



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

NOME DO CURSISTA

Tahimi Fernández Zuaznábar

TÍTULO DO PLANO DE INTERVENÇÃO:

PLANO DE AÇÃO EDUCATIVA PARA DISMINUIR AS COMPLICAÇÕES DE A
HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA NA UNIDADE BASICA DE SAUDE DE
FORTALEZA, MUNICIPIO PINHEIRO, ESTADO MARANHAO

FORTALEZA

Ano 2018

NOME DO CURSISTA

Tahimi Fernández Zuaznábar

TÍTULO DO PLANO DE INTERVENÇÃO:

**PLANO DE AÇÃO EDUCATIVA PARA DISMINUIR AS COMPLICAÇÕES DE A
HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DE
FORTALEZA, MUNICIPIO PINHEIRO, ESTADO MARANHAO.**

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. Dr., Cristiana Brasil

FORTALEZA

Ano 2018

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação

Universidade Federal do Ceará

Biblioteca Universitária

Gerada automaticamente pelo módulo Catalog, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

F413p

Fernández Zuaznábar, Tahimi. PLANO DE AÇÃO EDUCATIVA PARA DISMINUIR AS COMPLICAÇÕES DE A HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DE FORTALEZA, MUNICIPIO PINHEIRO, ESTADO MARANHAO: PLANO DE AÇÃO EDUCATIVA PARA DISMINUIR AS COMPLICAÇÕES DE A HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA / Tahimi Fernández Zuaznábar. – 2018. 42 f.

Trabalho de Conclusão de Curso (especialização) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Medicina, Especialização NUTEDS - Saúde da família, Fortaleza, 2018.

Orientação: Profa. Esp. Cristiana Brasil.

Coorientação: Prof. Esp. LIVIA MOREIRA BARROS.

1. Hipertensão. 2. Fatores de Risco. 3. Projeto de Intervenção. I. Título.

CDD 362.1

DEDICATÓRIA

Todo projeto tem motivações que inspiram fazer realidades aqueles sonhos que temos na vida.

Dedico os resultados do presente projeto para todas aquelas pessoas que de uma ou outra forma estiveram presentes no meu lado ou na minha mente, me motivando para a realização do mesmo.

Para minha mãe que tem dedicado tantos anos da sua vida para mim e tudo o que eu faço é para você se sentir orgulhosa de mim porque é a força motivadora de cada sacrifício que eu faço.

AGRADECIMIENTOS

Quero agradecer o grupo de pessoas que tiveram envolvidas com a realização deste projeto, alguns delas diretamente, outras de maneira indireta, mas com muita influência sobre meus atos e pensamentos:

- Minha Mãe: Obrigado mãe por me levar nove meses no seu ventre e me trazer neste mundo, obrigado pelas noites de desvelo para eu conseguir ser uma mulher de bem; é por você que eu estou aqui.
- Minha tutora e professora: Quem durante todo este período com muita paciência e dedicação tem me orientado nas atividades deste curso. Obrigada professora.
- Meu colega Dra. Yanet Boudet Gonzalez e Dra. Dalia Rosa Rodríguez Rodríguez por um ano de trabalho juntas e apoio psicológico e profissional.
- Toda minha Equipe Básica de Saúde que brindou seu apoio durante a realização deste projeto. Obrigada vocês.

RESUMO

A Hipertensão Arterial vem aumentando muito nos últimos anos na área de abrangência da Equipe de Saúde da Família. O modelo econômico e social leva a um ambiente cultural e socioeconômico específico em cada região, e em nossa população existem hábitos de vida não saudáveis que podem ser tanto por condições financeiras quanto por aspectos culturais. Os principais determinantes nesse aumento: alimentação inadequada, falta de atividade física, stress, sobrepeso e a obesidade. No município de Pinheiro a principal causa de óbito são as doenças do aparelho cardiovascular tanto em homens como em mulheres, sendo a maioria dos casos associadas à Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS). Assim, este estúdio objetivou elaborar um projeto de intervenção para diminuir a incidência de Hipertensão Arterial em o UBS Fortaleza. Este plano se baseou no Planejamento Estratégico Situacional e na pesquisa de artigos na Biblioteca Virtual em Saúde, com os descritores: Hipertensão e fatores de risco. Espera-se evitar complicações e sequelas provenientes dessas doenças e aumentar a qualidade de vida desses pacientes.

Palavras chave: Hipertensão. Fatores de Risco. Projeto de Intervenção.

ABSTRACT

Hypertension Arterial come to increasing in recent years in the area covered by the Family Health Team. The economic and social model leads to a specific cultural environment and socioeconomic in each region, there is not in our population healthy lifestyle habits that can be both financial conditions and by cultural, determined mainly: poor diet, lack of activity physical, stress, overweight and obesity. In the city of Pinheiro the leading cause of death are diseases of the cardiovascular system both in homes and women, being associated in most cases hypertension. This study aimed to develop an intervention project to reduce the incidence of Hypertension in the UBS Fortaleza. This plan was based on the Situational Strategic Planning and articles search in the Virtual Health Library, with the key words: hypertension and risk factors. Expected to avoid complications and sequelae from these diseases and improve the quality of life of these patients

Keys words: Hypertension. Risk factor. Intervention Project.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
DM	Diabetes Mellitus
ESF	Equipe de Saúde da Familiar
PES	Planejamento Estratégico Situacional
UBS	Unidade básica de saúde
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....
2	PROBLEMA.....
3	JUSTIFICATIVA.....
4	OBJETIVOS.....
4.1	OBJETIVO GERAL.....
4.2	OBJETIVOS ESPECIFICOS.....
5	REVISÃO DA LITERATURA
6	METODOLOGIA.....
7	ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....
8	CRONOGRAMA.....
9	RECURSOS NECESSÁRIOS.....
10	CONCLUSÃO.....
	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....
	APENDICE.....
	ANEXO.....

1 INTRODUÇÃO

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma doença de alta prevalência no mundo moderno, aonde as elevadas taxas de obesidade, aliadas à tendência ao envelhecimento das populações vem reforçar esta estatística.

O tema a tratar é sobre as doenças hipertensivas e como diminuir as complicações desta doença em minha população onde trabalho.

A UBS Fortaleza onde trabalho, está localizada em o município de Pinheiro, do estado do Maranhão. Nossa unidade básica de saúde está localizada em uma área rural, existindo um total de 743 famílias cadastradas. A população está constituída por um total de 2546, onde a atividade econômica é pecuária y agricultura, com um perfil econômico muito baixo quanto à renda familiar e inclusão em programas sociais de renda. A renda média aproximada das famílias e R\$ 576,61. Tem áreas de muita pobreza, com famílias que recebem subsidio do estado e participam dos programas de renda.

O saneamento, na zona rural, não é feito, a população fez o lixo no mato e, às vezes, são incinerados. O abastecimento de água é feito por através de poços artesianos, e as residências não possuem rede de esgoto tratados, muito poços tem filtros. Não tem fossa séptica, só fossa rudimentares.

Predomina a população envelhecida y não alfabetizada, a presença de hipertensão arterial sistêmica y os óbitos por complicações de desta doença.

Sabendo que a patologia da hipertensão arterial sistêmica continua em constante pesquisa, vejo conveniente desenvolver um tema tão importante para a população da área e conseguir um melhor desempenho das condutas a seguir.

Esperamos que esse trabalho cubra todas as expectativas exigidas e será de utilidade em relação ao investigado que se apresenta a seguir.

2 PROBLEMA

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é uma doença crônica com abrangência epidemiológica de epidemia devido ao alcance populacional em nível mundial. Sendo um problema de saúde pública que gera altos custos financeiros y sociais por sua alta prevalência. Afeta pessoas de diferentes sexos, etnias, estilo de vida e cada vez mais, afeta indivíduos mais jovens.

A prevalência da HAS é variável e depende de vários fatores de risco, sendo mais comum na etnia negra, em homens até os 50 anos, em diabéticos (1,7 vezes mais), herança de familiares em primer grado de hipertensos essencial, obesidade, pessoas que consomem bebidas alcoólicas, tabaco, café, sal e gorduras em excesso. Também fatores psicossociais y socioculturais como o estres, sedentarismo, é altitude geográfica.

