

ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA.

TÍTULO: A HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA NA
COMUNIDADE DE CAMPINAL, PRESIDENTE
EPITÁCIO, SÃO PAULO: UMA INTERVENÇÃO DA
EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA.

Aluno: Yanicel Riquenes Cabrera.

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso
de Especialização em Saúde da Família da Universidade
Federal do São Paulo/UMA-SUS, para obtenção do título
de Especialista em Saúde da Família.

Orientador (a): Luciane Cristine Ribeiro Rodrigues.

PRESIDENTE EPITÁCIO.SP

ABRIL, 2015

SUMÁRIO

1. Introdução	pag.03
2. Objetivos	
2.1. Objetivos Geral	pag.07
2.2. Objetivos Específicos	pag.07
3. Revisão Bibliográfica	pag. 08
3. Metodologia	
3.1 Sujeitos envolvidos nos benefícios da intervenção	pag. 11
3.2 Cenários da intervenção.....	pag. 11
3.3 Estratégias e ações.....	pag. 11
3.4 Avaliação e monitoramento.....	pag. 13
4. Resultados Esperados.....	pag. 14
5. Cronograma.....	pag.14
6. Referências.....	pag.15
7. Anexo1	pag. 18

INTRODUCCION

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é um grave problema de saúde pública no mundo e um fator de risco independente para doenças cardiovasculares, acidente vascular encefálico, infarto agudo do miocárdio e doença renal crônica terminal (1). Afetando um terço da população mundial. Apesar do risco que a HAS representa, a adesão à terapia anti-hipertensiva ainda é insatisfatória e permanece como desafio aos serviços de saúde e às políticas públicas, em especial na Atenção Primária à Saúde (APS). A grande maioria dos portadores de HAS não tem sua pressão controlada de forma efetiva, o que pode ser explicado pela baixa adesão ao tratamento. Estima-se que, entre os pacientes em tratamento, 75% a 92% não consigam manter a pressão arterial em níveis satisfatórios. (2)

Ao longo da vida, a probabilidade de um indivíduo se tornar hipertenso é de 90% (3). A HAS representa um dos maiores desafios em saúde pública no Brasil. Estima-se que 30% da população brasileira adulta com mais de 40 anos possa ter a pressão arterial elevada (4). Frente a isso, faz-se necessário que os profissionais de saúde tenham conhecimento atualizado dos aspectos epidemiológicos, diagnósticos e terapêuticos da HAS, a fim de assegurar uma correta abordagem da doença. (5)

As VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão (2010) ditadas pela Sociedade Brasileira de Cardiologia, preconizam a adoção de hábitos e estilos de vida saudáveis não só como forma de controle, mas também na prevenção da doença. Dentre eles destacam-se controle de peso corporal, estilo alimentar, redução do consumo de sal, abstinência de fumo, moderação na ingestão de bebida alcoólica e atividade física. Além disso destacam-se a falta de informação sobre a doença, a passividade do indivíduo em relação aos profissionais de saúde e à escolha do esquema terapêutico, e as representações negativas relacionadas à doença e ao tratamento(6). Dentre eles o curso assintomático da doença, a subestimação de suas reais consequências e a dificuldade de mudança de padrões comportamentais construídos ao longo do tempo. (7)

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é um problema grave de saúde pública no Brasil e no mundo. Ela 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 diabetes, 50% dos casos de

insuficiência renal terminal. Com o critério atual de diagnóstico de hipertensão arterial (PA 140/90 mmHg), a prevalência na população urbana adulta brasileira varia de 22,3% a 43,9%, dependendo da cidade onde o estudo foi conduzido. (8)

A principal relevância da identificação e controle da HAS reside na redução das suas complicações, tais como: Doença cerebrovascular, doença arterial coronariana, insuficiência cardíaca, doença renal crônica, doença arterial periférica. Sendo a terceira causa de morte segundo as Estatísticas Sanitárias Mundiais. (9)

