

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

ANA IRIS GUERRERO ROGER

**MUDANÇAS NO ESTILO DE VIDA E REDUÇÃO DOS FATORES DE RISCO DA
HIPERTENSÃO ARTERIAL: ESTUDO DE INTERVENÇÃO**

**FORTALEZA
2015**

ANA IRIS GUERRERO ROGER

**MUDANÇAS NO ESTILO DE VIDA E REDUÇÃO DOS FATORES DE RISCO DA
HIPERTENSÃO ARTERIAL: ESTUDO DE INTERVENÇÃO**

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 (NUTEDS/UFC), como requisito parcial para obtenção do Título de Especialista.

Orientador: Prof^o. Dra. Monaliza Ribeiro Mariano

FORTALEZA
2015

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará

R722m	<p>Roger, Ana Iris Guerrero. Mudanças no estilo de vida e redução dos fatores de risco da Hipertensão Arterial: estudo de intervenção / Ana Iris Guerrero Roger. - 2015. 23f.;</p> <p>Trabalho de Conclusão de Curso (especialização) – Universidade Federal do Ceará, Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS) – Núcleo Ceará, Núcleo de Tecnologias de Educação em Saúde à Distância (NUTEDS), Curso de Especialização em Saúde da Família, Fortaleza, 2015. Orientação: Prof^a. Dra. Monaliza Ribeiro Mariana.</p> <p>1. Hipertensão Arterial 2. Fatores de risco. 3. Atenção Primária de Saúde. I. Título.</p>
-------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

CDD 362.1

ANA IRIS GUERRERO ROGER

**MUDANÇAS NO ESTILO DE VIDA E REDUÇÃO DOS FATORES DE RISCO DA
HIPERTENSÃO ARTERIAL: ESTUDO DE INTERVENÇÃO**

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 (NUTEDS/UFC), como requisito parcial para obtenção do Título de Especialista.

Aprovado em: __/__/__

BANCA EXAMINADORA

Prof^o Dra. Monaliza Ribeiro Mariano
Centro Universitário Estácio do Ceará (FIC)

Prof^a Me Adriana Sousa Carvalho de Aguiar
Faculdade Integrada da Grande Fortaleza (FGF)

Prof^a Me. Aline Tomaz de Carvalho
Universidade Federal do Ceará (UFC)

RESUMO

No Brasil, as doenças do aparelho circulatório constituem hoje a primeira causa de morte, sendo a Hipertensão Arterial um dos principais fatores de risco modificáveis para evitar óbitos decorrentes de complicações como: Doenças Cardiovasculares, Acidente Vascular Cerebral e Insuficiência Renal Crônica. Por se tratar de uma patologia de início silencioso, seu diagnóstico e tratamento é geralmente negligenciado, somado a baixa taxa de adesão ao tratamento medicamentoso, exige maiores esforços nas ações de prevenção da doença. As mudanças de estilo de vida são fundamentais na prevenção e terapêutica, atuando sobre os fatores de risco modificáveis dela como; alimentação inadequada, o controle de peso, sedentarismo, o tabagismo, uso excessivo de álcool e outros, que são capazes de aumentar os níveis de pressão arterial desencadeando assim as complicações. Diante desses fatores de riscos, as complicações que produzem a Hipertensão Arterial, a grande demanda dos pacientes na Unidade de Saúde, baixa adesão ao tratamento é a proposta de intervenção educativa na Unidade Básica de Saúde (UBS) de Canindezinho, do município Canindé-CE, com o objetivo de avaliar o nível de conhecimento dos pacientes sobre esta doença e assim modificar o modo e estilo de vida para uma diminuição das complicações e morbimortalidade.

Palavras-Chave: Hipertensão Arterial, Fatores de Risco, Atenção Primária de Saúde.