No mundo, estima-se que 50% das mortes na população com idade acima de 50 anos deva-se às patologias do aparelho cardiovascular. A HAS isoladamente é um dos mais importantes fatores de risco em 80% dos casos de insuficiência cardíaca, insuficiência coronária, acidente vascular cerebral e insuficiência vascular periférica. A Organização Mundial da Saúde (OMS) observou que HAS afeta, em média, 15% da população adulta mundial, sendo que sua forma primária é a forma mais prevalente. Quanto à HAS secundária, o tipo prevalente é o induzido por contraceptivos hormonais.

Aproximadamente, 20% da população adulta, com idade superior a 20 anos, nos países desenvolvidos, são portadores de HAS, mas somente 50% desses pacientes sabem de sua doença. Apenas 50% dos pacientes hipertensos têm tratamento, e destes, somente 50% (ou seja, 25 % dos doentes conhecidos de hipertensão) se submetem ao tratamento adequado.

O controle adequado da pressão arterial é ponto de partida para a diminuição da mobilidade e a mortalidade por afecções cardiovasculares e cerebrovasculares. Nos últimos 20 anos a detecção precoce da HAS e o melhor tratamento e controle tem auxiliado na diminuição da mortalidade por cardiopatia isquêmica e eventos cerebrovasculares, por ser um importante fator de risco para estas doenças.

Inquéritos populacionais em cidades brasileiras nos últimos 20 anos apontaram uma prevalência de HAS acima de 30%. Considerando-se valores de PA \geq 140/90 mmhg,

22 estudos encontraram prevalências entre 22,3% e 43,9%, (média de 32,5%), com mais de 50% entre 60 e 69 anos e 75% acima de 70 anos.

3 JUSTIFICATIVA

La hipertensão arterial é um problema de saúde pública que gera altos custos financeiros y sociais por sua alta prevalência, sua longa duração, sua dependência de fármaco terapia múltiplo y sus complicações como acidentes cerebrovasculares, infarto dele miocárdio y angina de pecho, com frequência de caractere letal.

Se a demostrado uma clara associação entre lá hipertensão y os diversos fatores de risco; estou praticamente som os mesmos identificados para lá enfermidade isquêmica dele coração em particular y para as enfermidades cardiovasculares em geral.

Pelo tanto a HAS é uno dos mais graves problemas de Saúde Pública que atinge o adulto brasileiro, precisando de apoio assistencial amplo e efetivo, e uma pesquisa epidemiológica que identifique, com maior segurança e fidelidade, sua incidência e prevalência, tanto na zona rural quanto na urbana, permitindo, assim, uma melhor definição dos programas de assistência, e uma melhor atenção dos pacientes com HAS.

Muitas vezes, os pacientes permanecem sem tratamento por não conhecerem a doença e suas complicações e só procuram atendimento quando apresentam sintomas, tais como dores no peito, dor de cabeça, tonturas, zumbido no ouvido, fraqueza, visão embaçada e outras complicações como arritmia cardíaca, doença renal crônica e doenças cerebrovasculares.

Os pacientes não podem mudar alguns fatores de risco biológicos tales como, lá herança, história familiar, raça ou idade; pero outros como o sobrepeso corporais, o consumo excessivo sal y de grassas saturadas, o estres, e sedentarismo, o tabagismo, entre outros, mas podem, certamente, mudar ou controlar mediante estilos de vida mais saúdables.

A educação em saúde para a prevenção de fatores de risco, a importância de aderir ao tratamento e para a conscientização sobre as complicações que a HAS pode causar, além da adequada dispensação de medicamentos podem ser estratégias para minimizar esse problema.

Este Projeto é factível, por ter como base instrumentos já desenvolvidos no Sistema Único de Saúde em todos os níveis, além de ser um programa de baixo custo para sua execução em relação aos benefícios que trará para toda a comunidade.

4 OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GERAL

Propor estratégias para diminuir as complicações da hipertensão arterial sistêmica.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Melhorar o conhecimento de pacientes hipertensos sobre os fatores de risco que levam as complicações de a doença.

Capacitar a os agentes de saúde, com ênfase nos déficits de conhecimento, sobre dos fatores de risco e das complicações da hipertensão arterial sistêmica.

Fazer palestras para mudar os estilos y hábitos de vida em pacientes hipertensos em a comunidade de lá UBS.

5 REVISÃO DE LITERATURA

Histórico e Evolução da Hipertensão Arterial Sistêmica

Os antigos egípcios já tinham conhecimento sobre a origem da pulsação e da função de bombeamento do coração. A observação do pulso vascular é muito antiga enquanto que a obtenção da pressão arterial só ocorreu séculos mais tarde. O pulso foi mencionado pelos egípcios no papiro de Edwin Smith em 1600 AC, no papiro terapêutico de Thebes em 1552 AC e no papiro de Ebers em 1550 AC o qual nos passa a informação de que colocando-se os dedos sobre várias partes do corpo, verifica-se que o coração "fala" através dos vasos. A descrição do pulso arterial coube a dois médicos de Alexandria, que tiveram forte influência da medicina grega de Hipócrates. Herófilo, fundador da "doutrina do pulso", descreveu com exatidão as pulsações, correlacionou a sístole e a diástole com os sons musicais e considerou ser o pulso um fenômeno que ocorre dentro dos vasos. Seu contemporâneo, Erasistrato, o fundador da fisiologia, considerou que o coração dá origem ao espírito vital que é levado pelas artérias a todas as partes do corpo. É atribuído ao médico veneziano Santorio a primeira tentativa de se registrar o pulso a través de seu invento, o pulsilogium, aparelho que servia para medir a frequência e a variação do pulso. Foi também atribuído a Galileo Galilei a invenção do pulsilogium, mas foi Santorio quem deu aplicabilidade clínica. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSAO). Revista hipertensão,2014)

Nessa época iniciou-se a determinação adequada da pressão nas artérias. William Harvey, o "descobridor da circulação", publicou seus estudos sobre a circulação, mas foi tão contestado que somente um século depois a primeira medição da pressão arterial foi realizada em animal pelo reverendo Stephen Hales, através da introdução de um tubo de vidro na carótida de uma jumenta onde verificou que a coluna de sangue subia por volta de 2,90 m, oscilando conforme os batimentos cardíacos do animal. Apesar de Hales ter ganhado todas as honrarias na Inglaterra e na Europa com a descoberta da pressão sanguínea e de não ter sido contestado, seus estudos caíram no esquecimento. POSTEL-VINAY afirmou que enquanto uns reconheceram o trabalho de Hales como ponto inicial ao desenvolvimento da hipertensão, outros argumentaram que o marco de referência foi o conceito emitido na primeira década do século XX, onde se destacou a pressão arterial alta como fator de risco. O médico físico Jean Leonard Marie Poiseuille, melhorou o manômetro de Hales, substituindo o

tubo de vidro por um tubo de "U", com 20 cm, e parcialmente cheio de mercúrio, o qual chamou de "hemodinamometro". Esse aparelho era conectado a uma cânula cheia de mercúrio, o qual chamou de "hemodinamometro". Esse aparelho era conectado a uma cânula cheia de carbonato de potássio (anticoagulante) que era diretamente inserida na artéria do animal, medindo sua pressão arterial de maneira invasiva, através da diferença em milímetros, observada ao nível do mercúrio, no tubo em "U". Esse instrumento foi essencialmente de laboratório sem uso clínico, mas que serviu de base para todos os aparelhos de medir Pressão Arterial (PA) que vieram posteriormente. (SBH) SOCIEDADE BRASILEIRA HE HIPERTENSAO). Revista hipertensão, São Paulo, 2013).

Hipertensão arterial sistêmica

O coração é uma bomba eficiente que bate de 60 a 80 vezes por minuto durante toda a nossa vida e impulsiona de 5 a 6 litros de sangue por minuto para todo o corpo. Pressão arterial é a força com a qual o coração bombeia o sangue através dos vasos. É determinada pelo volume de sangue que sai do coração e a resistência que ele encontra para circular no corpo. A Hipertensão Arterial é mais conhecida como Pressão Alta, é resultante de uma alteração do controle da pressão que o sangue exerce sobre a parede dos vasos sanguíneos. Considerada hipertensão, a pressão arterial acima de 140x90 mmHg (milímetros de mercúrio) em adultos com mais de 18 anos. (Coordenação Geral da Política de Alimentação e Nutrição. Guia alimentar para a População Brasileira, 2006).

