

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

YAIMA NUNEZ RODRIGUEZ

INTERVENÇÃO EDUCATIVA PARA PESSOAS ADULTAS
COM HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA, NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA
FAMÍLIA NA UBS LAGOA I

FORTALEZA
2018

YAIMA NUNEZ RODRIGUEZ

**INTERVENÇÃO EDUCATIVA PARA PESSOAS ADULTAS
COM HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA, NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA
FAMÍLIA NA UBS LAGOA I**

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: Esp. Patrícia Batista Rosa

FORTALEZA

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)

- R619 Rodriguez, Yaima Nunez.
INTERVENÇÃO EDUCATIVA PARA PESSOAS ADULTAS COM HIPERTENSÃO
ARTERIAL SISTÊMICA, NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA NA UBS LAGOA I /
Yaima Nunez Rodriguez. – 2018.
50 f.: il.

Trabalho de Conclusão de Curso (especialização) – Universidade Federal do Ceará,
Sobral, 2018.

Orientação: Prof. Esp. Patrícia Batista Rosa.

1. Hipertensão Arterial Sistêmica. 2. Fatores de risco. 3. Educação em Saúde. I. Título.

YAIMA NUNEZ RODRIGUEZ

**INTERVENÇÃO EDUCATIVA PARA PESSOAS ADULTAS
COM HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA, NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA
FAMÍLIA NA UBS LAGOA I**

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

Profª. (Esp.) Patrícia Batista Rosa.
UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ

Profº. (Me) José Amilton Costa Silvestre.
UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ

Profº. (Me) Adriano Ferreira Martins.
UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ

RESUMO

A Organização Mundial de Saúde aponta a Hipertensão Arterial Sistêmica como uma grande preocupação da saúde pública. A doença acomete cerca de 691 milhões pessoas em todo o mundo, está presente na maioria dos 15 milhões de mortes causadas por doenças circulatórias, dos 7,2 milhões devido a distúrbios coronarianas e dos 4,6 milhões por doença cerebrovascular. As estimativas apontam que 50 milhões de pessoas terão Hipertensão Arterial Sistêmica em 2025. Trata-se de um projeto de intervenção que tinha como objetivo implantar uma estratégia de educação em saúde para pessoas adultas com diagnóstico de Hipertensão Arterial Sistêmica(HAS) cadastrados, na Unidade Básica de Saúde Lagoa I, no distrito de Lagoa no município de São Benedito, Ceará, na intervenção participou a equipe de saúde (médico, enfermagem, 01 técnico de enfermagem, 01 Cirurgião-Dentista, 01 auxiliar de saúde bucal e 5 agentes comunitários) e os 182 pacientes adultos hipertensos cadastrados. A população do estudo foram os pacientes adultos hipertensos do posto de saúde, sendo composta por uma amostra de tipo intencional. Com esta intervenção foi possível que os pacientes que possuem hipertensão arterial diagnosticada puderam participar das atividades de educação em saúde; conseguir a melhoria da adesão à medicação farmacológica e não farmacológica; controle da doença, prevenção das complicações da HAS e estímulo à corresponsabilidade dos pacientes para com sua saúde, justificando assim a importância desse trabalho na educação continuada em saúde.

Palavras-chave: Hipertensão Arterial Sistêmica. Fatores de risco. Educação em Saúde.

RESUMEN

La Organización Mundial de la Salud apunta a la Hipertensión Arterial Sistémica como una gran preocupación de la salud pública. La enfermedad acomete a cerca de 691 millones de personas en todo el mundo, está presente en la mayoría de los 15 millones de muertes causadas por enfermedades circulatorias, de los 7,2 millones debido a disturbios coronarios y de 4,6 millones por enfermedad cerebrovascular. Las estimaciones apuntan que 50 millones de personas tendrán Hipertensión Arterial Sistémica en 2025. Se trata de un proyecto de intervención que tuvo como objetivo implantar una estrategia de educación en salud para personas adultas con diagnóstico de Hipertensión Arterial Sistémica (HAS) registradas en la Unidad de Salud Lagoa I en el municipio de São Benedito, Ceará, en la intervención participaron el equipo de salud (médico, enfermera, 01 técnico de enfermería, 01 Cirujano dentista, 01 auxiliar de salud bucal y 5 agentes comunitarios) y los 182 pacientes adultos hipertensos cadastrados. La población de estudio fueron los pacientes adultos hipertensos del puesto de salud, siendo compuesta por una muestra de tipo intencional. Con esta intervención fue posible que los pacientes que tienen hipertensión arterial diagnosticada pudieran participar en las actividades de educación en salud; alcanzar la mejora de la adhesión a la medicación farmacológica y no farmacológica; control de la enfermedad, prevención de las complicaciones de la HAS y estímulo a la corresponsabilidad de los pacientes para con su salud, justificando así la importancia de este trabajo en la educación continuada en salud.

Palabras – claves: Hipertensión Arterial Sistémica. Factores de riesgo. Educación para la Salud.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	5
2	PROBLEMA.....	8
3	JUSTIFICATIVA.....	9
4	OBJETIVOS.....	11
4.1	OBJETIVO GERAL.....	11
4.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	11
5	REVISÃO DE LITERATURA.....	12
5.1	CONCEITO DE HIPERTENSÃO ARTERIAL	12
5.2	EPIDEMIOLOGÍA DA HIPERTENSÃO ARTERIAL.....	12
5.3	DIAGNÓSTICO	13
5.4	CLASSIFICAÇÃO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL.....	16
5.5	FATORES DE RISCO.....	18
5.6	COMPLICAÇÕES.....	20
5.7	TRATAMENTO NÃO MEDICAMENTOSO.....	21
5.8	TRATAMENTO MEDICAMENTOSO.....	22
6	METODOLOGIA.....	24
6.1	TIPO DE PESQUISA.....	24
6.2	LOCAL E PERÍODO.....	24
6.3	POPULAÇÃO E AMOSTRA.....	24
6.4	COLETA DE DADOS E IMPLEMENTAÇÃO DO PLANO.....	25
6.5	AVALIAÇÃO E MONITORAMENTO.....	26
6.6	CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.....	26
6.7	PLANO DE INTERVENÇÃO.....	27
7	ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	29
8	CRONOGRAMA.....	37
9	RECURSOS NECESSÁRIOS.....	38
10	CONCLUSÃO.....	40
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	41
	APÊNDICE.....	45

1 INTRODUÇÃO

A Organização Mundial de Saúde refere que a doença cardiovascular é a primeira causa de morte relacionada nas sociedades ocidentais, sendo a hipertensão uma das três principais doenças responsáveis. (BRASIL,2006)

Dentro deste contexto, a Hipertensão Arterial representa uma das situações clínicas que atingem o aparelho circulatório, e também, é um dos principais fatores de risco para outras doenças como as cerebrovasculares, as vasculares, as isquêmicas do coração e a diabetes mellitus, contribuindo para elevar os índices de morbidade e mortalidade (RIBEIRO,1996; ACHUTTI,1997).

Apresenta-se como uma síndrome caracterizada pela presença de níveis de pressão arterial elevados, associados a alterações hormonais e, no metabolismo, a fenômenos tróficos. (PIERIN,2001). O diagnóstico médico indica Hipertensão Arterial Sistêmica (H.A.S) quando os valores da pressão sistólica (P.A.S.) e da diastólica (P.A.D.) apresentam-se, respectivamente iguais e/ou acima de 140/90 mmHg, havendo persistência destes níveis. Conforme a classificação que leva em consideração o tipo de H.A., a mesma é tida como essencial ou primária quando não apresentar causa única conhecida, embora haja múltiplos fatores de risco. Caso a elevação pressórica resulte de alguma doença já conhecida ou uso de medicamentos de ação hipertensiva, denomina-se secundária, sendo um exemplo a hipertensão resultante da isquemia renal (HRV). (PIERIN,2001)

A hipertensão primária ou essencial, de origem desconhecida, representa em torno de 90% dos casos de hipertensão. A hipertensão secundária, relacionada a um processo patológico, representa 5% a 10% dos casos. (SÃO PAULO,2002)

A hipertensão arterial é uma doença que acomete 28,5 % dos brasileiros, e que, se não for tratada e controlada, resulta em graves complicações. Estudos quantitativos atuais contabilizam que há 691 milhões de hipertensos no mundo. Calcula-se que essa doença causa a morte de 7,1 milhões de pessoas, equivalente a 13% do total de óbitos. No Brasil, de acordo com o Sétimo Consenso Brasileiro para o Tratamento da Hipertensão Arterial - JAMA, cerca de 17 milhões de brasileiros são hipertensos, e a maior parte são pessoas em idade economicamente ativa, aumentando consideravelmente os custos sociais por invalidez e absenteísmo ao trabalho. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010)

Há estimativas de que em 2025, 7% de toda a população brasileira será composta de idosos hipertensos, o que significa 16 milhões de pessoas com mais de 60 anos apresentando pressão alta. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010)

Segundo o Ministério da Saúde, fatores de risco constitucionais (idade, sexo, fatores genéticos como raça, história familiar e obesidade) e fatores ambientais (ingestão de sal, álcool, drogas, gorduras, tabagismo, estresse e sedentarismo), contribuem para o desenvolvimento da doença. (BRASIL,2006)

As ações em equipe são de fundamental importância na obtenção da motivação dos pacientes a fim de que estes possam tomar medidas efetivas e permanentes para a prevenção e o controle da Hipertensão Arterial Sistêmica.

