos do coração, participando efetivamente dos 37% de óbitos no Brasil relacionados com as doenças cardiovasculares, representando um dos principais fatores de risco de morbidade e mortalidade cardiovasculares, além disso, de ser um dos problemas de saúde pública de maior prevalência na população, acometendo 23% da população adulta brasileira com idade superior a 25 anos.

Os resultados de estatísticas recentes evidenciam que, dependendo da região do Brasil, de 22% a 44% da população urbana adulta são portadores desta doença. Também é conhecido que cerca de 65% dos idosos são hipertensos e entre mulheres maiores de 75 anos a prevalência pode chegar a 80%. O exemplo de inumeráveis

estudos populacionais verificou-se que existe uma associação importante entre o HA e a idade, evidenciando que na sociedade em desenvolvimento ao lado do aumento da longevidade da população ocorre uma agregação de outros riscos que terminam por comprometer a qualidade de vida dos idosos, além de causar sérios prejuízos ao país e ao sistema de saúde como um todo. Esta população é exatamente aquela que mais utiliza o sistema de saúde por ser acometido por múltiplas patologias, o que acarreta grandes custos ao sistema e reforça a necessidade de adoção de medidas para promoção de saúde e para controle adequado dessa condição crônica (NASCENTE et al., 2010).

Em estudo realizado em Goiânia, os indicadores de HA mostraram índices preocupantes, com prevalência de 36,4%, sendo maior entre homens (41,8%) que entre mulheres (31,80). Como neste estudo, um alto índice de pessoas que sofrem desta doença tem sido observado tanto em municípios de grande porte, como nos municípios de pequeno porte. Vale a pena ressaltar que desde a década de 1990, em diversos estudos regionais usando como ponto de corte os valores de 140/90 mm/hg, a prevalência da Hipertensão Arterial vem se mantendo em torno desse percentual. Esses percentuais também têm sido encontrados em levantamentos realizados nos Estados Unidos. Dessa maneira, verifica-se que as ações relacionadas à HA e aos fatores relacionados são de fundamental importância social em todas as classes socioeconômicas, grupos culturais, independente da localização geográfica ou da extensão do aglomerado urbano (NASCENTE et al., 2010).

5-METODOLOGIA:

5.1-Local do Estudo

O estudo será realizado no município de Tianguá-CE, especificamente no PSF de Arapa.

.2 Sujeitos da intervenção

Nossa unidade básica de saúde atualmente é responsável por um total de 1520 pessoas. Destas, 210 pacientes que tem hipertensão arterial, representando 13,8% do total da população. Para o estudo, será convidada uma amostra de 52 pacientes com esta doença, aqueles com disposição para participar em todas as atividades educativas de prevenção e promoção desenvolvidas pela equipe de saúde no ano 2018.

Para o desenvolvimento do Plano de Intervenção foi utilizado o Método do Planejamento Estratégico Situacional – PES. O Planejamento Estratégico Situacional a partir de seus fundamentos e método propõe o desenvolvimento do planejamento como um processo participativo. Sendo assim, possibilita a incorporação dos pontos de vista dos vários setores sociais, incluindo a população, e que os diferentes atores sociais explicitem suas demandas, propostas e estratégias de solução, numa perspectiva de negociação dos diversos interesses em jogo (MATOS, 1994).

O ator, para Matos (1994) deve preencher três critérios:

- Ter base organizativa
- Ter um projeto definido
- Controlar variáveis importantes para a situação.

Essa participação enriquece o processo de planejamento, criando co-responsabilidade dos atores com a efetivação do plano de ação, dando mais legitimidade e, mesmo, viabilidade política ao plano.

Como fonte de dados a Equipe do PSF Arapa utilizou alguns dados fornecidos pelo SIAB e outros que foram produzidos pela própria equipe por meio do registro da equipe, e estudos epidemiológicos. São três as principais fontes utilizadas: Dentre eles os registros de escritos existentes ou fontes secundárias; através das pesquisas com informantes-chaves, utilizando roteiros ou questionários curtos. A revisão bibliográfica foi realizada em bases de dados de textos científicos mais atualizados que falam de Hipertensão Arterial, utilizando o Google acadêmico e a biblioteca virtual em saúde.