Elevações ocasionais da pressão podem ocorrer com exercícios físicos, nervosismo, preocupações, alimentos, fumo, álcool e café. Pode ser modificada pela variação do volume de sangue e sua viscosidade, da frequência cardíaca (batimentos cardíacos por minutos) e da elasticidade dos vasos. Os estímulos hormonais e nervosos que regulam a resistência sanguínea sofrem a influência pessoal e ambiental.

A hipertensão arterial sistêmica é uma condição clínica multifatorial, caracterizada por níveis elevados da pressão arterial, frequentemente associada a alterações de órgãos-alvo e, por conseguinte, ao aumento do risco de eventos cardiovasculares, como cardiopatias isquêmicas, acidente vascular encefálico e insuficiência cardíaca, e neuropatias crônicas. Decorre de fatores genéticos, em geral ligados a alterações de estilo de vida e condições socioeconômicas (PICCINI, VICTORIA, 2012).

A hipertensão arterial sistêmica é a mais frequente das doenças cardiovasculares. É também o principal fator de risco para as complicações mais comuns como acidente vascular cerebral e infarto agudo do miocárdio, além da doença renal crônica terminal.

Por ser na maior parte do seu curso assintomática, seu diagnóstico e tratamento é frequentemente negligenciado, somando-se a isso a baixa adesão, por parte do paciente, ao tratamento prescrito. Estes são os principais fatores que determinam um controle muito baixo da HAS aos níveis considerados normais em todo o mundo, a despeito dos diversos protocolos e recomendações existentes e ao maior acesso a medicamentos (BRASIL, 2013).

Segundo a Sociedade Brasileira de Cardiologia de Hipertensão, Sociedade Brasileira de Nefrologia (DBHA VI, 2010), o diagnóstico de hipertensão faz-se na presença de pressão sanguínea elevada e persistente. Tradicionalmente, isto implica três aferições com esfigmomanômetro efetuadas em consultório médico, depois de o paciente estar em repouso por pelo menos 10 minutos, realizada em posição sentada e repetidas, se tal for o caso. No caso de se tratar de uma hipertensão limite, o intervalo poderá ser de um mês. Nos casos de hipertensão severa, o paciente deverá ser imediatamente medicado. De modo a evitar o "efeito do jaleco branco" em que por ansiedade a pressão arterial aumenta em presença do médico, poderá ser facultada a medição da pressão arterial em casa, com várias aferições ao dia, sempre após os 10 minutos de repouso. O paciente fará assim as anotações durante 3 a 7 dias que será avaliado pelo seu médico assistente. As aferições deverão no primeiro dia ser efetuadas nos dois braços, e se houver uma diferença de mais de 20 mmHg na pressão sistólica, as aferições seguintes serão sempre efetuadas no braço com pressão mais alta. Em caso contrário, será sempre escolhido o braço direito, pois antes de chegar às artérias do lado esquerdo já foi alimentado o braço direito e o cérebro e a pressão serão assim discretamente mais baixos do lado esquerdo. O diagnóstico inicial de hipertensão deve também considerar um exame físico e todo o histórico médico do paciente. A pseudohipertensão entre os idosos pode também ser um fator a considerar no diagnóstico. Esta situação deve-se à calcificação das artérias, o que resulta em níveis de leitura anormalmente elevados no esfigmomanômetro enquanto que as aferições intra-arteriais são normais. Não esquecer que o processo de endurecimento das paredes das artérias é progressivo com o envelhecimento e o aumento da pressão arterial sistólica com a idade, também

será progressivo sem que isto signifique hipertensão arterial. Estes dados desafiam o consenso atual, muito rígido nos critérios de hipertensão arterial acima dos 70 anos.

Uma vez completo o diagnóstico da hipertensão, o médico pode tentar identificar a causa com base em outros sintomas eventuais. A hipertensão secundária é mais comum na infância e adolescência, sendo na maior parte dos casos por doença renais. A hipertensão primária é mais comum entre adultos e corresponde a multiplex fatores de risco, incluindo obesidade, hábitos de vida, estresse, uso de determinados medicamentos e antecedentes familiares. Podem também ser realizados exames de laboratório de modo a identificar possíveis causas de hipertensão secundária, e determinar também se a hipertensão já causou danos no coração, olhos ou rins. Também são normalmente realizados exames complementares para a diabetes e colesterol elevado, uma vez que ambos são fatores adicionais de risco para a eventualidade de uma doença cardiovascular e podem requerer tratamento complementar (ROSARIO et al. 2009).

Também são realizados exames laboratoriais para analisar o perfil renal do paciente. Dentre esses exames, a análise da creatinina é medida, com o objetivo de verificar a presença de doenças renais, que podem ser tanto causa como consequência da hipertensão. A creatinina do soro por si só pode sobreestimar a taxa de filtração glomerular (TFG), e orientações recentes tem indicado o uso de equações preditivas para avaliar corretamente a taxa. A TFG indica também uma medida base da função renal que pode ser usada para monitorizar efeitos secundários nos rins de determinados fármacos anti-hipertensivos. Também, a detecção de proteínas em amostras de urina é usada como indicador secundário de eventuais doenças renais. E feito também um eletrocardiograma (ECG) de modo a revelar eventuais indícios de que o coração esteja a ser submetido a um esforço adicional devido à pressão arterial elevada. Pode também mostrar se existe ou não uma hipertrofia do ventrículo esquerdo ou se o coração foi já sujeito a um distúrbio menor, como por exemplo, um enfarte silencioso. Pode ainda ser realizada uma radiografia torácica ou um ecocardiograma para verificar sinais indicadores de um eventual aumento ou danos no coração (MARTINS, 2010).

O impacto que o Programa da Saúde da Família traz para o controle da Hipertensão Arterial é muito significativo, sem esquecer que existem fatores de risco associados que permanecem, necessitando controle adequado. As taxas de pressão arterial

podem diminuir e garantido o cuidado sistemático, incluindo prevenção e controle de fatores de risco e acompanhamento profissional adequado.

Estudos realizados em hipertensos demonstram presença de sobrepeso ou obesidade em muitos hipertensos, com taxas ligeiramente ou moderadamente elevadas para o colesterol total e glicemia em jejum. O fator socioeconômico continua sendo um importante fator na hora de avaliar estes casos, junto com o nível de escolaridade baixo (PEREIRA et al. 2011).

Epidemiologia

No estudo realizado por Cipullo et al. (2009) a prevalência estimada e ajustada da hipertensão para essa população foi de 25,23%. A prevalência de hipertensão neste estudo aumentou progressivamente e significativamente com a idade até os 69 anos e foi similar em mulheres e homens; exceto no grupo etário > 79 anos de idade.

A prevalência da hipertensão é maior em países desenvolvidos do que em países em desenvolvimento, mas a grande massa populacional em países em desenvolvimento tem contribuído de forma significativa para o número total de indivíduos hipertensos no mundo todo. Estima-se que por volta de 2025, 1,5 bilhões de pessoas serão hipertensos (CIPULLO et al. 2010).

Atualmente, a prevalência média mundial estimada da hipertensão é de 26,4%, com uma ampla variação, dependendo da população estudada, atingindo 21,0% nos EUA e Canadá, 33,5 a 39,7% nos países europeus, 15 a 21,7% nos países africanos e asiáticos e cerca de 40% na América Latina (CIPULLO et al. 2010).

No presente estudo, a prevalência de hipertensão foi avaliada de acordo com grupos etários, determinando um número de indivíduos proporcional ao número de habitantes para cada grupo etário e ajustando-os para a população adulta (CIPULLO et al. 2010).

Frente à alta prevalência da hipertensão arterial, e ser um dos principais fatores de risco para as doenças cardiovasculares e, também, níveis de controle pouco satisfatórios, é fundamental conhecer a prevalência de hipertensão e os aspectos relacionados ao tratamento e na população (MION JUNIOR et al. 2010).

Vários estudos de base populacional foram realizados em diversos estados brasileiros nos últimos anos, observando-se prevalências entre 10,0% e 42,0%, de acordo com a região, subgrupo populacional e critério diagnóstico utilizando. Considerando-se

também a escassez de estudos de prevalência, conhecimento e controle da hipertensão nas regiões brasileiras, as obtenções dessas informações são extremamente necessárias para a planificação de ações preventivas, terapêuticas e assistenciais nas diversas regiões do país (ROSARIO et al. 2009).