Apesar da reconhecida possibilidade de prevenção de uma considerável parcela das doenças cardiovasculares por meio do controle adequado da pressão arterial e da adoção de hábitos de vida saudáveis, durante muitos anos não se observou por parte das instâncias dos governos federal, estaduais e municipais a adoção de políticas específicas e amplas medidas de intervenção que permitissem uma articulação de ações de prevenção, diagnóstico precoce, acompanhamento sistemático e tratamento dos hipertensos. No entanto programas como o Hiperdia, a atual Política de Atenção Básica, os Planos Nacionais de Enfretamento de Doenças Crônicas não Transmissíveis se mostram como marcos políticos para o controle e prevenção dessa condição. (10-11)

Presidente Epitácio é um município do interior de São Paulo, que tem uma população de 43 348 habitantes, o município tem 107 436 hipertensos cadastrados em 2014, deles com seguimento 27 062.

Especificamente na ESF Campinal constituída por 4 micro áreas, não existem estudos realizados, no entanto pela percepção diária, podemos perceber um aumento da incidência de complicações de HAS. Em Dezembro de 2014, tinham cadastradas 1942 pessoas, destas 386 com HAS cadastradas, no entanto este não é um dado confiável, uma vez que está subestimado.

Justificativa

Presidente Epitácio é um município do estado de São Paulo a 650 km dela e a 90 km da capital regional Presidente Prudente, tem como municípios limítrofes Caiua, Panorama e Teodoro Sampaio, o município encontra-se as margens do Rio Paraná, na região oeste do São Paulo. Localiza-se a uma latitude 21°45'53" Sul e a uma longitude 52°06'19" Oeste, estando a uma altitude de 310 metros. Sua população estimada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) era de 43 348 habitantes em 2014. É famosa por possuir uma bonita orla fluvial às margens do Rio Paraná. Possui uma área de 1281,779 km². Dados do Censo - IBGE – 2010.

População total: 41.318, com uma população urbana: 38.355, rural: 2.963, homens: 20.047 e mulheres: 21.271.

Campinal é uma das áreas rurais do município Presidente Epitácio, faz limite a norte com município de Panorama, oeste com o rio Paraná, leste com o município Caua, a sul com o centro da cidade.

Tem uma população total de 1942 dela maior de 15 anos e de 1647, com um total de 386 com uma porcentagem de 23,43% hipertensos predominando mais os homens 53,63% que as mulheres 46,37%, menores de 40 anos 27(6,99%) casos de hipertensão, com sequelas de acidente cerebral 12 até o mês de fevereiro do 2015.

Para a descrição do problema, a nossa Equipe de Saúde usa alguns dados fornecidos pelo Sistema de Informação de Atenção Básica e outros foram fornecidos pela própria equipe. Além disso, também foram selecionados os indicadores de alguns problemas de saúde relacionados com a Hipertensão (número de hipertensos, obesos, fumar, etc), a equipe de ação resolução destes problemas (cobertura controle dos hipertensos, etc).

Os profissionais de saúde da rede de atenção básica têm importância primordial nas estratégias de controle da hipertensão arterial, quer na definição do diagnóstico clínico e da conduta terapêutica, quer nos esforços requeridos para informar e educar o paciente hipertenso como de fazê-lo seguir o tratamento.

É preciso ter em mente que a manutenção da motivação do paciente em não abandonar o tratamento é talvez uma das batalhas mais árduas que profissionais de saúde enfrentam em relação ao paciente hipertenso. Para complicar ainda mais a situação, é importante lembrar que um grande contingente de pacientes hipertensos também apresenta outras comorbidades, como diabetes, dislipidemia e obesidade, o que traz implicações importantes em termos de gerenciamento das ações terapêuticas necessárias para o controle de um aglomerado de condições crônicas, cujo tratamento exige perseverança, motivação e educação continuada.

Conforme as considerações apresentadas, este projeto pretende divulgar a proposta de um programa de atendimento à população em risco de hipertensão que possa ser incorporado às atividades do Programa de Saúde da Família, onde as ações devem iniciar em momento do diagnóstico e ser realizado por meio de atendimento ambulatorial individualizado, visitas domiciliares e participação em grupos de educação.