6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

Estratégias e ações:

Realizar, inicialmente, uma reunião com todos os membros da equipe para sensibilizá-los sobre o projeto, em especial os agentes comunitários de saúde (ACS), por seus conhecimentos da comunidade na qual se encontram os pacientes hipertensos.

Utilizar as visitas domiciliares, consultas e a sala de espera como espaços para orientação sobre as complicações da hipertensão e ações que proporemos realizar para melhorar o estado de saúde dos mesmos.

O primeiro momento do trabalho será identificar os conhecimentos dos pacientes hipertensos de sua doença, assim como o manejo, para depois no segundo momento desenvolver as atividades educativas por meio de palestras, entrevistas, vídeos, debates e intercâmbio com a especialista em nutrição e o educador físico, e no ultimo momento fazer uma avaliação do nível de conhecimentos alcançados pelos pacientes depois de receber as atividades educativas.

As entrevistas serão realizadas na pré-consulta pela enfermagem, pedindo o consentimento ao paciente para ele integrar-se ao grupo de estudo.

No segundo momento será aplicado um teste de conhecimento sobre a doença que será realizado pelo médico, durante o atendimento, o diagnóstico, bem como a observação do cumprimento do tratamento e estilo de vida.

No caso das palestras e vídeos, serão ministrados pelos agentes comunitários e enfermeiros, 3 vezes na semana. Os mesmos tiveram uma preparação inicial sobre os

temas que se quer abordar, como alimentação de acordo com o estado do paciente, a necessidade de ingerir alimentos saudáveis, como evitar as tensões nervosas e estresse, que podem levar o paciente a uma descompensação de sua patologia, assim como da importância de cumprir o tratamento indicado pelo médico.

Os pacientes que forem avaliados pelo médico e que tenham maus hábitos de vida serão avaliados pela psicóloga, pela nutricionista e pelo educador físico, para em conjunto, buscarem mudar os estilos de vida destes pacientes, com uma dieta saudável e integrando aos mesmos a prática de esporte, melhorando o sedentarismo, a obesidade e o estresse.

7. Avaliação e monitoramento:

Serão realizadas reuniões nas segundas feiras às 18 horas na unidade, lideradas pelo médico e enfermeira com todos os envolvidos na capacitação e a participação de todos os membros da equipe para monitoramento e avaliação da mesma.

Finalizadas as atividades anuais, será aplicado um questionário aos participantes sobre sua opinião a respeito dos encontros, além de avaliar se alcançaram os conhecimentos necessários para o controle de sua doença.

7.1 Descrição do problema selecionado

O tema escolhido para ser abordado neste trabalho é a alta incidência de Hipertensão Arterial Sistêmica no PSF Arapa. As questões que levantamos mais relevantes para justificar esse desajuste é o fato de ter 210 pacientes hipertensos cadastrados e acompanhados, representando o(13.8%) da população total que é de 1520, deles 36 (1.7%) são idosos, 27 (1.2%) são tabagistas, 8 (0.3%) são usuários de álcool, 16 (0.7%) estão expostos a alto nível de estresse, 48 (2.2%) com sedentarismo e obesidade e 75 (3.5%) são pessoas com maus hábitos alimentares. O grau elevado de idosos dificulta a adesão ao tratamento, pois estes apresentam dificuldade para memorizar os horários ou até mesmo lembrarem se dos medicamentos; também muitos moram sozinhos. É preciso diminuir o uso de álcool e o tabagismo, sedentarismo e obesidade, aumentar as praticas de exercícios físicos, melhorar os hábitos alimentares e diminuir o nível de estresse. Para descrição do problema priorizado, a equipe do PSF Arapa, utilizou alguns

dados fornecidos pelo SIAB e outros que foram produzidos pela própria equipe a través de Registro da equipe, e estudos epidemiológicos.

7.2 Explicação do problema selecionado

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma doença crônico-degenerativa, multifatorial, geralmente é assintomática e com uma evolução lenta e progressiva que pode afetar diversos órgãos nobres, como coração, cérebro, rins e olhos. Esta doença constitui um grande problema social, visto que pode produzir lesões em órgãos-alvo em idade precoce e, portanto, produtiva do indivíduo, ocasionando altos custos socioeconômicos (GOLDMAN, 2005).