A prevalência da HAS aumentou, sobretudo entre mulheres, negros e idosos. Constatou-se que mais de 50% dos indivíduos entre 60 e 69 anos e aproximadamente três quartos da população acima de 70 anos são hipertensos (PEREIRA et al. 2011).

Conforme dados dos indicadores e Dados Básicos (2006) da Rede Interagencial de Informações para a Saúde- RIPSa, a prevalência de hipertensão entre indivíduos maiores de 25 anos é de 25,8%, com discreta variação entre os sexos, mas ampla variação entre as diferentes faixas etárias: 9,9% de 25 a 39 anos, 32,4% de 40 a 59 anos e 52,5% para maiores de 60 anos (PEREIRA et al, 2011).

A incidência de hipertensão arterial sistêmica aumenta linearmente com o envelhecimento, atingindo percentual superior a 60% em indivíduos acima de 60 anos, sendo duas vezes mais predominante em indivíduos brancos, especialmente, nas mulheres (MINAS GERAIS, 2013).

O excesso de peso e a obesidade se associam com maior prevalência de hipertensão arterial sistêmica desde idades jovens, ao passo que a ingestão de álcool por períodos prolongados de tempo pode aumentar a pressão arterial e a mortalidade cardiovascular em geral, devendo ser desestimada, sem falar nos indivíduos normotensos com elevada sensibilidade a ingestão de sal que apresentam incidência cinco vezes maior da doença em 15 anos, quando comparados aqueles com baixa sensibilidade (MINAS GERAIS, 2013).

A hipertensão arterial sistêmica é também ocasionada pelo sedentarismo e incide com maior frequência em indivíduos com pouca ou nenhuma escolaridade (MINAS GERAIS, 2013).

Estudos de base populacionais realizados em nosso país e no mundo tem registrado a hipertensão arterial sistêmica como doença corriqueira, encontrando-se prevalências com variações em torno de 20%. Na atualidade, tem-se nas doenças cardiovasculares grande destaque como fundamentais causas de morte, atingindo cerca de um terço do total da mortalidade adulta brasileira (PORTO, 2012).

Fatores de Risco

A hipertensão arterial é um fator de risco para a doença cerebrovascular, doença arterial coronária, insuficiência renal crônica e doença das extremidades. Mas existem múltiplas condições de risco que condicionam a aparição da hipertensão arterial dependendo dos grupos populacionais, são elas:

- Gênero e Etnia: homens e mulheres são semelhantes. Duas vezes prevalente em indivíduos de cor não branca;
- Excesso de peso e Obesidade;
- Ingestão de sal;
- Sedentarismo;
- Fatores socioeconômicos: Educação, baixa renda, dificuldades de acesso aos serviços de saúde, diferenças dietéticas, estresse;
- Genética;
- Outros fatores de risco cardiovascular como diabetes, alterações do colesterol (MARTINS, 2010).

Ao lado da hipertensão, o sobrepeso ou obesidade, taxas elevadas de colesterol, glicemia em jejum, associa-se com elevado risco cardiovascular, o que demanda maior cuidado no controle desses fatores de risco. Assim, ocorre o envolvimento de outros profissionais no cuidado dos hipertensos, como o nutricionista, fisioterapeuta, educador físico; sem deixar de considerar como um elemento fundamental a pessoa como indivíduo responsável em primeiro lugar pelo cuidado da própria saúde, mas com o apoio e orientação multiprofissional (MARTINS, 2010).

Nos hipertensos, ainda se destaca a presença de forma significativa dos referidos estilos de vida inadequados, como o tabaquismo e o índice de massa corporal mais elevado. Quanto ao etilismo, apesar da quantidade de etanol ingerida por dia apresenta-se na faixa mediana de tolerância para os hipertensos, observou-se que os hipertensos, apresentam esse habito mais tempo do que os não hipertensos. Sabe-se que, junto com a obesidade e o consumo de sal, o uso de bebidas alcoólicas é fator de risco para a hipertensão (CIPULO, 2010).

As presenças de hipertensão arterial, de diabetes mellitus, de obesidade e de dislipidemias guardam entre si uma complexa relação, tendo em comum em sua etiologia o estilo de vida e a herança genética. Estudos realizados por Mio Junior e colaboradores, também verificam a associação do índice de massa corporal elevado com outros fatores de risco cardiovasculares (MIO JUNIOR et al., 2010).

Formas de Promoção, Prevenção e Controle da Hipertensão

O sucesso da adesão ao tratamento implica aumento na frequência de consultas com uma elevada assistência, o que permite mais oportunidade de ajustes nas doses de medicamentos e monitoramento ao tratamento não farmacológico. Considerando que a baixa renda, baixo nível de escolaridade, ou as condições difíceis de vida não impedem a bom sucesso na adesão ao tratamento (PEREIRA, 2011).

Algumas características do tratamento medicamentoso podem influenciar na adesão, ressaltando-se o custo, efeitos indesejáveis, esquemas terapêuticos complexos e tratamento por toda a vida. Destaca-se ainda, que comportamentos negativos, como o tabaquismo, o etilismo e o acompanhamento irregular em serviços de saúde, associaram-se de forma relevante com o fato de deixar de tomar os medicamentos anti-hipertensivos. Acrescenta-se ainda, que o maior tempo de tratamento e menos acompanhamento em serviços de saúde, contribuíram para a falta às consultas. Por outro lado, fazer tratamento para a hipertensão foi influenciado pela presença de comorbidades, como a hipercolesterolemia e idade mais avançada (MION JUNIOR et al. 2010).

De acordo com as VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial, os percentuais de controle de pressão arterial são muito baixos, devido à baixa adesão ao tratamento. Em alguns estudos encontrou-se um alto percentual de hipertensos com pressão arterial não controlada (MARTINS, 2010).

O acompanhamento dos hipertensos pressupõe boa adesão ao serviço e, conseqüentemente, o controle adequado dos níveis pressóricos. Porém, uma boa adesão consiste em uma atitude global em relação à própria saúde e exige participação ativa dos próprios hipertensos. Para isso é necessário o comparecimento às consultas e a aferição regular da pressão arterial, a fim de avaliar o controle da hipertensão (ROSARIO, 2009).

A adesão ao tratamento inclui fatores terapêuticos e educativos e envolve aspectos ligados ao reconhecimento e à aceitação das condições de saúde do indivíduo. Desse modo, é necessária a adaptação ativa do sujeito a essas condições, a identificação dos fatores de risco no estilo de vida e o estabelecimento de hábitos e atitudes saudáveis (SILVA et al., 2012).

Fatores de risco como idade, gênero, etnia e hereditariedade não são controláveis, mas mesmo assim, merecem atenção por indicar a vulnerabilidade do indivíduo aos fatores de risco controláveis, alertando para a necessidade de um controle mais rigoroso (GANMA et al., 2010).

Quanto à idade, o risco duplica após os 55 anos, com mobilidade duas vezes maior nos homens, dos 35 aos 44 anos, com queda progressiva desta diferença, reduzindo-se a 1:1 após os 75 anos. Em relação ao gênero, a perda do efeito protetor do perfil hormonal estrogênico pré-menopausa parece ser um fator de risco importante. No que se refere ao perfil genético, a predisposição genética para hipertensão arterial é indicada por história familiar. É um importante fator de risco em parentes do primeiro grau, homens abaixo dos 55 anos e mulheres abaixo dos 65 anos. Quanto à etnia, a raça negra é um determinante de elevado risco de evento cardiovascular. No Brasil, a importância da miscigenação na modificação desse risco ainda é fator a ser avaliado (GAMA et al., 2010).

O tratamento atual da hipertensão arterial é baseado em medidas não farmacológicas e farmacológicas. As primeiras incluem ajuste calórico para manter o índice de Massa Corporal (IMC) abaixo de 25kg/m², com distribuição das calorias diárias em 30% de gordura, 7% a 10% de gorduras saturadas, 55% de carboidratos, 15% de proteínas e 300mg ou menos de colesterol, com ingestão ideal de sal de 6g (2,4g de sódio) diárias ou menos, a depender da sensibilidade individual, e aumento do teor de potássio, através de maior consumo de frutas, verdura e legumes. A queda da Pressão Arterial reduz proporcionalmente o risco de Acidente Vascular Cerebral e de Doença Arterial Circulatória em cerca de 40% e 25%, respectivamente (GAMA et al.2010).

