

**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, PESQUISA E INOVAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

**RINGO STONE COSTA MILITÃO**

**EDUCAÇÃO EM SAÚDE COMO ESTRATÉGIA PARA O CONTROLE DA  
HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA.**

**FORTALEZA  
2018**

**RINGO STONE COSTA MILITÃO**

**EDUCAÇÃO EM SAÚDE COMO ESTRATÉGIA PARA O CONTROLE DA  
HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA.**

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: Prof<sup>o</sup> Me Bruna Michelle Belém  
Leite Brasil

**FORTALEZA  
2018**

Catálogo na fonte

S379t Silva, Maria da  
Título do TCC ou Monografia/ Maria da Silva, nome do orientador.  
Local, ano.  
Total de folhas : il.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) - Universidade do  
Estado do Pará, Belém, 2008.

1.Assunto. 2.Assunto. 3.Assunto. I. Título.

Classificação (CDD)

**RINGO STONE COSTA MILITÃO**

**EDUCAÇÃO EM SAÚDE COMO ESTRATÉGIA PARA O CONTROLE DA  
HIPERTENSÃO.**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado 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.

Aprovado em: \_\_/\_\_/\_\_

**BANCA EXAMINADORA**

---

Prof<sup>o</sup>., Me Bruna Michelle Belém Leite Brasil –Orientadora  
Centro Universitário Estácio do Ceará

---

Prof<sup>o</sup>., Dr Francisco Antônio da Cruz Mendonça  
Centro Universitário Estácio do Ceará

---

Prof<sup>o</sup>., titulação (Dr/Me/Esp), nome.  
Instituição

## RESUMO

O projeto consistiu em implementar, a partir de fevereiro de 2018, ações objetivando melhorar o controle da Hipertensão Arterial em pacientes da Unidade Básica de Saúde Olho d'Água em Maracanaú, visto que esta é uma doença implicada como uma das principais causas de morte em todo o mundo e que a população não estava aderindo ao tratamento desta patologia. Dessa forma, com apoio da equipe de enfermagem da unidade, da equipe multiprofissional do NASF e da Secretaria Municipal de Saúde, foram implantadas medidas práticas para que os níveis pressóricos dessa população fossem reduzidos para níveis satisfatórios, diminuindo, assim, as complicações cardiovasculares e melhorando a qualidade de vida. Dentre as medidas implementadas, pode-se citar a criação dos grupos do Hipertenso e de Exercício, que funcionam de forma regular e sistemática, além da criação da caixa de medicamentos personalizada, receituário do hipertenso e ficha do hipertenso, medidas estas que contribuiram para o alcance do objetivo estabelecido.

**Palavras-chave:** Hipertensão ; Saúde Pública ; Prevenção ; Saúde Primária

## **ABSTRACT**

The project consisted in implementing, from February 2018, actions aimed at improving the control of Arterial Hypertension in patients of the Olho d'Água Basic Health Unit in Maracanaú, since this disease is implicated as one of the main causes of death and that the population was not adhering to the treatment of this pathology. Thus, with the support of the unit's nursing team, the NASF multiprofessional team and the Municipal Health Department, practical measures were implemented so that the blood pressure levels of this population were reduced to satisfactory levels, thus reducing cardiovascular complications and improving the quality of life. Among the measures implemented, we can mention the creation of the Hypertensive and Exercise groups, which operate regularly and systematically, in addition to the creation of the personalized medication box, the hypertensive prescription and the hypertensive card, which contributed to the reach the stated objective.

**Keywords ou Palavras clave:** hypertension; public health; prevention

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>5</b>
<b>2</b>	<b>PROBLEMA.....</b>	<b>8</b>
<b>3</b>	<b>JUSTIFICATIVA.....</b>	<b>9</b>
<b>4</b>	<b>OBJETIVOS.....</b>	<b>10</b>
4.1	OBJETIVO GERAL.....	10
4.2	OBJETIVOS ESPECIFICOS.....	10
<b>5</b>	<b>REVISÃO DE LITERATURA.....</b>	<b>11</b>
<b>6</b>	<b>METODOLOGIA.....</b>	<b>13</b>
<b>7</b>	<b>ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....</b>	<b>15</b>
<b>8</b>	<b>CRONOGRAMA.....</b>	<b>16</b>
<b>9</b>	<b>RECURSOS NECESSÁRIOS.....</b>	<b>17</b>
<b>10</b>	<b>CONCLUSÃO</b>	<b>18</b>
	<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>19</b>
	<b>ANEXO.....</b>	<b>21</b>