A Estratégia Saúde da Família permite a identificação mais acurada e um melhor acompanhamento de indivíduos considerados de maior risco a agravos, como os hipertensos. Estes que por sua vez, possuem um risco de morte mais elevado, devido as complicações causadas pela doença. Essa multiplicidade de consequências coloca a Hipertensão arterial e a Diabetes na origem das doenças cardiovasculares e, por tanto, caracteriza-se como uma das causas de maior redução da qualidade e expectativa de vida dos indivíduos (SOUZA, 2013).

Assim como os profissionais de saúde envolvidos na população de abrangência, deve-se continuar trabalhando em todos os níveis, na prevenção da doença, com a adesão de melhorias nos hábitos e estilos de vida, bem como a detecção e tratamento precoce. Consolidar a pesquisa seria fundamental para ajudar a compreender melhor as terríveis consequências desta doença, traçando assim os padrões que conseguem retardar ou atenuar a morbidade e óbitos por Hipertensão Arterial.

O processo de educação em saúde vem sendo amplamente discutido no tratamento de doenças crônicas, já que o indivíduo necessita de um grau de conhecimento para que possa proporcionar as mudanças necessárias em seu comportamento, promovendo assim sua autonomia e possibilitando o seu autocuidado.

Portanto, considerando que a educação do paciente hipertenso é fundamental para um melhor controle da hipertensão e que lhe permite compreender melhor a sua doença e as consequências, é com base nestas informações que se propõe fazer uma intervenção educativa em pacientes adultos hipertensos do PSF Lagoa I. Município São Benedito, Estado Ceará, vinculado ao Curso de Especialização em Saúde da família oferecido pela Universidade Federal do Ceará, através do Núcleo de Tecnologias e Educação à Distância (NUTEDS), em parceria com a Universidade Aberta do SUS (UNASUS).

2 PROBLEMA

A Unidade Básica de Saúde (UBS) Lagoa I, no município de São Benedito, Ceará, é responsável pelo atendimento de 573 famílias que residem em sua área de abrangência. A população adulta compreende 1606 pessoas.

Dentro dos dados mais significativos, do ponto de vista da Saúde Pública, está a prevalência da Hipertensão Arterial Sistêmica. Existem atualmente cadastrados e diagnosticados no município 4070 pessoas com HAS das quais 182 pertencem na UBS Lagoa I.

A Hipertensão Arterial do ponto de vista da Saúde Pública na população de abrangência da Equipe de Saúde da Família tem muita relevância, pois muitas pessoas podem ter a doença, mas ainda não foram diagnosticadas, além de que muitos pacientes hipertensos têm pouca percepção de risco, pouca adesão à medicação e um controle metabólico ineficaz.

Desta forma, o problema que orienta este projeto de intervenção é:

Como contribuir para prevenir complicações e melhorar qualidade de vida em pacientes adultos hipertensos na comunidade de Lagoa I, ampliando o conhecimento da percepção de risco da doença com a intervenção educativa em promoção de saúde?

3 JUSTIFICATIVA

As razões que justificam a investigação estão fundamentadas no fato de que a Hipertensão Arterial Sistêmica se constitui um problema de saúde a nível mundial, com uma prevalência de 30 % da população adulta. É atualmente um problema crescente de saúde, tanto em países bem desenvolvidos, como para os não tão desenvolvidos, sendo uma das maiores causas de morbidade e mortalidade no mundo. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010)

Estima-se que a prevalência da HAS na América Latina para a população adulta geral varia entre 26 a 42%. No Brasil, segundo dados do Ministério da Saúde e a Pesquisa Nacional de Saúde 2013, estima-se que a proporção de pessoas de 18 anos ou mais de idade que apresentam diagnóstico médico de hipertensão arterial é de 19.7 %, sendo a probabilidade para o ano 2025 que 1 de cada 3 adultos acima de 20 anos serão hipertensos. No Brasil a hipertensão arterial junto com a Diabetes, é responsável pela principal causa de mortalidade, de hospitalizações e de amputações de membros inferiores, e representa ainda 62,1% dos diagnósticos primários em pacientes com insuficiência renal crônica submetido à diálise. Na área de abrangência percebe-se que o 11.3 % da população adulta cadastrada apresenta a doença. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

A revisão de dados epidemiológicos põe em evidência que apesar do aumento do acesso aos serviços de saúde da atenção primária, incluindo acesso a medicamentos, a Hipertensão Arterial possui alta morbidade oculta e não diagnosticada e alta incidência de pessoas com HAS sem controle adequado.

Desta maneira pessoas com HAS assintomáticas e que desconhecem serem hipertensos passam despercebidas ou são subestimadas pelos profissionais da saúde principalmente devido a negação da doença e baixa percepção de risco.

Outra questão importante é a pouca aderência aos medicamentos em muitos doentes, chegando algumas vezes a diagnósticos tardios e conseqüentemente a solução tardia dos sintomas. A tomada errônea de decisões pode agravar a situação destes pacientes. Muitos deles com complicações agudas da doença (urgências e emergência) necessitam de encaminhamento de urgência às unidades de pronto atendimento (UPA). Além disso, devido ao pouco conhecimento sobre a doença e pouco acesso a informação de saúde pelos meios de comunicação de massa, os

pacientes geralmente não relacionam mudança de hábito à prevenção da Hipertensão Arterial.

A partir deste contexto, fez-se necessário implantar uma estratégia de educação em saúde para pessoas com HAS a resultados de curto prazo, baixos investimentos financeiros, e que se considera eficaz e adequado para produzir mudanças no estilo de vida das pessoas e reverter a situação atual, contribuindo para a melhoria da eficiência da Atenção Básica a Saúde.

Diante do problema de saúde que exposto, e já descritas as razões de ordem teórica ou prática que justificam a realização da investigação, aparece como uma iniciativa local da Unidade Básica de Saúde Lagoa I , não se restringindo a ações de efeito terapêutico, mas também de prevenção e produção de conhecimento, bem como a relevância social do problema a ser investigado e as contribuições que o trabalho poderá trazer, e motivar a realização deste estudo.

4 OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GERAL

- Implantar uma estratégia de intervenção educativa para os pacientes adultos com diagnóstico de Hipertensão Arterial Sistêmica, na área de abrangência da UBS Lagoa I, São Benedito, Ceará.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar aos pacientes adultos hipertensos segundo idade, sexo, raça, escolaridade e ocupação.
- Determinar os fatores de risco presentes nos pacientes atendidos por Hipertensão Arterial.
- Incentivar, mudanças no estilo de vida dos pacientes hipertensos mediante atividades de promoção e prevenção de saúde planejada pela Equipe Básica de Saúde.
- Validar a efetividade da estratégia proposta.

5 REVISÃO DE LITERATURA

5.1. Conceito de Hipertensão Arterial Sistêmica

Hipertensão arterial (HA) é condição clínica multifatorial caracterizada por elevação sustentada dos níveis pressóricos ≥ 140 e/ou 90 mmHg. Frequentemente se associa a distúrbios metabólicos, alterações funcionais e/ou estruturais de órgãos-alvo, sendo agravada pela presença de outros fatores de risco (FR), como dislipidemia, obesidade abdominal, intolerância à glicose e diabetes mellitus (DM). Mantém associação independente com eventos como morte súbita, acidente vascular encefálico (AVE), infarto agudo do miocárdio (IAM), insuficiência cardíaca (IC), doença arterial periférica (DAP) e doença renal crônica (DRC), fatal e não fatal (VII DIRETRIZES BRAZILEIRAS DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, 2014).

5.2 Epidemiologia da Hipertensão Arterial Sistêmica

A Organização Mundial de Saúde estima que em 2030 quase 23,6 milhões de pessoas morrerão de doenças cardiovasculares (DCVs). Dentre as DCVs, Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) constitui importante fator de risco para complicações cardíacas e cerebrovasculares, sendo considerada um problema de saúde pública em âmbito mundial. Em 2000, a prevalência da HAS na população mundial era de 25% e a estimativa para o ano de 2025 é de 29%. (TALAEI,2014)

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é considerada o principal fator de risco para várias doenças como o infarto agudo do miocárdio, acidente vascular cerebral, doença renal crônica, além da doença arterial periférica. Estima-se que no Brasil cerca de 17 milhões de indivíduos sejam portadores de hipertensão arterial, correspondendo a 35% da população com idade de 40 anos ou mais. Este número é crescente, e, além disso, está aumentando o número de crianças e adolescentes com a doença. (BRASIL,2006)

A epidemiologia da hipertensão arterial no Brasil apresenta aspectos peculiares e coincidentes com outros países com impacto importante no perfil de mortalidade, tais como desigualdade social na distribuição do risco de morte, no

acesso ao diagnóstico de hipertensão arterial e na proporção de indivíduos com pressão arterial elevada. (LOTUFO ,2005).