No início do século XX, os médicos para exercerem seu trabalho contavam com recursos limitados para tratar seus pacientes, encontrando apoio apenas no saber e experiência pessoais, voltando-se ao cuidado dos doentes como forma de desenvolver uma relação de contiguidade e confiança (GONÇALVES, NEMES, SCHRAIBER, 1996).

Por sua vez, as tecnologias e as técnicas desenvolvidas na segunda metade do século XX criaram um período novo na história da medicina, que se tornou dinâmico para um grande número de circunstâncias antes inacessível a cura. A atuação médica passou a ser desenvolvida de modo fragmentado, impessoal e com valorização de habilidades técnicas em prejuízo da relação médico-paciente, havendo um paradoxo pelo fato de a confiança na medicina ter aumentado durante este período, enquanto a confiança nos médicos foi progressivamente diminuída, instalando-se uma crise de confiança (GONÇALVES, NEMES, SCHRAIBER, 1996).

A partir da Conferência de Alma-Ata, em 1978, a Atenção Primária à Saúde se revestiu de grande relevância, até mesmo por ser tratar de uma estratégia de desenvolvimento dos sistemas de saúde, sendo implementadas várias propostas, como a medicina comunitária, em resposta aos altos custos do modelo de atenção médica e ao desajustamento da cobertura populacional desse modelo (MARCONDES, 2012).

A Organização Mundial da Saúde passou, então, a disseminar a precisão de reforma do modelo de prestação de serviços das nações, procurando enfatizar a integração dos serviços locais num sistema nacional, a participação comunitária, ações Inter – setoriais e uma maior “relação da saúde com o desenvolvimento econômico e social” (CONILL, 2015).

No Brasil, o modelo proposto pela Atenção Primária à Saúde teve grande impacto na organização do Sistema Único de Saúde. A década de 1980 pode ser entendida como um momento de ressurgimento de movimentos pela democratização da sociedade, em diversas esferas, com intensos reflexos na saúde. Na década seguinte, o Ministério da Saúde sugeriu a reorganização da prática assistencial, dando ênfase ao atendimento integral a saúde da família. O Programa de Agentes Comunitários de Saúde, implantado em 1991 com boa atuação no Nordeste, colaborou para que em 1994, passasse a existir o Programa Saúde da Família e na sequência, como estratégia de reorientação assistencial como substituição às práticas convencionais a Estratégia de Saúde da Família, a fim de reafirmar os princípios do Sistema Único de Saúde e dar prioridade a Atenção Primária a Saúde (CONILL, 2015).

Assim sendo, o Programa Saúde da Família iniciou-se em meados de 1993, sendo regulamentado de fato em 1994, como uma tática do Ministério da Saúde na busca pela mudança da forma tradicional de prestação de assistência, objetivando excitar a

implantação de um novo modelo de Atenção Primária à Saúde que resolvesse a maior parte (cerca de 85%) dos problemas de saúde (BLASCO (et al.), 2013).

Os denominados agentes comunitários de saúde constituíram as primeiras equipes do Programa Saúde da Família, sendo formadas em janeiro de 1994. Dando prioridade às ações de proteção e promoção da saúde, o atendimento é prestado na Unidade Básica de Saúde ou no domicílio, por uma equipe multiprofissional composta por médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e agentes comunitários de saúde. Tem por principal objetivo fazer com que cada equipe seja levada a apreciar a realidade das famílias pelas quais é responsável, através de cadastramento e diagnóstico de suas características, tornando-se mais compassivo às necessidades dos indivíduos atendidos. Tem-se a recomendação de que uma equipe seja responsável por, no máximo, 4500 pessoas, para que esses profissionais e a população assistida possam criar vínculos de corresponsabilidade, o que promove a identificação e o atendimento aos problemas de saúde da comunidade com mais facilidade. A reorganização da Atenção Básica conjectura, também, o funcionamento de um sistema de referência e contra referência competente que certifica a integralidade das ações de saúde (CARVALHO, SOUZA, 2012).

O Programa Saúde da Família, ao se estabelecer como estratégia de mudança e reordenamento do modelo assistencial no Brasil tem por objetivo precípua alavancar o Sistema Único de Saúde que, não obstante dos progressos jurídico-políticos, não foi capaz de reverter o quadro sócio sanitário nacional, regional ou local, conservando-se como hegemônico o modelo assistencial individual, curativo, cujo centro é o hospital (ARAUJO (et al.), 2013).

Um pilar fundamental na construção do novo modelo de Atenção Básica é a humanização que a proposta do Programa Saúde da Família tem por finalidade apreciar, através do estabelecimento de conexão entre profissionais, usuários e famílias, por meio da responsabilização da equipe na resolução dos problemas de saúde da comunidade (ARAUJO (et al.), 2013).

6-METODOLOGIA

Para elaboração do plano de intervenção, cujo objetivo foi diminuir a incidência e complicações da Hipertensão Arterial na área de abrangência do UBS `Fortaleza`. O estudo será realizado no município Pinheiro, MA. O enfoque foi a população adstrita no UBS Fortaleza. Para este para este projeto foi utilizado o método simplificado do Planejamento Estratégico Situacional.

Para a elaboração foi realizado uma revisão de literatura sobre o tema com base em dados eletrônicos de bibliotecas virtuais em saúde, biblioteca virtual da UFMA e outros dados importantes que foram disponibilizados pela Secretaria Municipal de Saúde de Pinheiro, dados do Ministério da Saúde e outros arquivos da equipe.

O estudo contou com a participação dos profissionais de saúde e população adscrito no UBS Fortaleza, no município de Pinheiro. O estudo foi realizado com equipe: médica, enfermeira, técnico de enfermagem, e agentes de saúde, em parceria com a Secretária de Saúde do Município. Os descritores utilizados nesse estudo foram a Hipertensão Arterial, Atenção Primária de Saúde e Sistema Único de Saúde (SUS).

Nesse sentido, este Projeto já cumpriu algumas etapas do Planejamento Estratégico. Inicialmente cumpriu-se o momento explicativo, ou seja, elaborou-se uma seleção, descrição e explicação do problema selecionado. Depois, cumpriu-se o normativo, por meio da elaboração de um plano de intervenção para enfrentar o problema da Hipertensão Arterial. Dessa forma, este Projeto terá como descrito o planejamento em saúde. Assim, foi utilizada ainda, uma pesquisa de caráter bibliográfica com o objetivo de dar o suporte teórico necessário. Esta pesquisa ainda visa identificar os fatores que determinam ou contribuem para ocorrência da hipertensão arterial sistêmica e complicações.

6.1 Sujeitos envolvidos no benefício da intervenção. Universo de estudo (População alvo)

Os sujeitos da intervenção serão 250 pacientes com hipertensão arterial sistêmica (HAS), com mais de 15 anos, diagnosticados e cadastrados na Unidade Básica - Fortaleza.

6.2 Cenários da intervenção

O posto de atendimento ambulatorial Fortaleza possui uma equipe composta por uma médica, uma enfermeira, um odontólogo, um auxiliar de saúde bucal, um técnico de enfermagem e 7 agentes comunitários de saúde. Funciona das 7 às 17 horas, de

segunda a sexta-feira. A equipe é responsável pelo atendimento da população de 14 povoados, com 3.689 famílias cadastradas, em um total de aproximadamente 9.243 pacientes. A maioria dos usuários possui baixa renda e baixa escolaridade. A economia é essencialmente agrícola.

6.3 Estratégias de ações

A intervenção será realizada na área de atendimento da unidade básica “Fortaleza” durante os meses de abril a maio do ano de 2018.

A estratégia se dividirá em duas etapas. Na primeira etapa, será aplicado pelo pesquisador, juntamente com membros da equipe de atendimento, um questionário para caracterizar o perfil sócio demográfico da população e os fatores clínicos. O conhecimento em relação à doença será avaliado pelos agentes comunitários de saúde com apoio e supervisão da enfermeira e médico da equipe, por meio das seguintes perguntas: “Você acha que a pressão alta é uma doença grave? ” “Faz outros tipos de tratamento, além de medicamentos, para pressão alta? ” “ Você acha que pressão alta traz complicações à saúde? ” “ Você acha que pressão alta tem cura? ” “ Quais fatores você acha que podem estar relacionados com a pressão alta? ” e por uma encosta”. (Anexos 1).