A hipertensão pode ser classificada em: hipertensão essencial e hipertensão secundária. A hipertensão essencial, também chamada de hipertensão primária, é aquela que surge sem causa esclarecida, enquanto que a hipertensão secundária é aquela que ocorre devido a uma doença identificável.

A hipertensão primária é a causa da pressão alta em 95% dos pacientes. Não se sabe exatamente por que a hipertensão primária surge, mas sabe-se que ela é causada por múltiplos fatores genéticos e de hábitos de vida. Entre os mecanismos responsáveis pela elevação da pressão arterial na hipertensão primária estão um aumento de absorção de sal pelos rins, uma excessiva resposta dos vasos sanguíneos a estímulos nervosos mediados por neurotransmissores, como a adrenalina, e uma perda de elasticidade das artérias, tornando-as mais rígidas (PINHEIRO, 2015).

A hipertensão secundária é por definição aquela que tem uma causa bem definida. O paciente tem uma doença que leva à hipertensão. São várias as doenças que podem causar hipertensão secundária, mas todas juntas representam apenas 5% do total de casos de hipertensão. Ao contrário da hipertensão essencial que costuma piorar progressivamente, a hipertensão secundária costuma ter início abrupto, iniciando-se já com níveis pressóricos altos.

Como o rim é o principal controlador do volume de água e de sódio do organismo, as doenças renais são causas comuns de hipertensão secundária. Entre as principais

causas deste tipo de hipertensão se encontram: Insuficiência renal crônica; Glomerulonefrite; Rins policísticos; Estenose da artéria renal; Feocromocitoma; Aldosteronismo primário; Síndrome de Cushing; Apneia obstrutiva do sono; Doenças da tireóide (hipotireoidismo e o hipertireoidismo) (PINHEIRO, 2015). A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é diagnosticada pela detecção de níveis elevados e sustentados de pressão arterial (PA) pela medida casual. A PA deve ser realizada em toda avaliação por médicos de qualquer especialidade e demais profissionais da saúde. (VI DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, 2010).

Existem diversos fatores de risco para a hipertensão arterial entre eles temos a Idade, pois existe relação direta e linear da PA com a idade, sendo a prevalência de HAS superior a 60% acima de 65 anos. Gênero e etnia, A prevalência global de HAS entre homens e mulheres é semelhante, embora seja mais elevada nos homens até os 50 anos, invertendo-se a partir da quinta década. Em relação à cor, a HAS é duas vezes mais prevalente em indivíduos de cor não branca. Excesso de peso e obesidade, o excesso de peso se associa com maior prevalência de HAS desde idades jovens. Na vida adulta, mesmo entre indivíduos fisicamente ativos, incremento de 2,4 kg/m² no índice de massa corporal (IMC) acarreta maior risco de desenvolver hipertensão. A obesidade central também se associa com PA. Ingestão de sal, a ingestão excessiva de sódio tem sido correlacionada com elevação da PA. Ingestão de álcool, a ingestão de álcool por períodos prolongados de tempo pode aumentar a PA e a mortalidade cardiovascular em geral. Fatores socioeconômicos, a influência do nível socioeconômico na ocorrência da HAS é complexa e difícil de ser estabelecida.

No Brasil, a HAS foi mais prevalente entre indivíduos com menor escolaridade. Genética, a contribuição de fatores genéticos para a gênese da HAS está bem estabelecida na população. Porém, não existem, até o momento, variantes genéticas que possam ser utilizadas para predizer o risco individual de desenvolver HAS. Outros fatores de risco cardiovascular, os FR cardiovascular freqüentemente se apresentam de forma agregada. A predisposição genética e os fatores ambientais tendem a contribuir para essa combinação em famílias com estilo de vida pouco saudável (VI DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, 2010).

7.3 Seleção dos nós críticos

Quadro 1 – Operações sobre o “Hipertensão Arterial” relacionado ao problema “Incidência”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Arapa, do município Tianguá-CE.

Nó crítico	Incidência da Hipertensão Arterial
Operação	Educação em Saúde para Hipertensos
Projeto	Investigação do conhecimento e cuidado do Hipertenso
Resultados esperados	Diminuir a incidência e contribuir para a melhoria do autocuidado do hipertenso.