Em decorrência dessa situação justifica-se a avaliação da implantação de ações o qual atuando com uma equipe prestadora de serviços na área temos a oportunidade de

divulgar e promover, melhorando a saúde e a qualidade de vida da população.

OBJETIVOS

Geral

- Implantar um programa para a diminuir a incidência da Hipertensão Arterial Sistêmica na população do Campinal, Presidente Epitácio - SP.

Específicos

- Identificar a população hipertensa e o nível de conhecimento dela antes da intervenção.
- Identificar indivíduos em situação de risco para a hipertensão presentes na população.
- Intervir diretamente de forma apropriada nos fatores de risco da doença.
- Inserir os fatores sociais da comunidade em a estratégia de prevenção.

Revisão Bibliográfica.

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial (PA). Associa-se frequentemente a alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo (coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos) e a alterações metabólicas.

A linha demarcatória que define HAS considera valores de PA sistólica ≥ 140 mmHg e/ou de PA diastólica ≥ 90 mmHg em medidas de consultório. O diagnóstico deverá ser sempre validado por medidas repetidas, em condições ideais, em pelo menos três ocasiões. (12)

É uma doença crônica e fator de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e doenças renais crônicas, que podem levar a morte, sendo um grave problema de saúde pública. O principal fator apontado para a falta de sucesso no controle da HAS e prevenção das comorbidades é a não adesão ao tratamento, e relaciona-se com a frequência de comparecimento as consultas, uso correto da medicação (tratamento farmacológico), e alterações comportamentais, que determinam o sucesso do tratamento não farmacológico (controle alimentar e prática de exercício físico). (13)

Dentre os fatores de risco da doença se enquadram: o excesso de peso, responsável por 20% a 30% dos casos, o alto consumo de sal cuja influência varia individualmente, sedentarismo e a ingestão de álcool que se associa ao índice de mortalidade cardiovascular bem como o tabagismo. A terapia farmacológica e não medicamentosa busca diminuir a pressão arterial, lesões em órgãos-alvo e doenças cardiovasculares.

A maioria das populações consomem mais sal do que o recomendado pela OMS para a prevenção da hipertensão arterial. O alto consumo de sal é um importante determinante de hipertensão e aumento do risco cardiovascular. (14)

Em 2012 o percentual de brasileiros hipertensos foi de 22,7% e segundo o ministério da saúde cerca de 17 milhões de pessoas são hipertensas atualmente no Brasil. É imprescindível, portanto o tratamento e controle dessa doença e para isso as medidas não farmacológicas parecem ser uma ferramenta essencial neste processo e a prevenção da mesma.

Atualmente, a hipertensão atinge em média de 30% da população brasileira, chegando a mais de 50% na terceira idade e está presente em 5% das crianças e adolescentes no Brasil, é responsável por 40% dos infartos, 80% dos acidentes vascular cerebral (AVC) e 25% dos casos de

insuficiência renal terminal. No mundo, de acordo com a OMS, cerca de 7 milhões de pessoas morrem a cada ano e 1,5 bilhão, adoecem por causa da pressão alta. As graves consequências da doença podem ser evitadas, desde que os hipertensos conheçam sua condição e mantenham-se em tratamento. (15)

As HAS tem alta prevalência e baixas taxas de controle. Os percentuais de controle de PA são muito baixos apesar das evidências de que o tratamento anti-hipertensivo é eficaz em diminuir a morbidade e a mortalidade cardiovasculares, devido à baixa adesão ao tratamento. Estudos isolados apontam controle de 20% a 40%. A taxa de abandono, grau mais elevado de falta de adesão, é crescente conforme o tempo decorrido após o início da terapêutica. A relação médico-paciente deve ser a base de sustentação para o sucesso do tratamento anti-hipertensivo. A participação de vários profissionais da área da saúde, com uma abordagem multidisciplinar, pode facilitar a adesão ao tratamento anti-hipertensivo e consequentemente aumentar o controle da hipertensão arterial.