## 1 INTRODUÇÃO

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é uma condição caracterizada pela elevação da pressão arterial  $\geq 140$  mmHg de pressão arterial sistólica (PAS) e/ou pressão arterial diastólica (PAD)  $\geq 90$  mmHg. Esta condição está associada a alterações funcionais, estruturais e metabólicas do coração, rins, encéfalo e vasos sanguíneos. Além disso, é geralmente agravada pela presença de fatores de risco como ser da cor negra, ter baixa renda, idade avançada, obesidade e determinados estilos de vida como o consumo de álcool, tabaco, baixa atividade física e alimentação inadequada (WHO, 2013; WEBER et al., 2014; MALACHIAS et al., 2016).

A HAS é um grave problema de saúde pública no Brasil e no mundo. Sua prevalência no Brasil varia entre 22% e 44% para adultos (32% em média), chegando a mais de 50% para indivíduos com 60 a 69 anos e 75% em indivíduos com mais de 70 anos (SBC, 2016).

Em pessoas acima de 18 anos a HAS pode ser classificada em 3 diferentes estágios. Para o estágio 1 considera-se o nível pressórico entre 140 – 159/ 90 – 99mmHg; para o estágio 2 considera-se entre 160 – 179/100 – 109 mmHg e para o estágio 3 entre  $\geq 180/\geq 110$  mmHg (MALACHIAS et al., 2016). Os indivíduos não diagnosticadas já no primeiro estágio da doença possuem o maior risco de serem submetidos a procedimentos como cirurgia cardíaca de bypass, cirurgia da artéria carótida e diálise devido a complicações da doença a longo prazo (WHO, 2013).

Há uma associação direta e linear entre envelhecimento e prevalência de HAS, relacionada ao: i) aumento da expectativa de vida da população brasileira, atualmente 74,9 anos; ii) aumento na população de idosos  $\geq 60$  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 (SBC, 2016).

O consumo excessivo de sódio, um dos principais FR para HA, associa-se a eventos cardiovasculares e renais (SBC, 2016).

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 (SBC, 2016)

Estudo de base populacional em Cuiabá, MT, (n = 1.298 adultos  $\geq$  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 (SBC, 2016).

Além dos prejuízos à saúde decorrentes da HAS, existem também consequências financeiras ao doente, pois a doença e suas complicações podem resultar em diminuição da produtividade no trabalho e redução da renda. Este impacto financeiro também afeta o sistema de saúde devido ao número elevado de internações hospitalares, óbitos, distribuição de medicamentos anti-hipertensivos, entre outros fatores. Além disso, a HAS contribui para mais de 50% dos óbitos por doenças cardiovasculares atualmente (WHO, 2013; WEBER et al, 2014).

Estima-se que aproximadamente 95% dos casos de hipertensão são de causa desconhecida, que por definição, é chamada de hipertensão primária ou hipertensão essencial. Em apenas 5 % dos casos, a causa da hipertensão pode ser mensurada e dita como secundária (LOLIO, 1990). Dentre as causas mais comuns estão a doença parenquimatosa renal, a estenose da artéria renal (hipertensão reno-vascular) e o uso de anticoncepcionais orais (menos frequente que décadas anteriores), enquanto entre as causas menos comuns estão a coarctação da aorta, síndrome de Cushing, feocromocitoma, hiperaldosteronismo, acromegalia, policitemia vera, uso de drogas ilícitas, ciclosporina (SBC, 2016).

Dentre os mecanismos envolvidos, ressalta-se o papel da insulina, que, apesar de ser um vasodilatador, possui papel indireto nos mecanismos pressóricos, onde se destaca sua contribuição na retenção hidrossalina nos túbulos renais, por meio do aumento da produção de aldosterona, pela sensibilização das adrenais á angiotensina II, via de ativação de ATP e ativação do sistema nervoso simpático central (ROSA et al, 2005).