As mudanças sociais, econômicas e demográficas através da transição epidemiológica no Brasil contribuíram para o acréscimo considerável da morbimortalidade por doenças crônicas não transmissíveis, entre as quais a HAS é a maior representante. Dessa maneira, o conceito de hipertensão arterial passou a ser analisado pela estratificação do risco cardiovascular e não somente pelos níveis pressóricos, ou seja, hipertensão não pode ser compreendida apenas como uma condição clínica de cifras tensionais elevadas, mas deverá ser levado em conta sua sintomatologia, incluindo alterações hemodinâmicas, tróficas e metabólicas. (CHAVES ,2006; GASQUES,2008).

5.3 Diagnóstico

O diagnóstico da HAS consiste na média aritmética da PA maior ou igual a 140/90mmHg, verificada em pelo menos três dias diferentes com intervalo mínimo de uma semana entre as medidas, ou seja, soma-se a média das medidas do primeiro dia mais as duas medidas subsequentes e divide-se por três. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010)

A constatação de um valor elevado em apenas um dia, mesmo que em mais do que uma medida, não é suficiente para estabelecer o diagnóstico de hipertensão.

Cabe salientar o cuidado de se fazer o diagnóstico correto da HAS, uma vez que se trata de uma condição crônica que acompanhará o indivíduo por toda a vida. Deve-se evitar verificar a PA em situações de estresse físico (dor) e emocional (luto, ansiedade), pois um valor elevado, muitas vezes, é consequência dessas condições.

Aferição fora do consultório:

A automedida da pressão arterial (Ampa) é realizada por pacientes ou familiares, não profissionais de Saúde, fora do consultório, geralmente no domicílio, representando uma importante fonte de informação adicional. A principal vantagem

da Ampa é a possibilidade de obter uma estimativa mais real dessa variável, tendo em vista que os valores são obtidos no ambiente em que as pessoas passam a maior parte do dia (SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO; SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2010).

Os aparelhos semiautomáticos de braço, validados, com capacidade de armazenar dados em sua memória, podem ser utilizados para a Ampa pela sua facilidade de manejo e confiabilidade. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO; SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2010). No entanto, deve-se destacar que os aparelhos de uso domiciliar, adquiridos pelo próprio usuário, não seguem um padrão de manutenção e calibração frequente.

Na suspeita de Hipertensão do Avental Branco (HAB) ou Hipertensão Mascarada (HM), sugerida pelas medidas da Ampa, recomenda-se a realização de Monitorização Ambulatorial da Pressão Arterial (MAPA) ou Monitorização Residencial de Pressão Arterial (MRPA), para confirmar ou excluir o diagnóstico. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO; SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2010).

A MAPA é feita por aparelhos validados que empregam o método oscilométrico. Afere a pressão por dezenas de vezes nas 24 horas, registrando o comportamento da pressão arterial durante o período do sono. A MRPA é feita, preferencialmente, por manômetros digitais pela própria pessoa ou familiares. Recomendam-se três medidas pela manhã, antes do desjejum e da tomada de medicamento, e três à noite, antes do jantar, durante cinco dias, ou duas medidas em cada sessão durante sete dias (PARATI et al., 2010).

Ambos os métodos capturam com adequada precisão o risco de elevação da pressão arterial (SEGA et al., 2005; MANCIA et al., 2006; KIKUYA et al., 2007). Por medirem muitas vezes a pressão, aferem com mais precisão a pressão usual dos indivíduos, amortecendo a reação de alerta que ocorre em consultórios médicos. Isso ocorre em especial com a pressão aferida pela Mapa, que inclui valores de pressão aferidas durante o sono, usualmente mais baixas do que a vigília. Elevação da PA durante o sono demonstrou valor prognóstico independente da pressão de 24 horas.

Os valores diagnósticos de pressão arterial anormal na Mapa propostos pelas diretrizes brasileiras atuais (SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO;

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2010) foram extraídos de análise conjunta de estudos de coorte e correspondem à pressão de 24 horas maior ou igual a 130 x 80mmHg, vigília maior ou igual a 140 x 85mmHg e sono maior ou igual a 120/70mmHg (KIKUYA et al., 2007). Propôs-se o diagnóstico de PA limítrofe para as faixas de pressão sistólica imediatamente anteriores ao limite do diagnóstico de hipertensão (em geral 10mmHg para a sistólica e 5mmHg para a diastólica). Pacientes com pressão limítrofe estão sob risco aumentado de desenvolver hipertensão arterial, cabendo repetir o exame anualmente. Os valores diagnósticos de hipertensão arterial por MRPA correspondem à pressão maior ou igual a 130 x 85mmHg.

Interpretação conjunta de pressão arterial aferida em consultório e fora de consultório:

Indivíduos com pressão alterada no consultório, devido à reação de alerta, e normal na MAPA ou na MRPA, têm a síndrome do avental branco. Por um tempo, imaginou-se que essa condição fosse benigna, mas de fato já embute aumento discreto de risco. Estima-se que quase um terço dos indivíduos hipertensos em consultório tem síndrome de avental branco. Indivíduos com pressão normal no consultório e anormal na Mapa ou na MRPA têm a denominada hipertensão mascarada. Estima-se que aproximadamente 12% de indivíduos com pressão normal em consultório tenham hipertensão mascarada (SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO; SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2010).

O risco para eventos cardiovasculares é menor em indivíduos normotensos no consultório e fora dele, aumentando progressivamente em hipertensos do jaleco branco, hipertensos mascarados e hipertensos no consultório e fora do consultório (SEGA et al., 2005). Tratamento é indicado para hipertensão no consultório e fora do consultório, hipertensão mascarada e hipertensão de jaleco branco, nesta última categoria pelo maior risco mencionado acima e pelo fato de que todos os ensaios clínicos, no qual embasam decisões de tratamento, utilizaram medidas de consultório.

5.4 Classificação da Hipertensão Arterial Sistêmica

De acordo com os valores pressóricos obtidos no consultório, podemos classificar a pressão arterial em normotensão, PA limítrofe e hipertensão arterial sistêmica (Quadro 1). A HAS também pode ser diagnosticada por meio da MRPA ou da MAPA.

Quadro 1- Classificação da pressão arterial de acordo com a medida casual no consultório, para maiores de 18 anos.

Classificação	Pressão sistólica (mmHg)	Pressão diastólica (mmHg)
Ótima	< 120	< 80
Normal	< 130	< 85
Limítrofe	130-139	85-89
Hipertensão estágio 1	140-159	90-99
Hipertensão estágio 2	160-179	100-109
Hipertensão estágio 3	≥180	≥110
Hipertensão sistólica isolada	≥140	<90

Fonte: Diretrizes Brasileira de Hipertensão (SBC, SBH, SBN,2010)

Observação: Quando as pressões sistólicas e diastólicas se situam em categorias diferentes, a maior deve ser utilizada para classificação da pressão arterial.

A maioria dos indivíduos com hipertensão possui a elevação persistente da pressão arterial como resultado de uma desregulação do mecanismo de controle homeostático da pressão, o que a define como essencial. Já a HAS secundária possui causa definida, que é potencialmente tratável e/ou curável, acometendo menos de 3% dos hipertensos. A correta avaliação destes pacientes é fundamental, visto que pode determinar a interrupção dos anti-hipertensivos (SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO; SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2011).

Esta avaliação é, predominantemente, baseada na história e no exame físico do paciente, que podem levar à suspeita da HAS secundária, bem como à indicação de exames complementares (além dos exames de rotina, já citados). A avaliação inicial deve considerar causas reversíveis.

As causas mais comuns de HAS secundária estão vinculadas aos rins (parenquimatosa, arterial ou obstrutiva).

Características sugestivas de HAS secundária (SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO; SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2010; BRASIL, 2006a.):

- Início súbito da HAS antes dos 30 anos ou após os 50 anos.
- HAS estágio II e/ou resistente à terapia.
- Aumento da creatinina sérica.
- Hipopotassemia sérica espontânea, menor que 3,0meq/l (hiperaldosteronismo primário).
- Exame de urina tipo 1 apresentando proteinúria ou hematúria acentuada.
- Presença de massas ou sopros abdominais.
- Uso de fármacos indutores do aumento da pressão arterial (anticoncepcional oral, corticoides, anti-inflamatórios não esteroides, descongestionantes nasais, supressores de apetite, antidepressivos tricíclicos, tetracíclicos e inibidores da monoamina oxidase).
- Tríade do feocromocitoma: palpitações, sudorese e cefaleia em crise.
- Acromegalia: aumento da língua, ganho de peso, hipersonolência, alterações de fâcies e de extremidades.
- Síndrome de Cushing: ganho de peso, hirsutismo, edema e fâcies típicos.
- Diminuição ou retardo da amplitude do pulso femoral e dos membros superiores (coarctação da aorta).

As causas de HAS secundária podem ser divididas em categorias:

- Causas renais: rim policístico, doenças parenquimatosas.
- Causas renovasculares: coarctação da aorta, estenose da artéria renal.
- Causas endócrinas: feocromocitoma, hiperaldosteronismo primário, síndrome de Cushing, hipertireoidismo, hipotireoidismo, acromegalia.
- Causas exógenas: drogas, álcool, tabagismo (especialmente em grandes quantidades), cafeína, intoxicação química por metais pesados.