Estima-se que 50% das pessoas com pressão alta não sabem disso, e dos que sabem apenas 25% são aderentes ao tratamento. Daí a importância de incentivarmos a aferição da pressão com regularidade e nos certificarmos de que a população entende o que eles significam. (16)

Prevenção primária tem muita importância as medidas não medicamentosas as mudanças de estilo de vida reduzem a PA, bem como a mortalidade cardiovascular. Hábitos saudáveis de vida devem ser adotados desde a infância e a adolescência, respeitando-se as características regionais, culturais, sociais e econômicas dos indivíduos. As principais recomendações não medicamentosas para prevenção primária da HAS são: alimentação saudável, consumo controlado de sódio e de álcool, ingestão de potássio e combate ao sedentarismo e ao tabagismo. Estratégias para implementação de medidas de prevenção implementação de medidas de prevenção contra a HAS representa um grande desafio para os profissionais e gestores da área de saúde. No Brasil, cerca de 75% da assistência à saúde da população é feita pela rede pública do SUS. A prevenção primária e a detecção precoce são as formas mais efetivas de evitar as doenças e devem ser metas prioritárias dos profissionais de saúde. (17)

Adesão ao tratamento A adesão ao tratamento é definida como o grau de coincidência entre a prescrição e o comportamento do paciente. Vários são os determinantes para não adesão ao tratamento. Os principais

determinantes da não adesão ao tratamento anti-hipertensivo 1. Falta de conhecimento por parte do paciente sobre a doença ou de motivação para tratar uma doença assintomática e crônica 2. Baixo nível socioeconômico, aspectos culturais e crenças erradas adquiridas em experiências com a doença no contexto familiar, e baixa autoestima 3. Relacionamento inadequado com a equipe de saúde 4. Tempo de atendimento prolongado, dificuldade na marcação de consultas, falta de contato com os faltosos e com aqueles que deixam o serviço 5. Custo elevado dos medicamentos e ocorrência de efeitos indesejáveis 6. Interferência na qualidade de vida após início do tratamento.

A hipertensão arterial sistêmica (HAS), doença crônica, silenciosa e de alta prevalência, é um problema de relevância para a saúde pública brasileira. Detecção precoce e conscientização de mudanças no estilo de vida são necessárias para o retardo do seu aparecimento. Assim, o Projeto de Extensão “Juntos contra a Hipertensão” da Universidade Federal do Estado Rio de Janeiro (UNIRIO), assumiu o desafio de combater e prevenir essa doença através de campanhas no Dia Nacional de Prevenção e Combate à Hipertensão (26 de abril). Esse dia é feito em todo o país a campanha da hipertensão. (18)

METODOLOGIA

Se realizara um estudo de intervenção na área de saúde de Campinal, da cidade de Presidente Epitácio, do Estado de São Paulo em um período de 1 ano para diminuir a incidência da Hipertensão arterial sistêmica e suas complicações.

O universo de estudo é da população de Campinal, de 1942 pessoas até dezembro de 2014, ela está dividida em 4 micro áreas, Agrovila 1, Agrovila 2, Agrovila 4 e Campinal divididas em 2 partes. Como mostra a população maior de 15 anos, de 1647, pessoas com fatores de risco que predisõem os indivíduos ao aumento da pressão arterial.

A herança genética é único fator que não é modificável, os outros fatores como hábito alimentar, hábitos tóxicos, estresse entre outros em excesso sim são possíveis de modificação. O trabalho será feito em a mesma ESF. Campinal, durante as consultas, visitas domiciliares, reuniões de grupos formados em posto.

A equipe de trabalho (ESF) está composto por 7 agentes de saúde, 5 técnicas de enfermagem, 1 enfermeira, 1 médico, 1 odontólogo, 1 auxiliar bucal.