A resistência à insulina na musculatura lisa vascular, pode levar a prejuízos nos processos de troca iônica ( $\text{Ca}^{+}$  ATPase e  $\text{Na}^{+}$  ATPase) mediados pela insulina, onde pode levar ao acúmulo de cálcio e sódio na parede vascular, facilitando a ação de vasoconstritores como a angiotensina II e a noradrenalina (ROSA et al, 2005).

As políticas nacionais de saúde garantem a distribuição de medicamentos para doenças como diabetes e hipertensão, além de preconizar que as equipes de atenção básica estejam qualificadas a implantar intervenções com enfoque em estratégias de prevenção, diagnóstico, monitorização e controle da pressão arterial (BRASIL, 2013; MENGUE et al., 2016).

Diante de tais dificuldades e levando em consideração que a Atenção Básica tem como função tratar adequadamente esse tipo de doença crônica, buscou-se realizar projeto de intervenção para implementar ações de saúde para o controle, avaliação e seguimento dos pacientes hipertensos na UBS Olho d'Água localizada em Maracanaú.

## **2 PROBLEMA**

Dentro da experiência como médico, nos primeiros meses na Unidade Básica de Saúde, Olho d'Água em Maracanaú no Estado do Ceará foi possível constatar as dificuldades no seguimento dos pacientes com HAS. O uso irregular das medicações, não adesão às mudanças de estilo de vida, renovação de receitas sem avaliação adequada dos pacientes, baixa frequência nas consultas agendadas, estes foram alguns dos problemas identificados durante as consultas individuais realizadas pelo médico e nos grupos de hipertensos. De forma geral, percebe-se que os pacientes hipertensos não estão seguindo de forma correta a terapia farmacológica e não farmacológica recomendada para o controle da patologia, estando susceptíveis as complicações da patologia.

## **3 JUSTIFICATIVA**

No Brasil, a HAS atinge 32,5% (36 milhões) de indivíduos adultos, mais de 60% dos idosos, contribuindo direta ou indiretamente para 50% das mortes por doença cardiovascular (DCV). Junto com DM, suas complicações cardíacas, renais e acidentes vasculares cerebrais têm impacto elevado na perda da produtividade do trabalho e da renda familiar, estimada em US\$ 4,18 bilhões entre 2006 e 2015. (SBC, 2016).

Apesar da ampliação do Programa Saúde da Família nos últimos anos com a oferta de melhor estruturação dos serviços, distribuição de medicamentos básicos e aumento na disponibilidade de profissionais médico, verificou-se que ainda há fatores que dificultam a adesão ao tratamento, tais como a baixa escolaridade, o sedentarismo e a falta de conhecimento em relação aos riscos resultantes do acompanhamento ineficiente da pressão arterial.

A partir da educação do paciente para o auto-cuidado, espera-se a redução das complicações, maior adesão do mesmo ao tratamento, bem a estabilização dos níveis tensionais.

## **4 OBJETIVOS**

### **4.1 OBJETIVO GERAL**

Promover educação em saúde como estratégia para o controle da Hipertensão Arterial Sistêmica.

### **4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Aumentar o nível de conhecimento dos portadores de HAS sobre sua patologia.
- Avaliar a adesão ao tratamento farmacológico anti-hipertensivo
- Identificar os fatores que dificultam a adesão ao tratamento;
- Integrar os diversos profissionais de saúde no manejo do paciente hipertenso
- Identificar os pacientes com maior risco cardiovascular

-Implementar medidas de acompanhamento e referência.

## 5 REVISÃO DE LITERATURA

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial – PA ( $PA \geq 140 \times 90$  mmHg). Associa-se, frequentemente, às alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo (coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos) e às alterações metabólicas, com aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais (SBC, 2016).