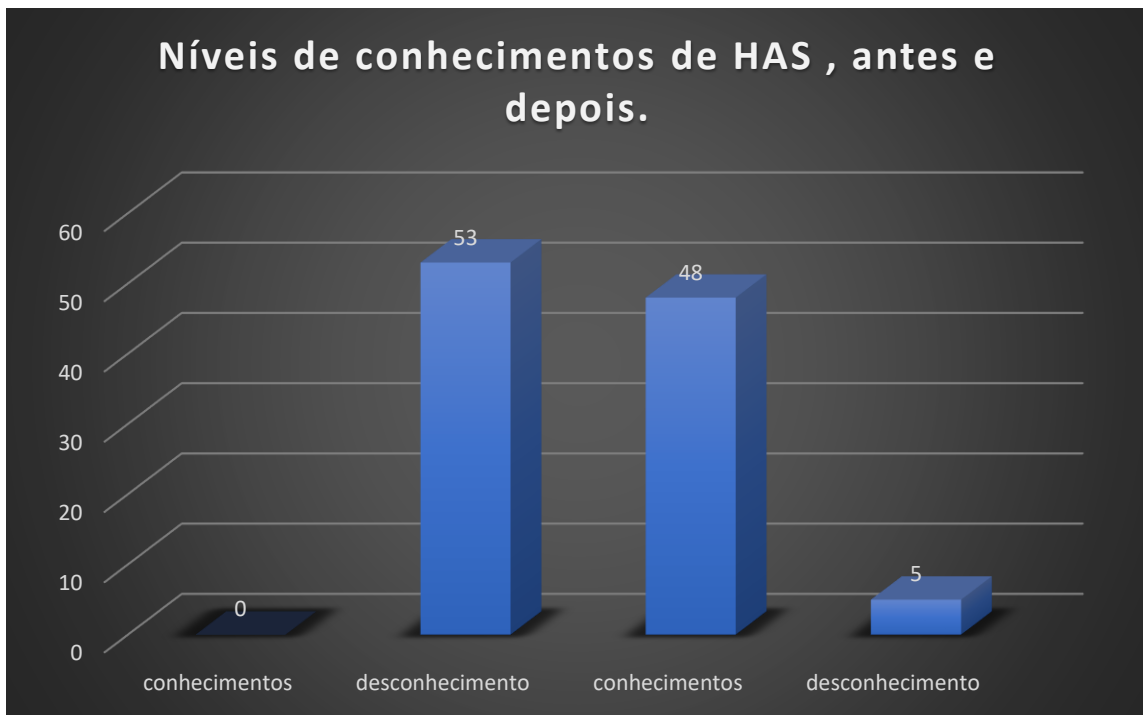
Produtos esperados	Atividades de Educação e saúde mensalmente.
Recursos necessários	Estrutural: Profissionais do PSF (Médico, ACS, Enfermeiros) Cognitivo: Histórico (Entrevista) Financeiro: Secretaria de Saúde Político: Mobilização da secretaria de saúde e do PSF.
Recursos críticos	Estrutural: Motivação dos profissionais e empenho nas atividades; Cognitivo: Entrevista padrão; Político: Adesão da secretaria juntamente com a gestão. Financeiro: Gestão com participação efetiva;
Controle dos recursos críticos	Favorável ao desenvolvimento do cuidado;
Ações estratégicas	A ação faz-se necessária devido a incidência de hipertensos sem tratamento e acompanhamento.
Prazo	Dentro de seis meses, devido ao processo de avaliação.
Responsável (eis) pelo acompanhamento das ações	Secretaria de Saúde; NASF Equipe de Saúde
Processo de monitoramento e avaliação das ações	Serão realizadas avaliações mensalmente, para ver como está sendo a evolução das atividades.

A equipe selecionou como “nós críticos” as situações relacionadas com o problema principal que é a Alta Incidência de Hipertensão Arterial Sistêmica; sobre o qual a equipe tem possibilidade de ação mais direta e que pode ter importante impacto sobre o problema escolhido. Entre eles temos:

- Hábitos e estilos de vida
- Nível de informação da população
- Estrutura dos serviços de saúde.
- Processo de trabalho da equipe de saúde; com orientações inadequadas, prescrições ilegíveis, dificuldade de entendimento das orientações/prescrições. Falta de acompanhamento e controle freqüente. Aumento das causas genéticas. Falta de pesquisa a pacientes com fatores de risco

Gráfico: 1

Níveis de conhecimentos antes e depois de a realização da intervenção.