RESUMEN

En el Brasil las enfermedades del aparato circulatorio constituyen hoy la primera causa de muerte, siendo la Hipertensión Arterial uno de los principales factores de riesgo modificables, para evitar fallecimientos producto de complicaciones como: Enfermedades Cardiovasculares, Accidentes Vascular Cerebral e Insuficiencia Renal Crónica. Por tratarse de una patología de inicio silencioso, su diagnóstico y tratamiento es frecuentemente negligente, sumado a la baja tasa de adhesión el tratamiento medicamentoso exige mayores esfuerzos para ampliar acciones de prevención de la enfermedad. Los cambios de estilo de vida también son fundamentales en la prevención y en el proceso de tratamiento, actuando sobre los factores de riesgo modificables de ella como: alimentación inadecuada, el control de peso, sedentarismo, el hábito fumar, uso excesivo de alcohol y otros, que son capaces de aumentar los niveles de presión arterial desencadenando así las complicaciones. Mediante esos factores de riesgo, las complicaciones que produce la Hipertensión Arterial Sistémica, la gran demanda de pacientes en la Unidad de Salud, baja adhesión al tratamiento, es la propuesta de intervención educativa de la UBS de Canindeziño, municipio Canindé-CE, con el objetivo de evaluar el nivel de conocimiento de éstos pacientes sobre ésta enfermedad y así modificar el modo y estilo de vida para disminuir la morbimortalidad.

Palabras- Claves: Hipertensión Arterial Sistémica, Factores de Riesgo, Atención Primaria de Salud.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	6
2	JUSTIFICATIVA	8
3	OBJETIVOS	9
3.1	OBJETIVO GERAL	9
3.2	OBJETIVOS ESPECIFICOS	9
4	REVISÃO DE LITERATURA	10
5	METODOLOGIA	16
6	CRONOGRAMA	18
7	RECURSOS NECESSÁRIOS	19
8	RESULTADOS ESPERADOS E METAS	20
9	REFERÊNCIAS	21

1 INTRODUÇÃO

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é uma condição clínica sistêmica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial (PA) (>140/90 mm Hg), reconhecida como grave fator de risco, associa-se, freqüentemente, as alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo como coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos, e as alterações metabólicas, com aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

Constitui na atualidade a doença crônica mais freqüente da humanidade, especialmente nos países em desenvolvimento, e adquire sua importância porque há altos valores de pressão arterial, maior morbidade e maior mortalidade em indivíduos afetados, que são responsáveis por elevadas taxas de morbidade e aposentadorias precoces, sendo pouco controlada na população (OLIVEIRA, 2008).

Estudos populacionais mostram que aproximadamente 15% da população de 20 anos e mais apresentam níveis pressóricos alterados. No Brasil, de acordo com os dados do Ministério de Saúde (MS), a hipertensão atinge, aproximadamente, o 30% da população brasileira (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

A HAS é considerada, ao mesmo tempo, uma doença e um fator de risco, representando um grande desafio para a saúde pública, pois as doenças cardiovasculares constituem a primeira causa de morte no Brasil (PIERIN, 2010).

Por essa razão, a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS/OMS) busca intensificar e desenvolver estratégias e instrumentos que facilitem o desenvolvimento de atividades de detecção precoce, controle permanente e ampliação do nível de conhecimento da população quanto à patologia, fatores de risco e os impactos causados pela HAS, bem como, as implicações de seu controle e prevenção (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2010).

A Hipertensão Arterial possui etiologia multifatorial, uma vez que, seu desenvolvimento depende da interação de múltiplos fatores genéticos e ambientais (DATASUS, 2014). Dentre os fatores ambientais controláveis destacam-se a obesidade, sedentarismo, o alcoolismo, o estresses, o tabagismo e a alimentação.

Cada fator tem um pequeno efeito e o somatório de alguns deles contribui para a ocorrência da doença (ARAUJO, 2010; SALOMÃO, 2013; MOREIRA, 2013).

Os desafios do controle e prevenção da hipertensão arterial e suas complicações são, sobretudo, da equipe de Atenção Básica, cujo processo de trabalho pressupõe vínculos com a comunidade e a clientela adstrito, levando em conta a diversidade racial, cultural, religiosa e os fatores sociais envolvidos (ARAUJO, 2010).

Nesse contexto o Ministério de Saúde preconiza que sejam trabalhadas as modificações de estilo de vida, fundamentais no processo terapêutico e na prevenção da hipertensão como: alimentação adequada, principalmente quanto ao consumo de sal e no controle de peso, a prática de atividade física, o abandono do tabagismo e a redução do uso excessivo de álcool. Estes fatores precisam ser adequadamente abordados e controlados, sem os quais os níveis pressóricos desejados poderão não ser atingidos mesmo com dose progressiva de medicamentos (GRUPO HOSPITALAR CONCEPÇÃO, 2009; MARTINS, FERREIRA, 2010).