Na segunda etapa do estudo serão aplicadas as seguintes medidas educativas, nas quais os recursos disponíveis vão desde o contato individual até a utilização de fontes de informações coletivas, como reuniões, palestras, simpósios, folhetos, vídeos e músicas educativas:

- Palestras sobre a prevenção da HAS, bons hábitos de alimentação, risco em relação ao tabagismo, importância da adesão à terapia farmacológica e não farmacológica.
- Educação de familiares de pacientes hipertensos, por meio de conversas nas consultas, sobre a importância de ir às consultas de acompanhamento a doenças crônicas não transmissíveis.
- Atividades preventivas conjuntamente com a família e com participação popular em ambientes nos quais este público esteja inserido, no propósito de promover a aquisição de hábitos de vida saudável e controle de condições de risco (obesidade, vida sedentária, alcoolismo, entre outros).
- Ações e atividades conjuntas entre serviço de saúde e de esportes (atividade física), visando um atendimento à comunidade mais integral para a adoção de um estilo de vida ativo.

- Incentivar a formação de grupos comunitários para a prática de atividades físicas coletivas voltadas à prevenção integrada dos fatores de risco para hipertensão arterial.
- Promoção à saúde (ações educativas com ênfase em mudanças do estilo de vida, correção dos fatores de risco e produção de material educativo)

Uma das maneiras para o combate à hipertensão e controle da pressão arterial é a prática de atividade física aeróbia de baixa intensidade. Ainda é necessário adquirir hábitos de vida mais saudáveis, além de acompanhamento frequente de profissionais especializados em várias áreas da saúde para a identificação dos melhores métodos para o tratamento da mesma.

Para controlar o peso ter uma dieta e alimentação equilibrada com acompanhamento nutricional e a prática regular de exercícios físicos regularmente assim como caminhadas diárias de no mínimo 30 minutos. A atividade física bem orientada, dentro dos níveis de intensidade e volume recomendados, pode e deve ser indicada ao indivíduo hipertenso, agindo de forma imprescindível na melhora do quadro geral de sua saúde.

A prática regular de atividade física provoca adaptações fisiológicas no sistema cardiovascular, como o aumento do volume de oxigênio máximo e conseqüentemente a diminuição da pressão arterial. Isso leva ao controle da pressão, além de trazer vários benefícios à saúde e o bem-estar.

6.4 Avaliação e monitoramento

O monitoramento das atividades será realizado pela a equipe de saúde da UBS, as atividades deverão ser feitas semanalmente com uma duração de 1 horas e meia, com a participação da equipe de saúde (médico, enfermagem e os ACS).

Em cada encontro se realizarão perguntas em relação ao encontro anterior e a avaliação desta estratégia ocorrerá mediante o preenchimento de um questionário a ser entregue antes e depois da intervenção com intuito de avaliar o aprendizado dos conteúdos abordados

7-ANÁLISE DE DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Com o este projeto pretende-se aprimorar o trabalho desenvolvido sobre o cuidado e tratamento dos pacientes Hipertensos, uma vez que dia a dia esta doença está mais frequente na sociedade, promovendo mais qualidade de vida para o paciente e sua família. De início pretendem-se demonstrar os pacientes hipertensos os fatores de risco e as complicações da Hipertensão Arterial Sistêmica, a qual se acredita que tenha uma estreita relação com os conhecimentos que este paciente tem de sua enfermidade, assim como a importância do autocuidado e integrando-o também com sua família.

Em um segundo momento, ocorrerá à avaliação do trabalho realizado, onde este momento consistirá em uma oportunidade para refletir sobre como se encontram os pacientes após estar integrado a um grupo onde sejam tratados temas sobre os cuidados, se debatam vivências, reforçando os seus conhecimentos para com sua enfermidade, grupo este onde serão trabalhados os problemas identificados em um primeiro momento, acreditando diminuir uma significativa porcentagem dos pacientes descontrolada, diminuindo assim as complicações que ocasionaram o problema, obtendo uma melhor qualidade de vida dos pacientes e de sua família, assim como diminuindo os gastos para o sistema de saúde. Constituindo um papel primordial o trabalho no grupo formado para o fim traçado.

Com a elaboração e implantação do plano de intervenção, espera-se obter os resultados expressos na tabela

Tabela- Resultados esperados após a implementação do plano.

Resultados Esperados	
1	Adesão dos pacientes hipertensos ao tratamento farmacológico
2	Diminuir o consumo de bebidas alcoólicas e tabagismo
3	Diagnosticar todos os pacientes com sintomas de HAS
4	Aumentar a prática de exercícios físicos
5	Estabelecer alimentação adequada
6	Pacientes com conhecimentos sobre HAS
7	Redução das comorbidades decorrentes da HAS
8	Estabelecer linhas de cuidados a todos os pacientes hipertensos
9	Melhor qualidade no atendimento
10	Melhor atualização da hipertensão na área de abrangência

8-CRONOGRAMA

O presente projeto propõe-se a ser executado conforme o cronograma a seguir.

Atividades	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Maiο
Elaboração do Projeto	X				
Aprovação do Projeto	X				
Estudo do Referencial Teórico/ Revisão Bibliográfica	X				
Coleta de dados		X	X		
Discussão e Análise dos Resultados			X		
Revisão Final e Digitação				X	
Entrega do Trabalho Final					X
Socialização do Trabalho					X

9-RECURSOS NECESSÁRIOS

Quadro 1- Operações sobre os hábitos e estilos de vida não saudável, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Fortaleza, em Pinheiro, Maranhão.

Nó crítico 1	Hábitos e estilos de vida não saudável
Operação	Melhor estilo de vida
Objetivo	Aumentar o nível de informação sobre os riscos de hipertensão arterial
Resultados esperados	Melhorar a qualidade de vida da população de forma que se preocupem com hábitos e estilo de vida saudável Diminuir em 20% o número de paciente sedentários e obesos
Produtos esperados	Programa educativo na rádio local sobre alimentação saudável e sedentarismo
Atores sociais/responsabilidades	Setor da comunicação social Enfermeiro
Recursos necessários	Estrutural: Local para a realização das atividades Cognitivo: Informação estratégica sobre hábitos e estilos de vida saudáveis Financeiro: Recursos audiovisuais, folhetos educativos Político: Articulação entre os setores da saúde e adesão dos profissionais
Recursos críticos	Espaço na rádio local
Controle dos recursos críticos/Viabilidade	Autor que controla: Setor da comunicação social Motivação: favorável
Ação estratégica de motivação	Apresentar o projeto

Responsáveis	Médicos e enfermeiro
Cronograma/Prazo	03 meses
Gestão, acompanhamento e avaliação	Médica e enfermeira

Quadro 2- Operações sobre o nível de informação da Hipertensão Arterial, na população responsável da Equipe de Saúde da Família Fortaleza, Pinheiro, Maranhão.

Nó crítico 2	Nível de informação da população sob-hipertensão arterial
Operação	Mais informação
Objetivos	Aumentar o nível de informação sobre os riscos de hipertensão arterial sistêmica
Resultados esperados	População mais informada sobre os riscos de hipertensão arterial sistêmica
Produtos esperados	Validação do nível de informação da população de risco, campanha educativa na rádio local
Atores sociais/responsabilidades	Setor da comunicação social Enfermeira
Recursos necessários	Cognitivo: conhecimento sobre estratégias de comunicação Organizacional: organizar agenda Político: Articulação intersetorial
Recursos críticos	Político: Conseguir o espaço na rádio local e articulação intersetorial Financeiro: Para aquisição de recursos

Controle dos recursos críticos/Viabilidade	Sector da comunicação social Motivação: favorável
Ação estratégica de motivação	Apresentar o projeto para setores de mobilização e diretores das
Responsáveis:	Médica e enfermeira
Cronograma/Prazo	03 meses
Gestão, acompanhamento e avaliação	Médica e enfermeira

Será avaliada a intervenção comparando os resultados da aplicação do questionário ao início e ao final do projeto. Também após o acompanhamento semanal através de dados como adesão ao tratamento e controle de cifras da pressão arterial. Serão comparadas medições pressão arterial observando as anotações no número de vezes que o paciente foi atendido.