8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A hipertensão arterial constitui um verdadeiro problema de saúde no mundo, no Brasil e na equipe do programa de saúde da família Arapa do município Tianguá-CE; mediante esta realidade, neste trabalho foi proposto criar estratégias para trabalhar com os fatores de riscos para tentar reduzir o número de pacientes hipertensos em nossa comunidade mediante uma proposta de ações que serão planejadas. A equipe está disposta a seguir com o trabalho, discuti-lo com a secretaria de saúde e fazê-lo extensivo a outras comunidades. De fato, também os níveis de conhecimento dos pacientes foram elevados e eles ficarem melhor ainda depois de feita a intervenção.

9- RESULTADOS ESPERADOS

Os resultados planejados são: Aplicar uma proposta de Estratégia Educativa que permita aumentar os conhecimentos da prevenção e autocontrole dos fatores de risco da hipertensão arterial, na população da UBS Dionilia Sampaio, do município Tianguá/CE, como elemento necessário para uma educação continuada.

Os resultados aguardados são: Que o informe final desta investigação de para publicação científica, apresentação em eventos científicos, que outros profissionais dão continuidade com estudos similar no Brasil. o autor espera que a estratégia educativa desenhada contribua para melhorar a qualidade de vida do paciente com HA e comportamentos saudáveis dos usuários.

10-REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.

ASCENTE, Flávia et al. Hipertensão arterial e sua correlação com alguns fatores de risco em cidade brasileira de pequeno porte. Arq. Bras. Cardiol., São Paulo, v. 95, n. 4, p. 502-509, Oct. 2010.

BRASIL, Ministério da Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Ministério da Saúde. Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico: VIGITEL 2009. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.

BRASIL, Ministério da Saúde. Manual de Hipertensão arterial e Diabetes Mellitus. Brasília: Editora MS, 2002.

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria 2.488 de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) [acesso em 27 set 2012]. Disponível em: <http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/110154-2488.html>.

Brasileiras de Hipertensão. Arq. Bras. Cardiol. v. 95, n.1, supl.1, p: 1-51,2010
Brasília-DF; 2004.

BREWER, Sarah. Como conviver com a hipertensão. Publifolha, 2009.

BUSSATO, Oto. Hipertensão arterial prevenção e tratamento. Disponível em: <http://www.abcdasaude.com.br/artigo>. Acesso em 18 de fevereiro 2012.

CAMPOS, F. C. C.; FARIA, H.P.; SANTOS, M. A. Planejamento e avaliação das ações em saúde. 2ª ed. : Nescon/UFMG, Coopmed, 2010.

DE LIMA SILVA, Amanda; NASCIMENTO, Rosana; GRASSI, Liliane Trivellato. ATENÇÃO FARMACÊUTICA AO IDOSO. **Revista Saberes da FAPAN**. v. v. 3, n. 1, p. 39-49, 2016.

FIGUEIREDO, Elizabeth Niglio. Estratégia Saúde da Família e Núcleo de Apoio à Saúde da Família: diretrizes e fundamentos. In: Módulo Político Gestor. São Paulo: UNASUS/UNIFESP.

GOLDMAN L, AUSIELLO D. CECIL, tratado de medicina interna. In: 22a Ed. Rio de Janeiro, Brasil: Saunders Elsevier, p. 399-411, 2005.

GONZÁLEZ Pérez, U. El concepto de Calidad de Vida y la evolución de los paradigmas de las ciencias de la salud. Instituto Superior de Ciências Médicas de La Habana. 2011.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico 2010: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010>.

Último acesso 20 out. 2015

in the Americas, 2004. [Access in 2008 Oct 15]. Available from: <http://www>.

Initiative for integrated non-communicable diseases prevention

IV Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. *Arq. Bras. Cardiol.* vol.82, n.4, p. 7-22, 2004.

Jardim PCBV, Gondim MRP, Monego ET, Moreira HC, Vitorino PV, Souza WK, et al. High blood pressure and some risk factors in a Brazilian capital. *Arq. Bras Cardiol.* 2007; 88:398-403.