Estratégias do plano de ação

Para o desenvolvimento deste plano de ação será fundamental:

- A parceria da Secretaria Municipal de Saúde para a execução e compromisso com as ações a serem desenvolvidas.
- Pesquisa ativa da população maior de 15 anos feitas pelos agentes comunitários, técnicas de enfermeiras, enfermeira, esta busca vai ser feita em as pré-consultas, consultas, nas casas.
- Informar a população sobre os riscos da hipertensão: a os maiores de 15 anos e grupos de riscos como: fumantes, sedentários e obesos pessoas com níveis altos de colesterol e triglicéridos. Vai a ser feitas palestras em os diferentes grupos que temos em posto como: grupos de idosos, adolescentes, puerperas, grávidas, e outros grupos de doenças crônicas não transmissíveis e com sequelas de complicações de Hipertensão arterial essencial para evitar que voltem complicações.
- Realização do questionário: com as variáveis nome, idade, sexo, raça, nível de escolaridade, estado civil, profissão, medicamentos em uso, hábitos tóxicos (sem fumar ou bebidas alcoólicas) e alimentares, peso, altura, IMC, circunferência abdominal, atividade física regular, outras doenças crônicas associadas, histórico familiar de hipertensão e sintomas associados a ansiedade. Será aplicado durante o período de investigação em as

consultas e pelos agentes e técnicas de enfermeiras a população maior de 15 anos da comunidade. Organização e Planejamento das ações:

- 1º Passo: Reunião com toda a equipe executora para formalizar e dividir as funções da equipe nas atividades do projeto.
- 2º Passo: Organização dos recursos didáticos a serem utilizados nas ações de educação em saúde.
- 3º Passo: Execução das atividades.
Atividades a serem executadas
- Reuniões feitas em as micro áreas em lugares preparados para elas, com a população para que aumente o número de multiplicadores de informação sobre Hipertensão e suas complicações e os fatores de risco. Tendo 386 hipertensos que representa um 19.88% da população maior de 15 anos.
- Aferir pressão arterial em todos os pacientes que vem à consulta médica maiores de 15 anos o a procurar outros serviços. Sendo hipertensos aqueles com valores tensionais de 140mmhg de pressão sistólica e diastólica de 90mmhg, sendo o limite e depois dela aumenta a mobilidade por hipertensos e os que tiveram nesta patologia diagnosticada no prontuário médico.
- Se algum caso de hipertensão for confirmado, será feito a classificação médica de pacientes como hipertensos. A classificação médica é realizada no consultório médico que irá indicar o tratamento farmacológico e não farmacológico. Com reavaliação de seu estado trimestral.
- Depois da identificação, tabulação e avaliação dos fatores de risco nos pacientes com hipertensão atendidos na unidade básica de saúde, os mesmos serão trabalhados em grupos, com palestras abordando os diferentes fatores de risco e sua prevenção. As palestras serão dirigidas a mudanças de alimentação saudável, diminuir os alimentos ricos em gorduras, sal com uma ingestão diária de 2,4g de sódio, incrementando a cultura da ingestão de frutas, vegetais, legumes. Falar sobre o controle de peso e a importância de manter ele de acordo a índice de massa corporal entre 20kg/m^2 e 25kg/m^2 , que tem que fazer exercícios físicos durante 30 o 45 minutos mínimo 3 vezes por semana o mais, aumentando sua intensidade por semana. Orientar quanto abandono da ingestão de álcool ou limitar seu consumo diário.
- Dinâmicas de grupo e individuais sem precisar, demonstrações de procedimentos de cuidado da hipertensão, discussões e troca de experiências entre os participantes, produção de material educativo, encaminhamento a outros profissionais quando indicado.

Avaliação e monitoramento:

O monitoramento das atividades será realizado pela equipe de saúde da família do Esf. Campinal que deverá olhar pelo interesse dos hipertensos e não hipertensos como fatores de risco da comunidade.

Assim também faremos avaliação mensal a través de o medico o qualquer pessoal do equipe capacitado participante do projeto para que as intercorrências sejam discutidas e buscar soluções necessárias e fazer ajustes necessários.

Nosso trabalho reúne os princípios de respeito, pelas pessoas, não maleficência, justiça e autonomia.