No caso de alta probabilidade de hipertensão secundária, sugere-se que o paciente seja avaliado pelo especialista da área na qual há suspeita da causa

(SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO; SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2010)

5.5 Fatores de Riscos

- **IDADE**

Existe relação direta e linear da pressão arterial (PA) com a idade, sendo a prevalência de HAS superior a 60% em pessoas acima de 65 anos.

- **GÊNERO E ETNIA**

A prevalência global de HAS entre homens e mulheres é semelhante, embora seja mais elevada nos homens até os 50 anos, invertendo-se a partir da quinta década. Em relação a cor, a HAS é duas vezes mais prevalente em indivíduos de cor não branca. Estudos brasileiros com abordagem simultânea de gênero e cor demonstraram predomínio de mulheres negras com excesso de HAS de até 130% em relação às brancas. (Diretrizes Brasileira de Hipertensão (SBC, SBH, SBN,2010)

- **EXCESSO DE PESO E OBESIDADE**

O excesso de peso está associado à maior prevalência de HAS desde idades jovens. A hipertensão arterial, a qual está associada a fatores familiares, genéticos e ambientais e que acomete jovens adultos de 20 a 45 anos, prevalece seis vezes mais em obesos do que em não obesos. O aumento de 10% na gordura corporal reflete aumento significativo da pressão arterial. O diabetes mellitus e a hipertensão arterial associados aumentam consideravelmente o risco de doenças cardiovasculares, que representam a primeira causa de óbito no país e são responsáveis por elevadas taxas de internação hospitalar e incapacitação física.

- **INGESTÃO DE SAL**

A ingestão excessiva de sódio tem sido correlacionada com elevação da PA. Um estudo realizado no Japão em 2008 com mais de 700 mil pessoas concluiu que uma alta ingestão alimentar de sódio está associada a elevados riscos de morte por infarto agudo do miocárdio, isquemia cardíaca e doenças cardíacas em geral. As organizações mundiais consideram as evidências: com o maior consumo de alimentos ricos em sal há maior retenção de líquido, o que aumenta o volume sanguíneo e piora a hipertensão. A Organização Pan-americana de Saúde fez uma recomendação assinada pelas Sociedades Brasileiras envolvidas no combate à pressão alta para que

se chegue a um consumo de 5 gramas de sal por dia com uma redução gradativa até 2015 ou 2020. (Diretrizes Brasileira de Hipertensão (SBC, SBH, SBN,2010)

- **INGESTÃO DE ÁLCOOL:**

A ingestão de álcool por períodos prolongados de tempo pode aumentar a PA e a mortalidade cardiovascular em geral. Em populações brasileiras, o consumo excessivo de etanol se associa com a ocorrência de HAS de forma independente das características demográficas.

- **SEDENTARISMO:**

A atividade física reduz a incidência de HAS, mesmo em indivíduos pré-hipertensos, bem como a mortalidade e o risco de DCV.

- **FATORES SOCIOECONÔMICOS:**

A influência do nível socioeconômico na ocorrência da HAS é complexa e difícil de ser estabelecida. No Brasil, a HAS foi mais prevalente entre indivíduos com menor escolaridade.

- **GENÉTICA:**

A contribuição de fatores genéticos para a gênese da HAS está bem estabelecida na população. Porém, não existem, até o momento, variantes genéticas que possam ser utilizadas para predizer o risco individual de desenvolver HAS.

- **OUTROS FATORES DE RISCO CARDIOVASCULAR:**

Os fatores de risco cardiovasculares frequentemente se apresentam de forma agregada. A predisposição genética e os fatores ambientais tendem a contribuir para essa combinação em famílias com estilo de vida pouco saudável. (MARIATH,2007)

5.6 Complicações

- **CORAÇÃO:**

A hipertrofia do ventrículo esquerdo (espessamento anormal do músculo cardíaco, resultante de uma sobrecarga crônica causada pelo aumento da pressão arterial) é uma das primeiras anormalidades cardíacas decorrentes da hipertensão arterial. Embora o seu diagnóstico possa ser feito pelo eletrocardiograma, o exame de ecocardiograma é mais preciso para essa finalidade.

A presença de hipertrofia ventricular em pacientes hipertensos confere um pior prognóstico, ou seja, um maior risco de outras complicações cardiovasculares, como o infarto do miocárdio, insuficiência cardíaca e derrame cerebral. Outras complicações cardíacas da hipertensão arterial são: angina do peito, infarto do miocárdio, insuficiência cardíaca, arritmias cardíacas e os distúrbios da condução elétrica do coração.

- **CÉREBRO:**

A isquemia cerebral transitória é uma disfunção neurológica reversível, geralmente, durando poucos minutos. O acidente vascular cerebral ou derrame cerebral é uma disfunção neurológica mais duradoura, podendo deixar sequelas graves. O derrame cerebral poderá ser causado por uma obstrução ou sangramento de uma artéria cerebral (acidente vascular cerebral isquêmico e hemorrágico, respectivamente). A demência vascular é a perda progressiva das funções mentais, como a memória e a concentração. Esta condição é fruto do comprometimento de pequenos vasos no cérebro, que são os derrames lacunares.

- **RINS:**

A hipertensão arterial crônica leva a uma disfunção renal, inicialmente detectada através de pequenas perdas urinárias de proteínas. Com o passar do tempo, essa perda poderá tornar-se crescente (microalbuminúria, macroalbuminemia e proteinúria). Numa etapa posterior, poderá surgir uma falência dos rins (insuficiência renal crônica). A hipertensão arterial e o diabetes melito são a principal causa de insuficiência renal crônica no Brasil.

- **VASOS:**

A aterosclerose (formação de placas de gordura ou ateromas na parede das artérias) e as doenças da aorta (aterosclerose, aneurismas e dissecação aórtica aguda) estão diretamente relacionados à hipertensão arterial crônica.

- OLHOS:

A hipertensão arterial acarreta um comprometimento da retina (retinopatia hipertensiva), podendo chegar à cegueira. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO; SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2011).

5.7 Tratamento não medicamentoso

O tratamento não medicamentoso é parte fundamental no controle da HAS e de outros fatores de risco para doenças cardiovasculares (DCV), como obesidade e dislipidemia. Esse tratamento envolve mudanças no estilo de vida (MEV) que acompanham o tratamento do paciente por toda a sua vida.

Entre as MEV está a redução no uso de bebidas alcoólicas. O álcool é fator de risco reconhecido para hipertensão arterial e pode dificultar o controle da doença instalada. A redução do consumo de álcool reduz discretamente a pressão arterial, promovendo redução de 3,3mmHg (IC95%¹: 2,5 – 4,1mmHg) em pressão sistólica e 2,0mmHg (IC95%: 1,5 – 2,6mmHg) em diastólica. (NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CLINICAL EXCELLENCE, 2011; MOREIRA et al, 1999).

Outro ponto a ser observado é o uso de anticoncepcionais hormonais orais. A substituição de anticoncepcionais hormonais orais por outros métodos contraceptivos promove a redução da pressão arterial em pacientes hipertensas. (LUBIANCA et al., 2005; ATTHOBARI et al., 2007).

Embora fumar seja um fator de risco para o desenvolvimento de DCV, o papel do tabagismo como fator de risco para HAS não está, ainda, bem definido (GUPTA; SINGH; GUPTA, 2004). Estudo realizado na Índia mostrou uma relação significativa do tabagismo com a prevalência da HAS (GUPTA; GUPTA, 1999). Fumar um cigarro eleva momentaneamente a pressão arterial, podendo, o seu efeito se manter por até duas horas (GUPTA; SINGH; GUPTA, 2004). Estudos estimam um aumento de até 20mmHg na pressão sistólica após o primeiro cigarro do dia. Além disso, o cigarro aumenta a resistência às drogas anti-hipertensivas, fazendo com que

elas funcionem menos que o esperado (FERREIRA et al, 2009; CHOBANIAN et al., 2003).

O tabagismo também aumenta o risco de complicações cardiovasculares secundárias em hipertensos e aumenta a progressão da insuficiência renal. Além disso, a cessação do tabagismo pode diminuir rapidamente o risco de doença coronariana entre 35% e 40% (KAPLAN, 2010).

A adoção de hábitos saudáveis, como alimentação, diminuição do consumo de álcool, prática de atividade física, controle do peso e abandono do tabagismo são medidas de vital importância no tratamento da Hipertensão Arterial e na prevenção de complicações relacionadas com a doença.

5.8 Tratamento medicamentoso

A decisão de quando iniciar medicação anti-hipertensiva deve ser considerada avaliando a preferência da pessoa, o seu grau de motivação para mudança de estilo de vida, os níveis pressóricos e o risco cardiovascular.

Pessoas com alto risco cardiovascular ou níveis pressóricos no estágio 2 (PA \geq 160/100mmHg) beneficiam-se de tratamento medicamentoso desde o diagnóstico para atingir a meta pressórica, além da mudança de estilo de vida (BRITISH HYPERTENSION SOCIETY, 2008).