Além de ser causa direta de cardiopatia hipertensiva, é fator de risco para doenças decorrentes de aterosclerose e trombose, que se manifestam, predominantemente, por doença isquêmica cardíaca, cerebrovascular, vascular periférica e renal. Em decorrência de cardiopatia hipertensiva e isquêmica, é também fator etiológico de insuficiência cardíaca. Déficits cognitivos, como doença de Alzheimer e demência vascular, também têm HAS em fases mais precoces da vida como fator de risco. Essa multiplicidade de consequências coloca a HAS na origem de muitas doenças crônicas não transmissíveis e, portanto, caracteriza-a como uma das causas de maior redução da expectativa e da qualidade de vida dos indivíduos (DUNCAN; SCHMIDT; GIUGLIANI, 2006).

A HAS tem alta prevalência e baixas taxas de controle. 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 (SBC, 2016).

. Em 2001, cerca de 7,6 milhões de mortes no mundo foram atribuídas à elevação da PA (54% por acidente vascular encefálico e 47% por doença isquêmica do coração), ocorrendo a maioria delas em países de baixo e médio desenvolvimento econômico e mais da metade em indivíduos entre 45 e 69 anos (WILLIAMS, 2010).

Apesar de apresentar uma redução significativa nos últimos anos, as DCVs têm sido a principal causa de morte no Brasil. Entre os anos de 1996 e 2007, a mortalidade por doença cardíaca isquêmica e cerebrovascular diminuiu 26% e 32%, respectivamente. No entanto, a mortalidade por doença cardíaca hipertensiva cresceu 11%, fazendo aumentar para 13% o total de mortes atribuíveis a doenças cardiovasculares em 2007 (SCHMIDT et al., 2011).

No Brasil, a prevalência média de HAS autorreferida na população acima de 18 anos, segundo a Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel – 2011), é de 22,7%, sendo maior em mulheres (25,4%) do que em homens (19,5%). A frequência de HAS tornou-se mais comum com a idade, mais marcadamente para as mulheres, alcançando mais de 50% na faixa etária de 55 anos ou mais de idade. Entre as mulheres, destaca-se a associação inversa entre nível de escolaridade e diagnóstico da doença: enquanto 34,4% das mulheres com até 8 anos de escolaridade referiam diagnóstico de HAS, a mesma condição foi observada em apenas 14,2% das mulheres com 12 ou mais anos de escolaridade. Para os homens, o diagnóstico da doença foi menos frequente nos que estudaram de 9 a 11 anos (BRASIL, 2012).

Cerca de 40% dos usuários da rede da Atenção Primária são portadores de HAS na Alemanha, e destes apenas 18,5% estavam com a PA controlada (SHARMA et al., 2004). A média europeia de controle de HAS em serviços de Atenção Básica é de 8% e, nos EUA, tem se mantido em torno de 18%, enquanto que, na América Latina e África, há uma variação de 1% a 15% de controle deste problema (GRANDI et al., 2006).

No Canadá, houve uma mudança radical nos últimos 15 anos, pois, em 1992, a prevalência da HAS era de 17%, sendo que 68% não fazia tratamento para esse problema e 16% tinha a pressão arterial controlada (LEENEN et al., 2008). As pessoas com maior número de fatores de risco encontravam-se com melhor tratamento e controle. Um estudo de prevalência e manejo dos hipertensos, realizado na província de Ontário e publicado em maio de 2008 (MOHAN; CAMPBELL, 2008), descreve uma prevalência de 22% da população geral com HAS, e 52% acima de 60 anos. Relata que 87% dos hipertensos foram diagnosticados, constituindo-se no local com melhor indicador mundial neste quesito (CAMPBELL et al., 2003). Os dados sobre a qualidade do acompanhamento surpreendem: 82% dos pacientes fazem tratamento e 66% têm a HAS controlada.

O segundo país com os melhores indicadores em relação ao diagnóstico, ao acompanhamento e ao controle da HAS é Cuba, visto que, em 16 anos, houve um decréscimo significativo da prevalência de HAS e um aumento do diagnóstico, do acompanhamento e do controle desse problema de saúde. Esse país apresenta uma prevalência de HAS de 20%, destes 78% são diagnosticados, 61% utilizam a medicação de forma regular e 40% têm a HAS controlada. Entre os usuários em acompanhamento regular na rede de Atenção Básica, o controle da HAS sobe para 65%. Há uma pequena diferença entre homens e mulheres (estas têm menores proporções de diagnóstico e controle), mas não houve diferenças em relação à etnia e à escolaridade (ORDUNEZ-GARCIA et al., 2006).