JUNIOR, Décio Mion et al. Os médicos brasileiros seguem as Diretrizes Brasileiras de Hipertensão? *Arq. Bras Cardiol*, v. 88, n. 2, p. 212-217, 2007. Passos VMA, Assis TD, Barreto SM. Hipertensão arterial no Brasil: estimativa de prevalência a partir de estudos de base populacional. *Epidemiol. Serv. Saúde* 2006; 15:35-45.

KEARNEY, Patricia M. et al. Global burden of hypertension: analysis of worldwide data. *The lancet*, v. 365, n. 9455, p. 217-223, 2005

LIMA, María Gema Quintero; GARROTE, Ubaldo González. Calidad de vida, contexto socioeconómico y salud en personas de edad avanzada. In: **Gerontologia y salud: Perspectivas actuales**. Biblioteca Nueva, 1997. p. 129-146.

MACHADO, Maria de Fátima Antero Sousa et al. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS: uma revisão conceitual. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 335-342, Apr. 2007

Mello, Inaia Monteiro. *Enfermagem psiquiátrica e de saúde mental na prática*. São Paulo: Atheneu, 2008.

Ministério da Saúde (BR). Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.

Ministério da Saúde. *Saúde Brasil 2004: uma análise da situação de saúde*. paho.org/english/ad/dpc/nc/carmen-info.htm.

PÉRES, Denise S.; MAGNA, Joceli Mara; VIANA, Luís Atílio. Portador de hipertensão arterial: atitudes, crenças, percepções, pensamentos e práticas. **Revista de Saúde Pública**, v. 37, p. 635-642, 2003.

PNDU. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento, IDH por municípios e estados, 2013 <http://www.pnud.org.br/IDH/DH.Aspx> último acesso 20 out. 2015.

Poço de Caldas, Wikipédia a enciclopédia livre. Disponível em: <https://pt.wikipedia.org/wiki/Po%C3%A7os_de_Caldas> ultimo acesso 20 out. 2015.

PREFEITURA MUNICIPAL DE TIANGUA-CE. Histórico da Cidade. 2018. Disponível em: <http://www.tiangua.mg.gov.br/site/prefeitura/nossa-cidade/historico/>. Acessado em 14 de abril de 2018.

REGO, Ricardo A. et al. Risk factors for non-communicable chronic diseases: a domiciliary enquiry in the City of S. Paulo, Brazil. Methodology and preliminary results. **Revista de Saúde Pública**, v. 24, n. 4, p. 277-285, 1990.

SCHMIDT, Maria Inês et al. Chronic non-communicable diseases in Brazil: burden and current challenges. **The Lancet**, v. 377, n. 9781, p. 1949-1961, 2011.

Sociedade Brasileira de Cardiologia / Sociedade Brasileira de Hipertensão / Sociedade Brasileira de Nefrologia. VI Diretrizes

Sociedade Brasileira de Hipertensão, Sociedade Brasileira de Cardiologia e Sociedade Brasileira de Nefrologia. V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. 2010.

SOWERS, James R.; WHALEY-CONNELL, Adam; EPSTEIN, Murray. Narrative review: the emerging clinical implications of the role of aldosterone in the metabolic syndrome and resistant hypertension. **Annals of internal medicine**, v. 150, n. 11, p. 776-783, 2009.

The Pan American Health Organization Promoting Health in the Americas.

Vasan RS, Beiser A, Seshadri S, et al. Residual lifetime risk for developing hypertension in middle-aged women and men: The Framingham Heart Study. **JAMA**. 2002.

VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial, Rev. Bras Hipertens. vol.17, n. 1, p: 11-17, 2010.

Vianna IOA. Metodologia do Trabalho Científico: um enfoque didático da produção científica. São Paulo: EPU, 2001.

World Health Organization. Global status reports no communicable diseases 2010. http://www.who.int/nmh/publications/ncd_report2010/en/ (acessado em 28/Dez/2018).

World Hypertension League. Measuring your blood pressure. Available at: <http://www.mco.edu/org/whl/bloodpre.html>. Acessado em 10 de março de 2018.

11-APÊNDICE A

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Autorizada Pela Portaria Federativa Nos 77.498 de 27/01/76.

Reconhecida pela Portaria Ministerial No 874/76 de 19/12/86.

Estou desenvolvendo um Projeto de investigação com o tema incidência da hipertensão arterial no PSF Arapa com El objetivo de fazer uma Intervenção para melhorar a qualidade de vida dos pacientes hipertensos do Centro de Saúde do município Tianguá. Por tanto gostaria de contar com sua participação para a utilização das imagens neste projeto.