O questionário foi elaborado por nós, de acordo aos objetivos da intervenção, tendo em conta os temas que são importantes para alcançar os objetivos propostos, e segundo as normas, de modo a ser entendido e respondido pela população alvo de nossa intervenção, já que não encontramos na literatura nenhum questionário que estivesse validado em algum estudo ou projeto prévio semelhante.

10-CONCLUSÃO

Através deste trabalho de intervenção, com a aplicação adequada do plano de ação criado, obteremos uma melhor conscientização da população sobre a necessidade de mudanças de hábitos e estilos de vida mais saudáveis, e melhoraremos o nível de conhecimento dos pacientes da Hipertensão Arterial sobre os fatores de risco que levam às mesmas.

Poderemos, a partir da implantação e desenvolvimento das ações educativas dialogar com pacientes hipertensos da nossa área, realizando atendimento e acompanhamento adequados, e evitar complicações e sequelas provenientes da falta de tratamento, e servir disso como experiência que acrescenta em nossa especialidade.

Sabemos que a modificação no estilo de vida como alimentação adequada, baixo consumo de sal, controle de peso, prática de atividades físicas, suspensão do tabagismo são de fundamental importância para o processo terapêutico e prevenção da Hipertensão Arterial Sistêmica. Contudo, apesar de todos esses conhecimentos, observamos que esses fatores continuam a crescer em nossa sociedade, levando a um aumento contínuo da prevalência e incidência de HAS assim como seus baixos níveis de controle.

A Estratégia Saúde da Família, cujo processo de trabalho da equipe multiprofissional pressupõe vínculo com a comunidade, tem responsabilidade fundamental no processo de desenvolver estratégias visando diminuir a carga desta doença, assim como seu impacto social e econômico decorrente de seu crescimento.

Durante a realização deste trabalho de intervenção analisamos, junto com a equipe da Unidade Básica de Saúde, nosso processo de trabalho atual, identificando os pontos positivos e os que necessitam ser melhorados, e com isto, pude perceber que nosso vínculo como equipe foi reforçado, pois a responsabilidade em melhorar este processo de trabalho foi assumida por todos. Esperamos obter resultados positivos do projeto de intervenção, para que os mesmos possam ser apresentados à gestão municipal e difundidos para as demais Unidades básicas de Saúde.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

-Alejandro Luis Fradagas Fernández, Néilda María Cruz Álvarez, Lázaro Gregorio Guerrero Guerrero, Luis Manuel Fernández Machín, Verónica Marlene González García y Antonio J. Ruibal León, intervenção sobre hipertensão arterial em um consultório médico. [Internet]. Rev Cubana Med Gen Integr 2004;20 (2)Disponível em:

http://www.bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol20_2_04/mgi07204.htm

-ARAÚJO, Daísy, Vieira de; FELIX, Lidiany Galdino; SILVA, Iane carvalho da; SILVEIRA, Maria de Fatima de Araújo. Acolhimento no Programa Saúde da Família: um caminho para humanização da Atenção à Saúde. Campo Grande, 2007

-BECK, Carmem Lúcia Colomé; MINUZZI, Danieli. O acolhimento como proposta de reorganização da assistência à saúde: uma análise bibliográfica. Santa Maria, 2008

-BLASCO, Pablo Gonzáles; JANAUDIS, Marco Aurelio; LEOTO, Roberto Ferreira; LEVITES, Marcelo Rozenfeld; MORETO, Graziela; RONCOLETTA, Adriana Fernanda Tamassia. Princípios da medicina de família. São Paulo: Sombramfa, 2003

-BRASIL. Ministério da Saúde. Disponível em: [HTTP://www.saude.gov.br/sinanweb](http://www.saude.gov.br/sinanweb). Acesso em: 9 mar.2014

-Brasil. Ministério da Saúde. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica (Cadernos de Atenção Básica, n. 37). Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

-BRASIL. Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica n.15: Hipertensão Arterial Sistêmica. Brasília. DF: MS, 2006.

-Brandão A, Rodrigues CIS, Consolim-Colombo F, Plavnik FL, Malachias MVB, Kohlmann Junior O, et al. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. Arq Bras Cardiol. 2010;95 Disponível em (1 Supl 1):I-III. Tente links no: [Google](#). Similares em: [Rede SciELO](#).

-CAMPOS, F.C.C; FARIA H P.; SANTOS, M.A. Planejamento e Avaliação das Ações em Saúde. 2ª ed. Belo Horizonte: Coopmed, 2010. Disponível em: [HTTPS://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0273.pdf](https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0273.pdf). Acesso em: 07 de mar. 2014

-CAMPOS, Francisco Carlos Cardoso de; FARIA, Horácio Pereira de; SANTOS, Max André dos. Planejamento e avaliação das ações em saúde. NESCON/UFMG- Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. 2. Ed. Belo Horizonte: Coopmed, 2010

-CARRETERO, OA; Oparil S. (Janeiro 2000). "Essential hypertension. Part I: definition and etiology." (em inglês). *Circulation* **101** (3): 329-35.DOI:10.1161/01.CIR.101.3.329. PMID 10645931.

-CARVALHO, Alysson, Massote; SOUZA, Rafaela Assis de Programa de Saúde da Família e qualidade de vida: um olhar da Psicologia In: Estudos de Psicologia. Belo Horizonte:

-Cesarino CB, Cipullo JP, Martin JFV, Ciorlia LA, Godoy MRP, Cordeiro JA, Rodrigues IC. Prevalência e fatores sociodemográficos em hipertensos de São José do Rio Preto. *Arq Bras Card* 2008; 91(1): 31–35.

-CIPULLO, J. P. et al. Prevalência e fatores de risco para hipertensão em uma população urbana brasileira. *Arq. Bras. Cardiol.* São Jose de Rio Preto, p.519-526, abr. 2010

-CONILL, Eleonor Minho. Ensaio histórico-conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da Estratégia Saúde da Família em centros urbanos no Brasil. In: *Caderno de Saúde Pública*. Vol. 24. Rio de Janeiro, 2008

-CONSENSO BRASILEIRO DE HIPERTENSAO ARTERIAL. Tratamento não medicamentoso ou modificações do estilo de vida, 2006

-COORDINAÇÃO GERAL DA POLÍTICA DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO. Guia alimentar para a População Brasileira, 2005

-COSTA, Diniz Artur, Trabalho de Proposta de melhorias na abordagem dos pacientes com Hipertensão Arterial no município de Inconfidentes/MG, p.26

-Chobanian AV, Bakris GL, Black HR, Cushman WC, Green LA, Izzo JL Jr et al. The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure: the JNC 7 Report. *JAMA* 2003; 289:2560-72.

-Department of Health and Human Services (2006). Your Guide To Lowering Your Blood Pressure With DASH (PDF) (em inglês). Visitado em 01/01/2013.Disponível em:

http://pt.wikipedia.org/wiki/Usu%C3%A1rio%28a%29:DocElisa/Hipertens%C3%A3o_arterial

-Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. Sociedade Brasileira de Hipertensão. Edição de Julho 2010, vol. 95 (1), Supl. 1, págs. 1-51

-Ferreira, Carla Cristina da Conceição; Peixoto, Maria do Rosário Gondim; Barbosa, Maria Alves; Silveira, Érika Aparecida Prevalência de fatores de risco cardiovascular em idosos usuários do Sistema Único de Saúde de Goiânia. Arq. Bras. Cardiol; 95(5): 621-628, out. 2010. Tab.

-Fisher ND, Williams GH. In: Kasper DL, Braunwald E, Fauci AS, et al.. Harrison's Principles of Internal Medicine (em inglês). 16° ed. Nova Iorque, NY: McGraw-Hill, 2005. Capítulo: Hypertensive vascular disease. , p. 1463–81. ISBN 0-07-139140-1

-Franklin SS, Gustin W, Wong ND, Larson ME, Weber MA, Kannel WB et al. Hemodynamic patterns of age related changes in blood pressure. The Framingham Heart Study. Circulation 1997; 96:308-15.

-GAMA, G.G. et al. Revisando os fatores de risco cardiovascular. Gama, G.G. et al. Revisando os fatores de risco cardiovascular. Ver enfermagem, Rio de Janeiro, v. 4, n. 18, p.650-655, 2010.