No Brasil, os desafios do controle e prevenção da HAS e suas complicações são, sobretudo, das equipes de Atenção Básica em Saúde. As equipes são multiprofissionais, cujo processo de trabalho pressupõe vínculo com a comunidade e a clientela adscrita, levando em conta a diversidade racial, cultural, religiosa e os fatores sociais envolvidos. Nesse contexto, o Ministério da Saúde preconiza que sejam trabalhadas as modificações de estilo de vida, fundamentais no processo terapêutico e na prevenção da hipertensão. A alimentação adequada, sobretudo quanto ao consumo de sal e ao controle do peso, a prática de atividade física, o abandono do tabagismo e a redução do uso excessivo de álcool são fatores que precisam ser adequadamente abordados e controlados, sem os quais os níveis desejados da pressão arterial poderão não ser atingidos, mesmo com doses progressivas de medicamentos (CONCEIÇÃO, 2009.)

## **6 METODOLOGIA**

Considerando o alto índice de pacientes hipertensos em nossa unidade básica de saúde e a importância do controle da hipertensão arterial para prevenção de complicações em saúde, escolhemos essa temática para implementar estratégias individuais e coletivas a fim de melhorar os índices pressóricos de nossa população

Trata-se de projeto de intervenção, desenvolvido com pacientes hipertensos cadastrados na Unidade Básica de Saúde Olho d'Água, localizada no município de Maracanaú-Ceará.. A amostra da pesquisa foi de conveniência, composta por todos os pacientes hipertensos cadastrados no programa de Hipertensão e inseridos na área de cobertura de equipe de saúde da família desta unidade, totalizando 154 pacientes nestes critérios de inclusão. Foram excluídos do estudo pacientes podiam se comunicar e/ou com grave estado de saúde, que impossibilitasse a aplicação dos questionários.

A coleta de dados foi realizada no período de fevereiro a maior de 2018, após a consulta mensal de acompanhamento da HAS na Unidade de Saúde e em visita domiciliar, para os casos de idosos acamados ou com dificuldade de locomoção. para a avaliação da aderência ao tratamento medicamentoso, foi aplicado um interrogatório de Medida de Adesão aos Tratamentos (MAT), já utilizado e validado no Brasil. Este interrogatório é composto por 7 perguntas relacionadas ao tratamento medicamentoso e usa a escala de Likert, na qual o sujeito responde às perguntas com respostas como “sempre”, “quase sempre”, “com frequência”, “por vezes”, “raramente” e “nunca”. A cada resposta foi atribuído um valor e o resultado se deu pela razão entre a soma dos pontos obtidos na entrevista e a soma total dos pontos. Foram considerados aderentes aqueles que obtiveram um escore igual ou maior a 80%. Analisou-se o nível de conhecimento antes e após o projeto.

Realizou-se uma reunião com toda a equipe de profissionais da unidade, onde foram identificados os pontos críticos nos quais deveríamos intervir pra atingir o nosso objetivo:

- 1- Desconhecimento sobre a doença, sua prevenção, tratamento e complicações;
- 2- Alimentação inadequada
- 3- Não aderência ao tratamento
- 4- Declínio cognitivo nos idosos

Os pacientes hipertensos cadastrados na Unidade Básica de Saúde Olho d'Água foram convidados a participar do projeto de intervenção, que consistiu na implementação de das seguintes atividades educativas:

**Grupo Hiperdia:** realizar palestras educativas na própria unidade com a participação dos pacientes hipertensos e familiares, ressaltando as formas como a hipertensão pode ser controlada, as complicações que podem decorrer do seu descontrole e a importância do uso correto das medicações. Utilizamos recursos audiovisuais e dinâmicos, como projetor multimídia e cartazes com desenhos, visando despertar o interesse e facilitar a compreensão dos temas abordados. A proposta visa trazer o assunto de forma didática e acessível.