Pessoas que não se enquadram nos critérios acima e que decidem, em conjunto com o médico, não iniciar medicação neste momento, podem adotar hábitos saudáveis para atingir a meta por um período de três a seis meses. Durante esse intervalo de tempo devem ter a pressão arterial avaliada pela equipe, pelo menos, mensalmente. Quando a pessoa não consegue atingir a meta pressórica pactuada ou não se mostra motivada no processo de mudança de hábitos, o uso de anti-hipertensivos deve ser oferecido, de acordo com o método clínico centrado na pessoa.

O tratamento medicamentoso utiliza diversas classes de fármacos selecionados de acordo com a necessidade de cada pessoa, com a avaliação da presença de comorbidades, lesão em órgãos-alvo, história familiar, idade e gravidez. Frequentemente, pela característica multifatorial da doença, o tratamento da HAS requer associação de dois ou mais anti-hipertensivos (BRASIL, 2010).

Com a redução de 5 mmHg na pressão diastólica ou 10mmHg na pressão sistólica, há redução aproximada de 25% no risco de desenvolver cardiopatia isquêmica e de 40% no risco de apresentar AVC (BRASIL, 2006).

É indispensável atentar-se para a adesão continuada ao tratamento.

Antes de substituir o anti-hipertensivo que se mostra ineficaz, deve-se garantir o uso de doses adequadas. Ocorrência de efeitos adversos significativos ou continuada ineficácia indicam a necessidade de substituição, em vez do uso de doses mais altas. Pacientes sob tratamento com três anti-hipertensivos em doses adequadas, incluindo um diurético, com adesão conferida e sem pressão controlada, têm hipertensão resistente. Esses pacientes devem ser referidos a serviços especializados.

6 METODOLOGIA

6.1 Tipo de pesquisa.

A pesquisa se baseia em um projeto de intervenção. O Projeto de intervenção fundamenta-se nos pressupostos da pesquisa-ação. Fundamentando-se na relação dialética entre pesquisa e ação, a pesquisa tem a como função de transformar a realidade com o intuito de modificar os conhecimentos e fatores de risco sobre a Doença.

6.2 Local e período

O projeto de intervenção foi desenvolvido no município de São Benedito, Ceará, na UBS da localidade de Lagoa I, no período compreendido de dezembro 2017 a maio 2018. A UBS atende a uma população de 2136 habitantes. A equipe que trabalha na UBS é composta por 01 médico, 01 enfermeiro, 01 Cirurgião-Dentista, 05 agentes comunitários de saúde, 01 auxiliar de saúde bucal e 01 técnico de enfermagem.

Ao longo do processo da intervenção foram desenvolvidas ações de monitoramento e de ajustes no mesmo.

6.3 População e amostra

A população que sofreu a intervenção foi composta por:

- a) Dentro a população coberta pela UBS, 2136 habitantes, foram selecionados uma mostra de 182 pacientes hipertensos cadastrados no posto, pelos Agentes Comunitários de saúde (ACS), segundo estatística pessoal da médica, e prévia revisão dos prontuários correspondentes e residentes na área, com diagnóstico médico confirmado de Hipertensão Arterial segundo os padrões brasileiros para diagnóstico de Hipertensão Arterial Sistêmica em pacientes maiores de 18 anos.
- b) Critérios de inclusão: pacientes hipertensos cadastrados na Unidade Básica de Saúde, com diagnóstico de Hipertensão Arterial há mais de um ano, sem evidências de complicações, pacientes que não tiveram diagnóstico de transtornos mentais.

c) Critérios de exclusão: aqueles que não desejaram formar parte do estúdio mesmo, e que não cumpram com os critérios de inclusão, assim como os que ficaram internados no hospital ou foram a óbito durante o projeto.

Na etapa diagnóstica, pacientes foram informados sobre o estudo, e o seu consentimento foi solicitado para participar do mesmo de forma escrita. (Apêndice – A).

Também foram participantes da intervenção os profissionais de saúde atuantes na equipe de saúde do PSF de Lagoa I.

6.4 Coleta de dados e implementação do plano

Foi realizada uma capacitação, com periodicidade semanal e duração de uma 90 minutos com os membros da equipe (enfermeira, auxiliar de enfermagem, odontologista e 5 agentes comunitários de saúde) com relação aos conhecimentos e comportamentos relacionados com a Hipertensão Arterial e suas consequências, à aplicação do instrumento de avaliação, educação em Hipertensão, e estratégias de comunicação sobre o tema por meio de palestras.

Foram implementadas estratégias de educação em saúde com os pacientes hipertensos em pequenos grupos de 20 a 30 pessoas, uma vez por semana, durante 90 minutos, durante doze semanas, para alcançar uma maior eficácia das técnicas de ensino. Nestas atividades utilizou-se metodologias ativas de ensino e aprendizagem como simulações, dramatizações, relatórios de experiências de maneira que o processo de ensino e aprendizagem foi compartilhado entre profissionais de saúde e pessoas com Hipertensão Arterial.

Nos momentos antes e depois das oficinas de educação em saúde foram aplicados questionários para avaliar o nível de conhecimento sobre a doença antes e depois das atividades educativas, (Apêndice -B). Essas oficinas temáticas foram destinadas a todos os pacientes com hipertensão agendados nessas consultas e buscaram aumentar o nível de conhecimento e troca de experiências entre os pacientes. Nesses grupos foram aplicadas as técnicas afetivo-participativas, como a discussão em grupo, a chuva de ideias, entre outras. Os temas foram programados visando modificar os fatores de risco identificados no questionário, mas poderão ter variações conforme o interesse dos participantes. Tivemos como destaque o uso

correto da medicação prescrita, atividade física, alimentação saudável, redução de sal, gorduras, bebidas alcoólicas e do estresse.

Foram reforçados esses conhecimentos nas consultas de enfermagem, médica e visitas domiciliares, usando como matérias de apoio banners, figuras, materiais de enfermagem e outros.

As informações obtidas durante as consultas de acompanhamento médico foram registradas no prontuário dos pacientes, as palestras públicas e outras atividades participativas na comunidade, coletando-se sua relatoria na pasta de atividades de educação para a saúde, e se ofereceu informação à secretaria da saúde.

Os dados foram processados em um computador Core i5 com ambiente Windows 10. Todos os textos, imagens e gráficos foram processados em Microsoft Word® e Excel® de 2017, a partir da consolidação dos itens dos questionários aplicados segundo variáveis selecionadas, apresentado os dados em números absolutos, porcentagem e distribuição de frequências absolutas.

6.5. Avaliação e Monitoramento

Ao concluir as oficinas, foi disponibilizada, pelas técnicas de enfermagem, uma folha em branco ao paciente e foram solicitados que eles escreverem sua opinião sobre a atividade e os conhecimentos adquiridos. Também se solicitou aos pacientes que eles descreverem dúvidas não solucionadas quanto a sua patologia e sugiram questões para as próximas oficinas. Dada à necessidade de continuidade do projeto e que cada paciente participe, pelo menos duas vezes dos encontros, é de vital importância adaptar as atividades propostas e as orientações para o contexto de nossa população para que os objetivos do projeto pudessem ser alcançados.

6.6. Considerações éticas

A eticidade da pesquisa implica em: consentimento livre e esclarecido (APÊNDICE A) dos indivíduos-alvo e a proteção a grupos vulneráveis e aos legalmente incapazes (autonomia); ponderação entre riscos e benefícios, tanto atuais como potenciais, individuais ou coletivos (beneficência), comprometendo-se com o máximo de benefícios e o mínimo de danos e riscos, garantia de que danos previsíveis

serão evitados. As pesquisas envolvendo seres humanos devem atender às exigências éticas e científicas fundamentais, definidas na resolução nº 466/12, do Conselho Nacional de Saúde/ Ministério da Saúde. (BRASIL,2013). Os indivíduos que concordaram em participar da pesquisa foram contatados de maneira informal avisados na ocasião em que se explicou o assunto da pesquisa, bem como os objetivos da investigação e os aspectos éticos que envolvem a pesquisa com seres humanos, com a garantia da confidencialidade, do anonimato com emprego das informações somente para os fins previstos na pesquisa. Os sujeitos poderiam retirar-se a qualquer momento do projeto de intervenção, caso se sintam constrangidos ou não tivessem interesse de participar das atividades propostas. Foram respeitados todos os princípios.

6.7 Plano de intervenção

Ação	Responsável	Recursos	Período	Indicador	Resultados esperados
Apresentação do projeto a equipe da ESF	Médico	Computador	Dezembro 2017	Realização da ação	Empoderar a equipe e sensibilizá-la
Atividade de capacitação aos membros da equipe da ESF.	Médico	Canetas Folhas Computador Cadeiras	Janeiro 2018	- Número de participantes. - Realização da ação	Capacitar a equipe para uma abordagem adequada.
Apresentação do projeto aos pacientes participantes	Médico. Enfermagem. Técnico de enfermagem. ACS	Computador	Fevereiro 2018	- Realização da ação. - Número de participantes.	Sensibilização e adesão dos participantes.
Solicitação do consentimento aos pacientes participantes	Médico. Enfermagem.	Canetas. Folhas. Mesa.	Março 2018	número de participantes.	Sensibilização e adesão dos participantes.