Os dados serão reunidos e tabulados com os materiais que temos em posto de saúde, como computadores, impressora, folhas em branco, canetas, dentre outros.

RESULTADOS ESPERADOS

A detecção precoce das alterações (fatores modificáveis) pode favorecer a adoção de políticas e ações de controle dos fatores de risco associados a hipertensão arterial com este plano de ação. Com isto uma maior responsabilidade pela equipe, as que permitirão melhorar o conhecimento dos fatores de risco pela população e os hipertensos poderão trabalhar na melhoria de sua qualidade de vida. Sendo assim, é possível a comunidade seja o ambiente favorecedor de ações de promoção de estilo de vida saudável, como alimentação adequada e atividade física, evitando que milhares de pessoas desenvolvam a hipertensão e diminuir as complicações.

CRONOGRAMA DE ATIVIDADES.

Atividades	Dezembro	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Maio
Elaboração do Projeto	X					
Estudo da Literatura	X	X	X	X	X	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

REFERÊNCIAS

Alves T. A; Macedo S. E; Mori S. F.Considerações sobre avaliação de estabelecimentos de saúde sobre gestão de OSS: o caso do Hospital Geral do Grajaú. Saude soc. Vol.19, No.3, 2010 Sep. Acesso em 02 Aug 2014 Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-12902010000300008&script=sci_arttext

Angos S. F; Pedro D. F; Alves N. A; Matumoto S. A; Produção do cuidado a usuários com Hipertensão arterial e as tecnologias em saúde. Rev. Esc. Enferm. USP. vol. 47 No.1. 2013 Feb. Acesso em: 02 Aug 2014. Disponível em:

[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342013000100014&lng=en.](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342013000100014&lng=en)

Barquera S, Lawrence Jean A. Reduction of sodium intake in the Americas : a public health imperative. Rev Panam SaludPublica, Vol. 32 No.4, 2012, p.251-252.

Bezerra G. E .Fatores de risco cardiovascular em adultos jovens de um município do Nordeste brasileiro. Rev. Bras. Enferm, Brasília , Vol. 65, No. 4, Aug. 2012 . Acesso em: 02 Aug 2014. Disponível em:

[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672012000400007&lng=en.](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672012000400007&lng=en)

Costa J, Barbosa da Silva. J. M, Juliana Martins, Ferreira da Silva M. R, Carvalho E. Freese de Avaliação da implantação da atenção à Hipertensão arterial pelas equipes de Saúde da Família do município do Recife (PE, Brasil). Ciênc. saúde Coletiva, Rio de Janeiro, Vol.16, No.2, Fev. 2011. Acesso em: 02 Aug 2014. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000200026&lng=en&nrm=iso

De Azevedo B. M. B, Bergamo F, Priscila M, Zanchetta L. M. Tendências das desigualdades sociais e demográficas na prevalência de doenças crônicas no Brasil, PNAD: 2003- 2008. Ciênc. Saúde Coletiva. Vol.16 No.9. 2011 Sep. Acesso em: 02 Aug 2014. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011001000012&lng=en

Piccini R. Promoção, prevenção e cuidado da hipertensão arterial no Brasil. Rev. Saúde Pública, vol.46 n.3, 2012 Jun.

Rabetti de Cassia A, Torres de Freitas S.F. Avaliação das ações em hipertensão arterial sistêmica na atenção básica. Rev. Saúde Pública. 2011. Acesso em 02 Aug 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102011000200004&lng=en

Santana de Freitas L.R, Posenato G. L. Evolução da prevalência do diabetes e deste associado à hipertensão arterial no Brasil: análise da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios, 1998, 2003 e 2008. Epidemiol. Serv. Saude. Vol.21 No.1, 2012. Acesso em 02 Aug 2014. Disponível em: http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742012000100002&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt

Sociedade Brasileira de Cardiologia. Departamento de Hipertensão Arterial. VI Diretrizes brasileiras de hipertensão. Rev Bras Hipertens. Vol.17 No.1, 2010.