**Grupo do Exercício:** formação de grupos de exercício, alongamento e musculação ao ar livre, visando reduzir o sedentarismo, obesidade, estresse. Contamos com o apoio da fisioterapeuta do NASF. O objetivo é incentivar a prática de atividades físicas, promovendo a saúde e prevenindo complicações da hipertensão.

**Caixa de medicamentos personalizada:** confecção de caixas com apoio do NASF para colocar medicamentos de acordo com o turno que o mesmo deve ser tomados. As caixas deverão ter desenhos ilustrativos (como um prato com talher, para mostrar que o paciente deve tomar tal



medicamento no horário do almoço) de forma a facilitar a compreensão do paciente. Os agentes de saúde deverão, em suas visitas, reforçar o uso das caixas e dirimir eventuais dúvidas.

**Receituário específico:** elaboração de receituário específico para pacientes hipertensos, evidenciando os horários, doses e quantidades dos medicamentos prescritos, visando tornar a leitura da prescrição mais fácil e didática para os pacientes.

**Ficha do hipertenso:** elaboração de ficha do hipertenso, onde será registrado os valores de pressão arterial aferidos na UBS, possibilitando avaliação por parte dos profissionais de saúde da resposta pressória ao tratamento utilizado.

## **7 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS**

A HAS é uma condição que afeta um número significativo de pacientes na Unidade Básica de Saúde Olho d'Água. As complicações decorrentes dessa patologia estão entre as principais

causas de morte em todo o mundo. Assim, ações que visam melhorar a eficácia no seu tratamento são de extrema relevância.

Antes da implementação do projeto, a taxa de aderência aqueles que obtiveram um escore igual ou maior a 80%) era de 61%, dados semelhantes ao encontrados por Barbosa e Lima que encontrou uma adesão de 66,6% dos pacientes (Barbosa, 2006). Após a implementação das ações em educação, essa taxa subiu para 87%. Verificou-se ainda de forma qualitativa um aumento na aderência ao tratamento, melhora no controle pressórico da hipertensão arterial, assim como pudemos perceber uma melhoria em outras comorbidades, visto que a adoção de novos hábitos de vida e a compreensão sobre os processos patológicos possibilitou aos pacientes uma sensação de bem-estar, levando em alguns casos a redução de medicações e até suspensão.

Os resultados obtidos confirmam o impacto positivo da implementação das Estratégias de Saúde, estratégias estas que priorizam as ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde das pessoas, de forma integral e contínua.

## **8 CRONOGRAMA**

Segue-se abaixo o cronograma de atividades realizadas para o estudo de intervenção “**EDUCAÇÃO EM SAÚDE COMO ESTRATÉGIA PARA O CONTROLE DA HIPERTENSÃO**”.

**QUADRO 1:** Cronograma de atividades realizadas para o estudo de intervenção “Educação em saúde como estratégia para o controle da hipertensão”. Fortaleza, Ceará, 2018.

<b>CRONOGRAMA DE ATIVIDADES</b>	19/02	22/02	01/03	08/03	19/03	27/03	05/04	12/04	19/04	26/04	03/05	10/05
Reunião com equipe												
Desenvolvimento do projeto de intervenção												
Elaboração da ficha de hipertensão												
Grupo Hiperdia :O que é a Hipertensão Arterial? Classificação. Diagnóstico. Sinais e Sintomas												
Grupo Hiperdia : Complicações agudas e crônicas da Hipertensão Arterial Sistêmica e sua prevenção.												
Grupo Hiperdia : Adesão ao tratamento.												
Grupo Hiperdia : Importância da continuidade do tratamento na Hipertensão Arterial e do monitoramento da PA.												
Grupo Hiperdia : Importância do tratamento dietético e da realização de exercícios físicos para manter um adequado controle da doença.												
Grupo Hiperdia : Vivendo com hipertensão. Neste encontro se realizará uma avaliação dos conhecimentos adquiridos pelos pacientes durante os encontros anteriores.												
Grupo do Exercício												
Análise dos dados												
Apresentação do plano												

No decorrer dos encontros, a equipe realizou a adequação das orientações de acordo com as necessidades expostas pelos pacientes e demais membros do grupo e foram feitos atendimentos individualizados nos casos necessários.