Você tem toda a liberdade de recusar sua participação, caso aceite participar, você poderá a qualquer momento obter informação sobre o andamento deste projeto e também retirar o seu consentimento mesmo que tenha antes se manifestado (a) favorável.

Eu reinier Miclin Romero autorizo o uso de minhas imagens no projeto de para fins de redação, divulgação e publicação de artigos científicos relativos a este projeto. Sendo assim aceito voluntariamente participar deste projeto conforme os termos acima apresentados. Arapa. Tianguá-CE. 2018

12-ANEXO A

Temas das atividades realizadas.

Palestras coletivas sobre:

- Conceito de fatores de risco modificável e HAS, assim como a relação direta entre presença de fatores de risco e doenças crônicas;
- Possibilidades de evitar a presença destes fatores de risco na pessoa através da prevenção;
- Conceito de qualidade de vida e importância;
- Importância de modificar hábitos e estilos de vida (dieta saudáveis, exercícios físicos sistemáticos, controle do peso corporal, evitar o consumo de álcool, café em excesso e cigarros) que influenciam na qualidade de vida;
- Melhorar o conhecimento e adoção ao tratamento farmacológico e não farmacológico;
- Oferecer apoio a pacientes para tomar decisões saudáveis em sua vida;
- Informar sobre as consultas de Hiperdia, nutricionista, atividades com fisioterapeuta;
- Promoção da prática de exercícios físicos regularmente, aliada a uma alimentação saudável, o que previne o sobrepeso e a obesidade, além de trazer benefícios para saúde mental e emocional.

Após fazer a palestra se procedeu a fazer uma conversa coletiva, e depois individual, das ações de prevenção de fatores de risco.

- Alimentação saudável: incentivar uma alimentação equilibrada, com o consumo de água e a prática de atividades físicas regularmente;
- Evitar a ingestão de gorduras como toucinho, bacon, manteiga, maionese, creme de leite, carnes gordurosas de qualquer tipo e demais gorduras de origem animal, enlatados em geral, chocolate, cacau, cremes, bolos e biscoitos feitos de ovos e manteiga;
- Promover a ingestão de proteínas de origem vegetal: leguminosas como feijão, soja, grão-de-bico, lentilha, são alimentos fundamentais para saúde, por serem um dos alimentos vegetais mais ricos em ferro e vitaminas;
- Preferir óleos vegetais (azeite de oliva, girassol, milho, soja), legumes, verduras, frutas cítricas, mamão, melão, melancia, pêra abacaxi, pêsego e adoçantes dietéticos;

- Explicou-se a importância da ingestão de no mínimo dois litros de água diariamente;
- Evitar uso abusivo de bebidas alcoólicas;
- Recomendar a redução no consumo de alimentos com alta concentração de sal, como temperos prontos, caldos concentrados, molhos prontos, salgadinhos, entre outros;
- Reduzir o consumo de carboidratos simples (doces, massas, pães, bolachas, batata, mandioca) e incentivar o consumo de carboidratos complexos presentes principalmente nos cereais (arroz, pão, milho), tubérculos (batata, beterraba) e raízes (mandioca, inhame), alimentos vegetais como grãos, as frutas, verduras e legumes contêm fibras alimentares;
- Evitar o tabagismo;
- Prática sistemática de exercícios físicos como caminhadas e outros tipos de exercícios;
- Acompanhamento em consultas e visitas domiciliares a pacientes com fatores de risco e DCNT;
- Avaliação com a nutricionista e outros especialistas para avaliação dos casos mais complexos;
- Capacitação dos agentes comunitários sobre vigilância e monitoramento de fatores de risco em suas áreas;
- Distribuição de materiais informativos aos pacientes;
- Evitar o estresse e o consumo de drogas e medicamentos sem prescrição médica mantendo uma boa saúde mental e emocional;
- Controle periódico de Hiperlipidêmicas através de exames complementares e tratamento adequado de hipertensão e diabetes mellitus;
- Detecção precoce de complicações através de exames de rotina a pacientes nas consultas de Hipertensão e em visitas domiciliares para posterior avaliação;
- Controle do peso corporal em pessoas obesas e com sobrepeso;