(Apêndice -A)	Técnico de enfermagem. ACS	Cadeiras			
Aplicação do questionário aos pacientes participantes (Apêndice - B)	Médico. Enfermagem. Técnico de enfermagem. ACS	Canetas. Folhas. Mesa. Cadeiras	Março 2018	Número de questionários preenchidos	Identificar fragilidades no processo.
Avaliação em equipe do resultado do questionário e determinação dos aspectos principais a modificar dentro do programa educativo	Médico. Enfermagem. Técnico de enfermagem. ACS	Computador Canetas. Folhas. Mesa. Cadeiras	Abril 2018	Realização da ação	Conhecimento sobre fragilidades e potencialidades do processo.
Aplicação do programa educativo em relação a conhecimentos e comportamentos relacionados com Hipertensão arterial e a consequências de a doença	Médico. Enfermagem. Técnico de enfermagem. ACS	Computador Mesa. Cadeiras	Maio 2018	Número de participantes.	Aumentar os conhecimentos quanto a hipertensão

7 ANÁLISE DE DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A Intervenção Educativa foi feita a um grupo de pacientes com HAS de nossa área de abrangência. Para alcançar os objetivos propostos neste estudo, foram implementadas ações de prevenção e promoção em saúde, dirigidas a lograr mudanças no estilo de vida prejudiciais para a saúde e a redução dos fatores de risco modificáveis para obter uma melhor qualidade de vida nos pacientes com esta doença crônica. Através da realização de reuniões em grupos a pacientes hipertensos, tivemos a oportunidade de instruir estas pessoas com palestras educativas, e a utilização de recursos áudios visuais e uso de folhetos com informações educativas.

A população de estudo foi composta por um total de 182 pacientes com HAS pertencentes ao PSF Lagoa I, município São Benedito, uma vez que deram o seu consentimento para o estudo, durante os meses de dezembro 2017 a maio, do ano 2018.

As reuniões foram realizadas na Associação Comunitária, a qual fica localizada próximo ao nosso PSF. Os pacientes foram divididos em seis grupos (I, II, III, IV, V, VI), completando dessa forma os 100 % da amostra. Cada grupo participou nos encontros que foram realizados semanalmente sempre nas segundas feiras de cada semana das 10:00 às 11:00 horas, com uma assistência total 95 % em cada encontro. Mediante a realização destas reuniões, foi possível conhecer mais de nossos pacientes, seus estilos de vida e fatores de risco. Além disso, analisamos seus prontuários durante as consultas agendadas, consultas demandadas, na consulta do atendimento de Hipertensão feitas regularmente e também nas visitas domiciliares para completar a informação necessária para o estudo.

Na realização das atividades educativas foi importante o apoio ativo de todos os membros da equipe de saúde e em especial dos agentes comunitários de saúde que informaram a todos os pacientes sobre as reuniões.

Os temas tratados nas palestras educativas foram sobre o conceito da doença, epidemiologia, principais sintomas e sinais, fatores de riscos modificáveis e não modificáveis, as complicações mais frequentes e a importância de cumprir com o tratamento não medicamentoso e medicamentoso, com o objetivo de aumentar a responsabilidade e corresponsabilidade dos pacientes para com sua saúde. Utilizou-se uma linguagem acessível aos pacientes para uma melhor compreensão, visto que a maioria tem um baixo nível cultural e alguns são analfabetos. Apesar disso, os

pacientes tiveram participação ativa nos debates e expressaram suas ideias corrigindo equívocos que tinham em muitos aspectos desta doença.

Na primeira reunião foi aplicado um questionário para coletar os dados gerais dos pacientes como idade, raça, sexo, nível cultural e o nível de informação que estes pacientes tinham de HAS.

Na segunda reunião através da palestra educativa abordada pela enfermeira e a médica, verificou-se o nível de conhecimento dos pacientes sobre este tema.

No debate contou-se com a participação recíproca entre os pacientes e os membros da equipe acerca de assuntos relacionados à Hipertensão.

Na última reunião dos grupos, foi feita uma palestra educativa sobre a realização de exercícios físicos regularmente para evitar uma vida sedentária e obesidade, manter uma dieta saudável, assistir a consultas especializadas para o abandono do hábito de fumar e alcoolismo, fazer o tratamento de forma regular, medir sua pressão arterial com frequência, evitar o stress e o uso de algumas drogas que aumentam a pressão arterial. Depois foi repetido o mesmo questionário aplicado no início da intervenção, para comprovar o impacto que as palestras educativas causaram nos pacientes, e os resultados foram satisfatórios uma vez que os pacientes no estudo em questão adquiriram os conhecimentos necessários sobre HAS.

Ao realizar todas as atividades de promoção e educação em saúde planejada e recolher os dados que correspondem aos objetivos de nosso projeto de intervenção, foi feita a análise das informações obtidas. Os resultados foram expressos em tabelas para uma melhor compreensão da realidade da Hipertensão Arterial na nossa comunidade e o impacto causado com nossa estratégia de intervenção.

Tabela 1: Distribuição dos pacientes com HAS por grupo de idade e sexo, UBS Lagoa I, dezembro 2017-maio 2018.

Faixa etária	Sexo				Total	
	Masculino		Feminino		Número	%
	número	%	número	%		
18-39 anos	12	6.5	15	8.2	27	14.8
40-49 anos	15	8.2	19	10.4	34	18.7
50-59 anos	10	5.4	21	11.5	31	17.0
60 anos e mais	38	20.8	52	28.6	90	49.5
Total	75	41.2	107	58.8	182	100

Fonte: questionário e ficha individual dos pacientes 2017-2018

Na tabela1, observa-se que é mais frequente a Hipertensão Arterial em mulheres com um total de 107 pacientes 58.8 %, seguido do sexo masculino com 75 pacientes 41.2 %. A literatura descreve que a prevalência global de HAS entre homens e mulheres é semelhante, embora seja mais elevada nos homens até os 50 anos, o qual não ocorre no nosso estudo, posto que sempre fosse, mas frequente na mulher, invertendo-se a partir da quinta década, a hipertensão arterial torna se mais frequente em mulheres, pois em geral, ela se expõe a situações especiais que por si só contribuem para o surgimento de HAS - o uso de contraceptivo oral, a gestação e a própria menopausa.(Brasil,2010).

O grupo etário que mais possui pacientes hipertensos é o grupo de 60 anos ou mais, com 90 pacientes estima-se um percentual de 49.5 %, o qual nos permite confirmar que o risco de HAS aumenta com a idade. Estes resultados coincidem com o artigo publicado por Chaves ES, Eficácia de programas para adultos portadores de hipertensão arterial, 2006 e com o artigo da Sociedade Brasileira de Hipertensão. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. Sociedade Brasileira de Hipertensão; Sociedade Brasileira de Cardiologia; Sociedade Brasileira de Nefrologia, 2010.

Tabela 2: Distribuição dos pacientes com HAS por raça e sexo, UBS Lagoa I, dezembro 2017-maio 2018.

Raça	Sexo				Total	
	Masculino		Feminino		número	%
	número	%	número	%		
Branca	19	10.4	33	18.1	52	28.6
Preta	38	20.8	63	34.6	101	55.5
Mestiça	11	6.0	18	9.8	29	15.9
Total	68	37.4	114	62.6	182	100

Fonte: questionário e ficha individual dos pacientes 2017-2018

Na tabela 2, observa-se que em nosso estudo foi mais frequente a HAS na raça negra com um total de 101 pacientes (55.5 %), e delas as mulheres negras com um total de 63 pacientes (34.6 %); estes resultados coincidem com os estudos realizados por MARIATH AB,2007 e FERREIRA ,2009.

Tabela 3. Distribuição dos pacientes com HAS por escolaridade, UBS Lagoa I, dezembro 2017-maio 2018.

Escolaridade	Número	%
Analfabeto	28	15.4
Ensino fundamental incompleto	53	29.1
Ensino fundamental completo	38	20.9
Ensino médio incompleto	26	14.3
Ensino médio completo	13	7.1
Ensino superior incompleto	10	5.5
Ensino superior completo	8	4.4
Universitário	6	3.3
Total	182	100

Fonte: questionário e ficha individual dos pacientes 2017-2018

Na tabela 3 mostra se que a maioria dos pacientes hipertensos neste estudo tem uma escolaridade baixa (ensino fundamental incompleto) com um total de 53 pacientes (29.1%), o que mostra que o nível cultural é muito importante para evitar ou

controlar esta doença, pois quanto maior a escolaridade, as pessoas ficam mais instruídas e tornam-se mais conscientes da importância da adoção de estilos de vida saudáveis para ter uma melhor qualidade de vida o qual concorda com o estudo da Sociedade Brasileira de Hipertensão Arterial. Diretrizes Brasileira de Hipertensão Arterial,2002.

Tabela 4. Distribuição dos pacientes com HAS por ocupação, UBS Lagoa I, dezembro 2017-maio 2018.