## 9 RECURSOS NECESSÁRIOS

Para a realização do estudo de intervenção “**EDUCAÇÃO EM SAÚDE COMO ESTRATÉGIA PARA O CONTROLE DA HIPERTENSÃO**” foram utilizados papel para produção dos receituários especializados para hipertensos, visando facilitar o entendimento e e aderência ao tratamento. Estes foram produzidos com a colaboração da Secretaria de Saúde de Maracanaú. Além deste insumo físico, contamos com o apoio de todos os profissionais da nossa equipe da UBS Olho d’Água além da colaboração da equipe do NASF, que participou ativamente nas atividades do grupo de Exercício e grupo Hiperdia.

## 10 CONCLUSÃO

O projeto de intervenção para o controle da Hipertensão desenvolvido na Unidade Básica de Saúde, Olho d'Água em Maracanaú buscou abordar uma das patologias mais prevalentes no mundo: a Hipertensão Arterial Sistêmica, uma doença que pode levar a complicações cardiovasculares fatais se não controlada. Desta forma, identificou-se na área uma grande quantidade de pacientes com níveis pressóricos insatisfatórios, o que causou preocupação, visto ser um fator de risco plenamente controlável com mudanças no estilo de vida e adesão ao tratamento medicamentoso.

Buscou-se através de ações integradas entre os profissionais da equipe, orientar a comunidade sobre a HAS, como preveni-la e tratá-la. Após as intervenções, verificou-se que os pacientes se envolveram com a temática e durante as consultas, demonstraram uma postura ativa e alegre, relatando o controle de seus níveis pressóricos de maneira rápida.

Diante do exposto, nota-se que as demandas de saúde geradas pelo aumento do número de idosos e de doenças como a hipertensão são desafios para a saúde pública na atualidade. É necessário conhecer as características da população de idosos com HAS com o intuito de criar, implementar e fortalecer políticas públicas que visem a manutenção e melhoria do estado de saúde dos indivíduos por mais tempo possível.

## REFERÊNCIAS

Barbosa RGB, Lima NKC. Índices de adesão ao tratamento anti-hipertensivo no Brasil e no mundo. *Rev Bras Hipertens*, 2006; 13(1): 35-38

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Prevenção clínica de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Caderno da Atenção Básica da Hipertensão Arterial**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

CHAVES. E.S.; LUCIO, I. M. L.; ARAÚJO, T. L.; DAMASCENO, M. M. C. **Eficácia de programas de educação em saúde para portadores de hipertensão arterial**. Revista Brasileira de Enfermagem, 2006. jul-ago; 59(4): 543-7.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Área Técnica de Diabetes e Hipertensão Arterial. **Cadernos de Atenção Básica nº 7 pag. 23**, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Vigitel Brasil 2011: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: <[http://apsredes.org/site2012/wp-content/uploads/2012/09/VIGITEL-SAUDE-SUPLEMENTAR\\_2011.pdf](http://apsredes.org/site2012/wp-content/uploads/2012/09/VIGITEL-SAUDE-SUPLEMENTAR_2011.pdf)>. Acesso em: 30 out. 2012.

CAMPBELL, Norman R. C. et al. Temporal trends in antihypertensive drug prescriptions in Canada before and after introduction of the Canadian Hypertension Education Program. **J. Hypertension**, USA, v. 21, n. 8, p. 1591-1597, aug. 2003.

Delgado AB, Lima ML. Contributo para a validação con- corrente de uma medida de adesão aos tratamentos. *Psic Saúde & Doenças*, 2001; 2(2): 81-100

DUNCAN, B.; SCHMIDT, M. I.; GIUGLIANI, E. R. J. **Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseada em evidências**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006.

GRANDI, A. M. et al. Longitudinal study on hypertension control in primary care: the Insubria study. **American Journal Hypertension**, USA, v. 19, n. 2, p. 140-145, feb. 2006.

GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO. Serviço de Saúde Comunitária. Apoio Técnico em Monitoramento e Avaliação em Ações de Saúde. Doenças e agravos não transmissíveis. **Ação programática para reorganização da atenção a pessoas com hipertensão, diabetes mellitus e outros fatores de risco para doenças cardiovasculares no SSC-GHC**. Porto Alegre: [s.n.], 2009. Disponível em: <<http://www.ghc.com.br/unidades/saudecomunitaria>>.

Jardim PCBV, Jardim TSV. Modelos de estudos de adesão ao tratamento anti-hipertensivo. *Rev Bras Hipertens*, 2006; 13(1): 26-29

JOBIM, E. F. C. Hipertensão arterial no idoso: classificação e peculiaridades. *Revista da Sociedade Brasileira de Clínica Médica*, v. 6, n. 6, p. 250-253, 2008.

MALACHIAS, M.V.B. et al. 7a Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, v. 107, p. 1-83, 2016. Suplemento 3

MENGUE, S.S. et al. Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos (PNAUM): métodos do inquérito domiciliar. *Revista de Saude Publica*, v.50, suplemento 2

MOHAN, S.; CAMPBELL, N. R. C. Salt and high blood pressure. **Clinical Science**, London, v. 177, p. 1-11, 2009.

OLIVERAS, A.; SCHMIEDER, R. E. Clinical situations associated with difficult-to-control Hypertension. **Journal of Hypertension**, v.31, p. 3-8, 2013. Suplemento 1.

ORDUÑEZ-GARCIA, P. et al. Success in control of hypertension in a low-resource setting: the Cuban experience. **J. Hypertension**, USA, v. 24, n. 5, p. 845-849, may, 2006.

ROSA, E. C., ZANELLA, M. T., RIBEIRO, A. B., JUNIOR, O. K. Obesidade visceral, hipertensão arterial e risco cárdio-renal: uma revisão. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabologia**, v. 49, n. 2, p. 196-204, 2005

SBC, Sociedade Brasileira de Cardiologia. VII Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. 2016

SCHMIDT, M. I. et al. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: carga e desafios atuais. **The Lancet**, London, v. 377, n. 9781, p. 1949-1961, jun. 2011.

WILLIAMS, B. The year in hypertension. **Journal of the American College of Cardiology**, New York, v. 55, n. 1, p. 66-73, 2010.

WEBER, M.A. et al. Clinical Practice Guidelines for the Management of Hypertension in the Community A Statement by the American Society of Hypertension and the International Society of Hypertension. **The Journal of Clinical Hypertension**, v.16, n.1, p.14-26, 2014.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. A global brief on hypertension – silent killer, global public health crisis. 2013.

## ANEXO

### Anexo I

#### *Medida de Adesão aos Tratamentos (MAT)*

1. Alguma vez se esqueceu de tomar os medicamentos para a sua doença?

Sempre	quase sempre	com frequência	por vezes	Raramente	Nunca
1	2	3	4	5	6

2. Alguma vez foi descuidado com as horas da toma dos medicamentos para a sua doença?

Sempre	quase sempre	com frequência	por vezes	Raramente	Nunca
1	2	3	4	5	6

3. Alguma vez deixou de tomar os medicamentos para a sua doença por se ter sentido melhor?

Sempre	quase sempre	com frequência	por vezes	Raramente	Nunca
1	2	3	4	5	6

4. Alguma vez deixou de tomar os medicamentos para a sua doença, por sua iniciativa, após se ter sentido pior?

Sempre	quase sempre	com frequência	por vezes	Raramente	Nunca
1	2	3	4	5	6

5. Alguma vez tomou mais um ou vários comprimidos para a sua doença, por sua iniciativa, após se ter sentido pior?

Sempre	quase sempre	com frequência	por vezes	Raramente	Nunca
1	2	3	4	5	6

6. Alguma vez interrompeu a terapêutica para a sua doença por ter deixado acabar os medicamentos?

Sempre	quase sempre	com frequência	por vezes	Raramente	Nunca
1	2	3	4	5	6

7. Alguma vez deixou de tomar os medicamentos para a sua doença por alguma outra razão que não seja a indicação do médico?

Sempre	quase sempre	com frequência	por vezes	Raramente	Nunca
1	2	3	4	5	6