-GONÇALVES, Ricardo Bruno Mendes; NEMES, Maria Ines Baptistella; SCHRAIBER, Lilia Blimer. Saúde do adulto: programas e ações na unidade básica. São Paulo: Hucitec, 1996

-HE, FJ; MacGregor GA. (Junho 2009). "A comprehensive review on salt and health and current experience of worldwide salt reduction programmes" (em inglês). *Journal of Human Hypertension* **23** (6): 363–84. DOI:10.1038/jhh.2008.144. PMID 19110538.

-Hemmelgarn B, Zaenke KB, Campbell NRC, Feldman RD, McKay DW, McAlister FA, et al. The 2004 Canadian Hypertension Education Program recommendations for the management of hypertension: Part 1- Blood pressure measurement, diagnosis and assessment of risk. Ca J Cardiol v. 20, n.1, p.31-40. (2004).

-Hipertensão: manejo clínico de hipertensão primária em adultos. Instituto Nacional de Saúde e Excelência Clínica. Acessado em 30/12/2012.

-IEPHA,(Instituto Estadual do Patrimônio Histórico Artístico), fevereiro 2015)

-IV Diretriz para uso da monitorização ambulatorial da pressão arterial / II Diretriz para o uso da monitorização residencial da pressão arterial. Arq. Bras. Cardiol; v. 85, (supl. II): p. 5-18

IBGE. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATISTICA. Censo Demográfico

2014. Disponível em: www.ibge.gov.br. Acesso em: febrero de 2015

-LIMA, J. P. L. Adesão ao tratamento de hipertensão: Proposta de intervenção no Município Rio do Prado, MG. 2013. 50 f. TCC – Curso de especialização, Universidade Federal Minas Gerais. Uberaba, 2013.

-LÓPEZ, E. F. Hipertensão Arterial na área de abrangência da ESF `Julho Leitão`, Pará de Minas, MG: Proposta de intervenção. 2014. 32 f. TCC – Curso de Especialização, Universidade Federal Minas Gerais, Pará de Minas, 2014.

-MARCONDES, Eduardo. A conferência de Alma-Ata e as Ações Básicas de Saúde. In: Pediatria na Atenção Primária. São Paulo: Savier, 2002. (5):487-97

-MARTINS, M. S. A. S. et al. Hipertensão Arterial e Estilo de Vida em Sinop, Município da Amazônia Legal. Arq. Bras. Cardiol; v.94, n.5, p.639-644, 2010.

-MINAS GERAIS. SECRETARIA DO EATADO DE MINAS GERAIS. Atenção à saúde do adulto. In: Linha-guia de hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus e doença renal crônica. Belo Horizonte: Autentica, 2013

-MION JUNIOR, K. L.et al. Hipertensão Arterial na cidade de São Paulo: Prevalência Referida por Contato Telefônico. Soc. Bras. Cardiol; v.95, n.1, p.250-263, 2010

-MOREIRA, J. P. L.; MORAES, J. R.; LUIZ, R. R. Utilização de consulta medica e hipertensão arterial sistêmica nas áreas urbanas e rurais do Brasil, segundo dados na PNAD 2008. Cienc. Saúde Coletiva, v.16, n.9, p.3781-3793, 2011

-O'HALLORAN MW, Gordon RD; Geddes RA, Pawsey CGK. (agosto 1970). "Hypertension and severe hyperkalaemia associated with suppression of renin and aldosterone and completely reversed by dietary sodium restriction". Ann Med (4): 287-294.

-PEREIRA, A. F.et al. Protocolo de Hipertensão Arterial/Risco Cardiovascular. Belo Horizonte: PRODABEL, 2011

-Pereira M, Lunet N, Azevedo A, Barros H. Differences in prevalence, awareness, treatment and control of hypertension between developing and developed countries. *J Hypertension* 2009; 27(5): 963–975.

-PICCINI, Roberto Xavier; VICTORIA, Cesar Gomes. Hipertensão arterial sistêmica em área urbana no sul do Brasil: prevalência e fatores de risco. In: *Revista Saúde Pública*. Pelotas, 2009

-PORTO, Celmo Celeno. *Semiologia médica*. 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005

(SBH) SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSAO, (Revista hipertensão), São Paulo, 2011

-ROSARIO, T. M.et al. Prevalência, Controle e Tratamento da Hipertensão Arterial Sistêmica em Nobre, MT. *Soc. Bras. Cardiol.* v.9, n.6, p.672-678, 2009

-Rosário TM, Scala LCNS, França GVA, Pereira MRG, Jardim PCBV. Prevalência, controle e tratamento da hipertensão arterial sistêmica em Nobres, MT. *Arq Bras Card* 2009; 93(6): 672–678.

-SÃO THOMÉ DAS LETRAS, Departamento Municipal de Saúde. Plano Municipal de Saúde de SÃO THOMÉ DAS LETRAS 2010-2014. SÃO THOME DAS LETRAS, 2010

-Sellén Crombet J. Estratégias para o controle da HAS em Cidade de La Habana. I Congresso Cubano de HAS. (IV Jornada Científica, La Habana, 2001). Editoriais ciências médicas.

-SILVA, C. S.et al. Controle pressórico e adesão/vinculo em hipertensos usuários da Atenção Primaria à Saúde. *Ver. Esc. Enferm., João Pessoa*, p.584-590, 2012

-SIAB, 2013 Sistema de Informação de Atenção Básica. Ministério da Saúde, 2013

-Sociedade Brasileira de Cardiologia. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, São Paulo, v. 95, n. 1, p. 1-51, 2010. Suplemento 1.

-Vasan RS, Larson MG, Leip EP, Evans JC, O'Donnell CJ, Kannel WB et al. Impact of high normal blood pressure on the risk of cardiovascular disease. *N Engl J Med* 2001; 345:1291-97.

-Williams GH.; Dluhy RG. Endocrine hypertension. In: Wilson JD, Foster DW, Kronenberg HM, eds. *Williams Textbook of Endocrinology*. 9 ed. Philadelphia: WB Saunders

-World Health Organization. Definition and diagnosis of diabetes mellitus and intermediate hyperglycemia : report of a WHO/IDF consultation. Geneva, 2006. Disponível em:

http://www.who.int/diabetes/publications/Definition%20and%20diagnosis%20of%20diabetes_new.pdf

-Zattar, Luciana Carmen; Boing, Antonio Fernando; Giehl, Maruí Weber Corseuil; d'Orsi, Eleonora. Prevalência e fatores associados à pressão arterial elevada, seu conhecimento e tratamento em idosos no sul do Brasil. Cad. Saúde Publica; Mar. 2013,29(3): 507-521.

ANEXO (S)

Anexo 1. QUESTIONÁRIO PARA AVALIAÇÃO DE CONHECIMENTOS.

Perguntas	SIM	NÃO
1- Conhece o que é Hipertensão Arterial Sistêmica?		
2- Sofre você de Hipertensão Arterial sistêmica?		
2.1-Você está tomando remédios para HAS?		
3- Tem algum familiar sofrendo de HAS?		
4- Conhece alguns dos fatores de risco para HAS?		
- Hereditariedade		
- Aumento da Idade		
- Raça/cor		
- sexo		
- excesso de peso		
- falta de atividade física		
- Tabagismo		
- ingestão de Café		
- ingestão de Gordura		
- ingestão de Sal		
- ingestão de Álcool		
- doenças cardiovasculares.		
- fatores socioeconômicos		
5- Conhece das complicações da HAS?		
- Coração		
- Rim		
- Cérebro		

- Olhos		
- Morte		

Anexo 2. TABELA DE AVALIAÇÃO CLÍNICA DOS PACIENTES HIPERTENSAO

Risco Associado		Grau I	Grau II	Grau III
		140-159/90-99	160-179/100-109	>180/>110
I	- Sem risco	Risco Baixo	Risco Médio	Risco Alto
II	- 1 ou 2 Fatores de Risco	Risco Médio	Risco Médio	Risco Muito Alto
III	- 3 ou mais Fatores de Risco - Dano Órgãos	Risco Alto	Risco Alto	Risco Muito Alto
IV	- Dano Clínica Cardiovascular e Renal	Risco Muito Alto	Risco Muito Alto	Risco Muito Alto

Estratificação do risco individual do paciente hipertenso: risco cardiovascular adicional de acordo com os níveis da pressão arterial e a presença de fatores de risco, lesões de órgãos-alvo e doença cardiovascular (DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO ARTERIAL 2006).