A decisão terapêutica deve ser baseada no risco cardiovascular, considerando-se a presença de fatores de risco, lesão em órgão-alvo e/ou doença cardiovascular estabelecida, e não apenas no nível da pressão arterial (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010). Deve-se avaliar se o paciente terá em seu tratamento apenas mudança no estilo de vida ou necessidade do uso de anti-hipertensivos (MARTINS, FERREIRA, 2010).

Segundo o Departamento de Análise de Situação de Saúde (2009), o tratamento deve ser realizado de forma individual para cada paciente, podendo ser utilizado a mono terapia ou uso de outras classes de medicações, de acordo com a necessidade do paciente.

A mudança no estilo de vida deve considerar o controle de peso, redução do consumo de sal, mudanças na alimentação para dietas com pouca ingestão de gorduras e aumento do consumo de fibras e verduras, realizar atividades físicas, diminuir o consumo de álcool e cessação do tabagismo (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

2 JUSTIFICATIVA

Nas estatísticas de saúde pública a HAS tem alta prevalência e baixas taxas de controle, sendo considerado um dos principais fatores de risco modificáveis, e um dos mais importantes problemas de saúde pública, como citados por NOBRES VIRAM Diretrizes de Hipertensão (2010).

De acordo com o Sistema de Informações do Ministério de Saúde (SIM) de 2010, as doenças do aparelho circulatório representam a principal causa de morte no país, com cerca de 30% dos óbitos em todas as regiões do país, estando na frente das neoplasias, responsáveis por 16,7% (BRASIL, 2012).

No Programa de Saúde da Família (PSF) Canindezinho são constantes os atendimentos de pacientes com HAS, tanto em consultas planejadas como demandas espontâneas, com mau controle. A falta de adesão dos pacientes as mudanças de estilo de vida e ao tratamento adequado da HAS também são evidentes durante as consultas médicas e de enfermagem. Dessa forma, devido á alta prevalência e incidência da HAS na população da área de abrangência, o desconhecimento dos fatores de risco modificáveis para melhorar o estilo de vida, é relevante o desenvolvimento de projeto de intervenção a fim de possibilitar melhora das condições de vida da população adstrita e reduzir a morbimortalidade relacionada com as DCV.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivos Gerais

- Desenvolver projeto de intervenção sobre hipertensão arterial sistêmica.

3.2 Objetivos Específicos

- Identificar o perfil sócio demográfico dos pacientes com hipertensão.
- Identificar os principais fatores de risco e complicações.
- Realizar intervenção educativa sobre hipertensão arterial.
- Comparar os resultados dos conhecimentos sobre a hipertensão arterial antes e após a intervenção.

4 REVISÃO DE LITERATURA

4.1 Conceitos de HAS

Pressão Arterial (PA) é aquela pressão existente no interior das artérias e comunicada a suas paredes, ocorrendo quando os ventrículos se contraem, o ventrículo esquerdo ejeta sangue para a artéria aorta, essa contração recebe o nome de sístole (GUSMÃO et al., 2005). No momento dessa contração, a pressão nas artérias se torna máxima e elas se distendem um pouco, esta é a pressão sistólica. Quando os ventrículos se relaxam, há diástole, nesse momento a sangue que está na aorta tenta refluir, mas é contido pelo fechamento da válvula aórtica, evita que ele retorne ao ventrículo, a pressão nas artérias cai a um valor mínimo, chamada pressão diastólica.

Durante a sístole e diástole ventriculares, a hipertensão é afetada por fatores como o débito cardíaco, distensão das artérias e volume, velocidade e viscosidade do sangue (BRUNNER & SUDDARTH, 2009).

Segundo NEVES et al.,(2011), a hipertensão arterial pode ser resultado da atividade aumentada do sistema nervoso simpático, ligado a disfunção do sistema nervoso autônomo, ou acréscimo na função do sistema renina-angiotensina-aldosterona, resultando em expansão do volume de líquido extracelular e resistência vascular sistêmica elevado.

Os valores normais da PA do adulto variam de 100/60 a 135/85 mm Hg. A PA normal média usualmente citada é de 120/80 mm Hg. Um aumento da PA acima da faixa normal superior é chamado de hipertensão, enquanto a diminuição abaixo da faixa normal inferior é chamada hipotensão arterial. (BRUNNER & SUDDARTH, 2009).