Ocupação	Número	%
Trabalhador	53	29.1
Estudante	13	7.1
Aposentado	78	42.9
Desocupado	38	20.9
Total	182	100

Fonte: questionário e ficha individual dos pacientes 2017-2018

Na tabela 4 pode se observar que a maioria dos pacientes hipertensos são aposentados, representando um total de 78 pacientes (42.9%), seguido dos trabalhadores com um total de 53 pacientes (29.1%). Deixando em evidência para a equipe que a maioria dos pacientes tem condições financeiras para manter uma dieta adequada, assim como para comprar alguns medicamentos necessários para o controle das doenças associadas (dislipidemias, doenças endócrino-metabólicas, entre outras).

Tabela 5. Distribuição dos pacientes com HAS por fatores de risco, UBS Lagoa I, dezembro 2017-maio 2018.

Fator de Risco	Número	%
Sedentarismo	85	46.7
Obesidade	52	28.6
Tabagismo	29	15.9
Dislipidemias	26	14.3
Alcoolismo	7	3.8
Hábitos dietéticos inadequados	48	26.3

Fonte: questionário e ficha individual dos pacientes 2017-2018

Na tabela 5 observou-se que o fator de risco de maior incidência foi o sedentarismo com um total de 85 pacientes cerca de 46.7%, seguido da obesidade com 52 pacientes (28.6%) e hábitos dietéticos inadequados com 48 pacientes (26.3%). Estes resultados concordam com a literatura, os indivíduos sedentários têm maiores taxas de HAS. constituindo um importante fator de risco para as doenças cardiovasculares. Indivíduos sedentários apresentam risco 30% maior de desenvolver HAS que os ativos. (MARIATH AB,2007).

O peso excessivo (sobrepeso ou obesidade) influencia marcadamente na elevação da pressão. Da mesma forma a ingestão excessiva de sal tem uma correlação direta com HAS. A ingestão excessiva de bebidas alcoólicas por tempo prolongado é também fator que agrega risco, mas no nosso estudo só temos 7 pacientes que são alcoólicos (3.8%).

A Hipertensão Arterial Sistêmica quando associada ao tabagismo aumenta o risco de doenças cardiovasculares; a nicotina presente no cigarro causa a diminuição do volume interno das artérias, provocando endurecimento ou arteriosclerose, além da aceleração da frequência cardíaca e, conseqüentemente, da hipertensão. O risco associado ao tabagismo é proporcional ao número de cigarros fumados e à profundidade da inalação e parece ser maior em mulheres do que em homens. (LOTUFO,2005).

No nosso estudo temos um total de 29 pacientes fumantes, um percentual de 19.3%, os hipertensos que fumam devem ser incansavelmente estimulados a abandonar esse hábito por meio de aconselhamento e medidas terapêuticas de suporte específicas.

Tabela 6. Doenças crônicas associadas aos pacientes com HAS, UBS Lagoa I, dezembro 2017-maio 2018.

Doenças crônicas	Número	%
Doenças cérebro vascular	6	3.3
Cardiopatia isquêmica	26	14.3
Diabetes mellitus	39	21.4
Insuficiência renal	4	2.1
Outras	21	11.5

Fonte: questionário e ficha individual dos pacientes 2017-2018

Na tabela 6 observa-se que a doença crônica de maior incidência nos pacientes de nosso estudo é a Diabetes Mellitus com um total de 39 pacientes (21.4%), seguido da Cardiopatia Isquêmica com 26 casos (14.3%). A tabela mostra que a grande maioria dos pacientes de nosso estudo têm Diabetes Mellitus e associadas, estas duas doenças causam serias complicações para os seres humanos tais como Insuficiência Renal e doenças Cérebro Vascular, que dia por dia aumentam mais a sua prevalência no mundo causando muitas mortes, além dos altos custos econômicos para o país. Esta afirmação está de acordo com as observações feitas por literaturas que afirmam que a HAS é um dos mais importantes fatores de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais, sendo responsável por pelo menos 40% das mortes por acidente vascular cerebral, por 25% das mortes por doença arterial coronariana e, em combinação com o diabete, 50% dos casos de insuficiência renal terminal. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO; SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2011).

Tabela 7. Prevalência dos fatores de riscos respeito à intervenção educativa, UBS Lagoa I, dezembro 2017-maio 2018.

Fatores de risco	Antes da intervenção		Depois da intervenção	
	Número	%	Número	%
Obesidade	52	28.6	46	25.2
Tabagismo	29	15.9	23	12.6
Sedentarismo	85	46.7	40	21.9
Dislipidemias	26	14.3	12	6.6
Alcoolismo	7	3.8	5	2.7
Hábitos dietéticos inadequados	48	26.3	14	7.7

Fonte: questionário e ficha individual dos pacientes 2017-2018

Modificações de estilo de vida são de fundamental importância no processo terapêutico e na prevenção da HAS. A alimentação adequada, sobretudo quanto ao consumo de sal, controle do peso, prática de atividade física, tabagismo e uso excessivo de álcool, são fatores de risco que devem ser adequadamente abordados e controlados, mesmo assim com as doses adequadas de medicamentos, se não

controlam se estes fatores não conseguirem alcançar os níveis recomendados de pressão arterial. (MARIATH AB,2007).

Na tabela 7 observa-se que o fator de risco que mais mudou foi, o sedentarismo, posto que antes da intervenção educativa havia um número de 85 pacientes 46.7% e depois foi de apenas 40 pacientes (21.9%), muitos pacientes passaram a fazer caminhadas e outros se incorporaram á pratica de exercício em academias com supervisão de um preparador físico.

O segundo fator de risco que obteve uma mudança significativa foram os hábitos dietéticos inadequados com 14 pacientes representando 7.7%. Após a intervenção os pacientes aprenderam a importância de fazer uma dieta saudável e redução de sal para controlar sua doença. O tabagismo baixou sua prevalência de 29 para 23 casos, cerca de 12.6 % no final do estudo, o qual é muito significativo por tratar-se de um hábito difícil de eliminar pela adição que provoca nos pacientes.

Com relação aos pacientes com dislipidemias também diminuiu a sua prevalência de 26 pacientes a 12 casos representando 6.6% após intervenção, pois foi imposto aos pacientes, tratamento médico com hipocolesterolêmicos vias oral e medidas higiênico dietéticas adequadas, conseguindo-se diminuir este fator de risco naqueles pacientes com índices lipídicos relativamente altos.

Quanto a obesidade e o alcoolismo não obtivemos resultados significativos até o momento da conclusão da intervenção, porque são condições que demoram a ter resultados esperados a curto prazo, mas os pacientes ficaram conscientes da necessidade de mudar esses estilos de vida prejudiciais à saúde.

9 RECURSOS NECESSÁRIOS

Material Permanente e Equipamentos			
Especificações	Quantidade	Fonte	Custo Total (R\$)
Equipamento médico	1	SMS	-
Pen drive	1	Própria	25,00
Computador	1	Própria	1.800,00
Subtotal R\$ 1.825,00			
Material de Consumo			
Especificações	Quantidade	Fonte	Custo Total (R\$)
Cadeiras; mesas	30;13	SMS	250,00
Caneta; lápis; folhas;	10; 25; 400	SMS	50,00
Subtotal R\$ 300,00			
Recursos Humanos			
Especificações	Quantidade	Fonte	Custo Total (R\$)
Equipe de Saúde da Família	1	SMS	-
Agentes Comunitárias	5	SMS	-
Subtotal R\$ 00,00			

Custo total do projeto R\$	2.125,00
-----------------------------------	-----------------

10 CONCLUSÃO

Ao aplicar a estratégia de intervenção educativa, foi possível atuar sobre os pacientes adultos que possuem diagnóstico de Hipertensão Arterial participantes do estudo na área de abrangência através de atividades de promoção e prevenção de saúde, para assim estimular a mudança de estilos de vida prejudiciais para sua saúde e ajudar a incentivar a percepção de risco. Os objetivos propostos na investigação foram plenamente atendidos, caracterizando aos pacientes segundo idade, sexo, raça, escolaridade e ocupação. Determinando assim os fatores de riscos que apresentavam os pacientes em estudo agindo sobre os mesmos.

Conseguiu-se mudar alguns fatores de risco, porém outros não foram possíveis na sua totalidade, como o alcoolismo e a obesidade, pelo fato de que para se obter melhores resultados necessita-se do desenvolvimento destas atividades em um maior período de tempo, porque são condições que demoram a ter resultados esperados a curto prazo. Mas os pacientes estão conscientes da necessidade de mudar esses estilos de vida prejudiciais à saúde, garantindo a continuidade destas ações para a população. Elevou-se o nível de conhecimento dos pacientes e dos profissionais sobre esta doença crônica. Além disso, foram avaliados os resultados do impacto da intervenção educativa nos pacientes estudados, garantindo assim, que o projeto tivesse uma boa aceitação por parte da população, além de um impacto positivo, pois logrou-se mudar um grupo importante de fatores de risco. Os pacientes se sentiram satisfeitos com a atenção de saúde brindada e participaram nas atividades planejadas por nossa equipe de saúde.