Vasan R. Residual lifetime risk for developing hypertension in middle-aged woman and men: The Framingham Heart Study. JAMA. Vol. 287 No.8 p. 2002.

Ribeiro G. A, Minardi M.C.R, Siraiva da Silva L. Machdo R. R.S, Chaves Dias C.M, MinardiMitre S, Fantini Nogueira-Martins. M. C. Hipertensão arterial e orientação domiciliar: o papeles estratégico da saúde da família. Universidade Federal de Viçosa, Departamento de Nutrição e Saúde. Viçosa, MG, Brasil. Correspondência para/Correspondenceto: RMM COTTA. E-mail: <rmmmitre@ufv.br>

Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais, Fundação Educacional Lucas Machado. Belo Horizonte, MG, Brasil. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, Instituto de Saúde. São Paulo, SP, Brasil. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php>

Mota Pereira de Menezes A.M. Educação em saúde e Programa de Saúde da Família: atuação da enfermagem na prevenção de complicações em pacientes hipertensos. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php>

Geraldo Pierin A.M, Marroni S.N; Faleiros Taveira L. A; Martins Benseñor I.J. Departamento de Enfermagem-Médico-Cirúrgica, Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo. Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar 419, Cerqueira César. 05403-000 São Paulo SP.pierin@usp.br

Paula Sousa M. P, Graça Pereira; Intervenção na hipertensão arterial em doentes em cuidados de saúde primários. *Psic, Saúde&Doenças* Vol.15 No.1 Lisboa. mar. 2014. <http://dx.doi.org/10.15309/14psd150120>

Nakamura A. C, Brandi T. Albuquerque e ANDRADE JUNIOR Expedito Jose, Heitor Franco de. Preocupação com problemas de saúde durante viagem sem professores de uma gran de universidade na América Latina: descrição preliminar. *Rev. Inst. Med. trop. S. Paulo* [online]. 2013 , Vol.55, No.1, ISSN 0036-4665. <http://dx.doi.org/10.1590/S0036-46652013000100010>.

Sociedade Brasileira de Hipertensão. *Revista de Hipertensão Resumos. XXI Congresso Brasileiro de Hipertensão. Vol. 1. 2013.*

Anexo 1

Questionário.

Unidade: Esf. Campinal.

Data:

Ano 2015.

- 1) Nome: _____
Sexo : M___ F_____
- 2) Data do nascimento: _____ Idade: _____
- 3) Raça (informada por auto declaração): branca (), preta (),
parda (), amarela (), indígena ()
- 4) Nível de escolaridade: Alfabetizado (o) __ Sim __ Não
Estudos: nenhum (), fundamental (), médio (), superior ()
- 5) Estado Civil: Solteiro(a) __, Casado(a) __, Viúvo(a) __,
Divorciado(a) __, Union estável __
- 6) Profissão: _____
- 7) Medicamentos em uso:
- 8) Hábitos Tóxicos: fuma: sim (), quantos cigarros ao dia _____
não fuma ()
Bebidas alcoólicas: sim () quantas vezes por semana
não bebe ()
- 9) Hábitos alimentares: regula o sal na dieta: sim () não ()
regula os refrigerantes: sim () não (), regula as
gorduras: sim () não ()
regula a ingestão de carboidrato e farinhas: sim () não ()
- 10) Obesidade: sim () não () Peso: _____ Altura: _____
Circ. Abdominal: _____ IMC: _____
- 11) Você pratica atividade física regular (3x/semana mínimo)?
Sim () não ()
- 12) Você apresenta alguma doença crônica associada:
- 13) Você apresenta colesterol elevado: sim () como
controlou _____ não ()
- 14) Há casos na família de hipertensão arterial ou doenças
cardiovasculares? Sim () qual? Não ()
- 15) Tem dormido mal? Não (); sim um pouco (); sim bastante ()
; sim muito ()
- 16) Tem sentido constantemente agoniado e tenso? Não ();
sim um pouco (); sim bastante (); sim muito ()