Baseado nas fragilidades considera-se importante aumentar o número de atividades de promoção e prevenção de saúde, assim como continuar incentivando a participação dos pacientes às atividades educativas. Continuar fazendo capacitações sobre Hipertensão Arterial aos integrantes da equipe de saúde para oferecer atividades educativas de qualidade, além do acompanhamento dos pacientes com esta doença. Estimular ao aumento da responsabilidade e corresponsabilidade dos pacientes para com sua saúde para assim, garantir um trabalho de boa qualidade nas comunidades, nas ações de prevenção e promoção de saúde, tendo como objetivo final melhorar a qualidade de vida dos pacientes com Hipertensão Arterial.

REFERÊNCIAS

ACHUTTI AC, ACHUTTI VAR. **Aspectos epidemiológicos**. In: Amodeu C, Lima EG, Varquez EC. Hipertensão arterial. São Paulo (SP): Sarvier; 1997. p.11-22.

ATTHOBARI, J. et al. **The impact of hormonal contraceptives on blood pressure, urinary albumin excretion and glomerular filtration rate**. British journal of clinical pharmacology, Oxford, v. 63, n. 2, p. 224-231, fev. 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Acolhimento à demanda espontânea: queixas mais comuns na atenção básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. (Cadernos de Atenção Básica, n. 28, v. 2)

BRASIL. Resolução CNS/MS nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Estabelece os aspectos éticos da pesquisa envolvendo seres humanos. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, n.12,13 jun.2013. Seção I, p. 59.

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde, Diretoria da Atenção Básica, Ministério da Saúde. **Cadernos de Atenção Básica: hipertensão arterial sistêmica para o SUS**. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde.2006. 58 p.

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde, Diretoria da Atenção Básica, Ministério da Saúde. **Cadernos de Atenção Básica: hipertensão arterial sistêmica para o SUS**. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde.2006a.

BRITISH HYPERTENSION SOCIETY. Royal College of Physicians. **Management in adults in primary care: pharmacological update**. Hypertension. NICE Clinical Guideline 18. Disponível em: <<http://www.nice.org.uk/CG018>>. Acesso em: 5 dez. 2017.

CHAVES ES, LÚCIO IML, ARAÚJO TL, DAMASCENO, MMC. **Eficácia de programas para adultos portadores de hipertensão arterial**. Rev. Bras. Enferm. 2006; 59 (4): 543–47.

CHOBANIAN, A. V. 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, [S.l.], v. 289, p. 2560-2572, dez. 2003.

FERREIRA, S. R. S. et al. **Protocolo de Hipertensão Arterial Sistêmica para a Atenção Primária em Saúde**. Gerência de saúde Comunitária. Grupo Hospitalar Conceição. Porto Alegre: [s.n.], 2009.

GASQUES JCP, ROLAND DMS, CESARINO CB. **Caracterização da crise hipertensiva em pacientes de grupos de hipertensão de um ambulatório-escola**. REnferm UERJ. 2008; 16 (1): 46-50.

GUPTA, R.; SINGH, V.; GUPTA, V. P. **Smoking and Hypertension: the Indian scenario**. South Asian Journal of Preventive cardiology, Jaipur, India, 2004. Disponível em: <www.sajpc.org/vol7/vol7_2/smokingandhypertension.htm>. Acesso em: 25 jan. 2018.

KAPLAN, N. M.; ROSE, B. D. **Treatment of hypertension in the blacks**. Disponível em: <<http://www.uptodateonline.com>>. Acesso em: 7 dez. 2017.

KIKUYA, M. et al. **Diagnostic thresholds for ambulatory blood pressure monitoring based on 10 year cardiovascular risk**. Circulation, Baltimore, v. 115, n. 16, p. 2145-2152, apr. 2007.

LOTUFO PA. **Epidemiologia da hipertensão arterial no Brasil**. In: Tratado de Cardiologia SOCESP. Barueri: Manole; 2005. p. 395- 404.

LUBIANCA, J. N. et al. **Stopping oral contraceptives: an effective blood pressure-lowering intervention in women with hypertension**. Journal of Human Hypertension, London, v. 19, n. 6, p. 451-455, jun. 2005.

MANCIA, G. et al. **Long-term risk of mortality associated with selective and combined elevation in office, home, and ambulatory blood pressure**. Hypertension, Dallas, v. 47, n. 5, p. 846-853, may, 2006.

MARIATH AB, GRILLO LP, SILVA RO, SCHMITZ P, CAMPOS IC, MEDINA JRP, et al. **Obesidade e fatores de risco para o desenvolvimento de doenças crônicas não transmissíveis entre usuários de unidade de alimentação e nutrição**. Cad Saúde Pública 2007; 23:897-905.

MOREIRA, W. D. et al. **The effects of two aerobic training intensities on ambulatory blood pressure in hypertensive patients: results of a randomized trial**. Journal of clinical epidemiology, New York, v. 52, n. 7, p. 637-642, Jul. 1999.

NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CLINICAL ExCELLENCE.

Hypertension: clinical management of primary hypertension in adults. London: NICE, 2011. Disponível em: <<http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/13561/56008/56008.pdf>>. Acesso em: 23 fev. 2018.

PARATI, G. et al. **European Society of Hypertension practice guidelines for home blood pressure monitoring.** Journal of human hypertension, London, v. 24, n. 12, p. 779-785, dec. 2010.

PIERIN MG, MION JUNIOR D. **Atuação da equipe de enfermagem na hipertensão arterial.** In: Instituto para o desenvolvimento da Saúde, USP, Ministério da Saúde. Manual de Enfermagem: Programa de Saúde da Família. Brasília.2001; p. 149-54.

RIBEIRO AB. **Atualização em hipertensão arterial: clínica, diagnóstico e terapêutica.** São Paulo (SP): Atheneu, 1996.

SEGA, R. et al. **Prognostic value of ambulatory and home blood pressures compared with office blood pressure in the general population: follow-up results from the Pressioni Arteriose Monitorate e Loro Associazioni (PAMELA) study.** Circulation, Baltimore, v. 111, n. 14, p. 1777-1783, apr. 2005.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. **V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão.** Arq Bras Cardiol 2006; Fev:1-48.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. **VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão.** Arq Bras Cardiol. 2010; 95(4): 553 pp.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. **V Diretrizes de Monitorização Ambulatorial da Pressão Arterial (MAPA) e III Diretrizes de Monitorização Residencial de Pressão Arterial (MRPA).** Arquivos Brasileiros de Cardiologia, São Paulo, v. 97, n. 3, p. 1-24, set. 2011. Suplemento 3

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA / SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO / SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. **VII Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial.** Arq Bras Cardiol, n. 95, supl.1, p. 1-51, 2014.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO ARTERIAL. **Diretrizes Brasileira de Hipertensão Arterial. In: Anais do Congresso da Sociedade Brasileira de Hipertensão.** Campos do Jordão (SP); Fev 2002. São Paulo (SP): SBH; 2002. p. 40.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO ARTERIAL. **V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial.** Rev Bras Hipertensão. 2006; 13(4): 256-312.

SOUZA, C.M. **Educação em saúde: estratégia para o controle do diabetes mellitus na atenção primária no Brasil.** 2013. vii, [34] f., il. Monografia (Bacharelado em Enfermagem) —Universidade de Brasília, Brasília, 2013.

TALAEI M, SADEGHI M, MOHAMMADIFARD N, SHOKOUH P, OVEISGHARAN S, SARRAFZADEGAN N. **Incident hypertension and its predictors: the Isfahan Cohort Study.** J Hyertension. 2014;32(1):30-8.

APÊNDICE (S)

APENDICE -A

Eu: _____

Concordo em participar voluntariamente no estudo da intervenção educativa de Hipertensão Arterial, depois de ter ouvido as explicações feitas pelo autor em relação ao tema abordado, conhecimento e vantagens que eu vou começar a enfrentar esta enfermidade que eu sofro, comprometendo-me para cumprir as tarefas e lições tiradas de agendamento pelo médico.

Assinatura do Paciente

APENDICE -B (Instrumento de coleta de dados e nível de informação dos pacientes em estudo.)

Dados Gerais

Data da entrevista: ___/___/___

Sexo feminino (F)_____ masculino (M)_____

Data do nascimento: _____

Idade em anos cumpridos: _____ Escolaridade: _____

Ocupação/Profissão: _____

Raça: _____

Perfil Clínico:

Peso: _____ Altura: _____ IMC:_____ PA:_____

Questionário

1.O que você entende por Hipertensão Arterial? Marque com uma x a sua resposta.

- a) () A doença aguda, de etiologia variada caracterizado por diferentes sinais e sintomas sem pressão arterial elevada
- b) () Doença crônica de etiologia variada caracterizado por diferentes sinais e sintomas com pressão arterial elevada
- c) () Doença crônica de etiologia variada caracterizado por diferentes sinais e sintomas sem a pressão arterial elevada sem

2.Doenças associadas:

- a) () AVC
- b) () Diabetes Militou
- c) ()Doença renal crônica
- d) ()Cardiopatia
- e) ()Outras

3.Antecedentes patológicos familiares

- a) () AVC
- b) () Diabetes Militou
- c) () Doença renal crônica
- d) () Cardiopatia

e) () Outras

4. Fatores de risco associados:

a) () álcool

b) () Tabagismo

c) () Sedentarismo

d) () Dislipidemias

e) () Estresse

f) () Dieta rica em colesterol com hábitos alimentares inadequados.

g) () Outros fatores.