A Sociedade Brasileira de Hipertensão/Sociedade Brasileira de Nefrologia (2010) classifica a pressão arterial em: Normal quando a pressão arterial sistólica é <120 mmHg e a pressão arterial diastólica <80 mmHg; Hipertensão estágio 1- quando a pressão arterial sistólica encontra-se entre 140-159 mmHg e a pressão diastólica entre 90-99 mmHg; Hipertensão estágio 2- quando a pressão arterial sistólica 160-179 mmHg e a pressão arterial diastólica 100-109 mmHg; Hipertensão

estágio 3- quando a pressão arterial sistólica ≥ 180 mmHg e a pressão diastólica ≥ 110 mmHg.

Os sintomas mais comuns da hipertensão são os altos níveis pressóricos, trazendo desconforto físico ao paciente tais como fadiga, tremores, palpitações, formigamentos nos membros superiores e inferiores, cefaléia e visão turva, que podem culminar em um acidente vascular cerebral, causando seqüelas irreversíveis (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010; RIVEIRO, LOTUFO, 2013).

4.2 Prevalências da HAS

A hipertensão arterial apresenta uma prevalência entre 15% a 20% na população adulta e mais de 50% na população idosa. Por acometer uma parcela significativa de indivíduos em plena fase produtiva, ganha especial relevância que da população hipertensa, apenas o 50% tem o diagnóstico e destes, a metade recebe tratamento, e apenas o 25% têm sua pressão adequadamente controlada. Além de isso, os dados da literatura indicam que 25% dos pacientes com HAS não aderem ao tratamento (GIROTTI et al., 2013).

Nas últimas décadas houve uma importante mudança no perfil da morbimortalidade da população brasileira, influenciando na gênese de doenças cerebrovasculares, coronarianas, doença da retina, insuficiência cardíaca, insuficiência renal crônica e doenças vasculares (ARAUJO et al., 2008), onde chega aproximadamente a 17 milhões de portadores de hipertensão arterial o 35% da população de 40 anos e mais, esse número é crescente; seu aparecimento está cada vez mais precoce e estima-se que cerca de 4% das crianças e adolescentes também sejam portadoras.

Estudo transversal realizado com 342 indivíduos de seis a 18 anos de uma escola da cidade de Fortaleza identificou alta frequência de pressão arterial igual ou acima do percentil 90 (44,7%) (ARAUJO et al., 2007).

4.3 Fatores de risco

“O fator de risco na hipertensão arterial primária é uma característica individual, física ou comportamental, associada com uma maior possibilidade de desenvolvimento de determinadas doenças” (CAMARGO JÚNIOR 2001, p.15-16).

A HAS possui fatores de risco que são considerados modificáveis e não modificáveis (SOCIEDADES BRASILEIRAS DE CARDIOLOGIA, DE HIPERTENSÃO, DE NEFROLOGIA, 2010; DTMER, 2010; SALOMÃO et al., 2013).

A obesidade e o sedentarismo são fatores modificáveis e se associam à prevalência de HAS elevadas nos jovens. Na vida adulta, em indivíduos ativos fisicamente, um incremento de 2,4 kg/m² no índice de massa corporal (IMC) acarreta maior risco de desenvolver hipertensão (WHO, 1995; AVILA et al., 2010).

Outro fator de risco é a ingestão excessiva de sódio nos alimentos, a população brasileira apresenta um padrão alimentar rico em sal, açúcar, gorduras o que possibilita a elevação da pressão arterial. Há fatores agravantes é o tabagismo, alimentação não adequada e uso excessivo de álcool (OLIVEIRA, 2012). Esses hábitos devem ser adequadamente abordados e controlados, sem que a doses progressivas de medicamentos não resulte alcançar os níveis recomendados de pressão arterial.

São considerados pela Sociedade Brasileira de Hipertensão/Sociedade Brasileira de Nefrologia (2010) como fatores não modificáveis: a idade, sendo a prevalência de HAS superior a 60% acima de 65 anos; o gênero e etnia para ambos sexos é semelhante, embora seja mais elevada nos homens até os 50 anos, invertendo-se a partir da quinta década da vida.

Em relação à raça segundo (FERREIRA et al., 2009; AVILA et al., 2010) é duas vezes mais prevalente em indivíduos da raça negra. A hereditariedade, como fator compreendido na fisiopatogênese da hipertensão arterial, um terço pode-se referir a fatores genéticos, que unido a outros fatores ambientais em famílias com estilos de vida poucos saudáveis podem contribuir ao desenvolvimento da doença.

Também como fatores causais estão: psicossociais, estresses, emocional, baixa auto-estima ligada a manutenção da HAS; fatores educacionais: falta de conhecimento pelos pacientes sobre a importância de tratar uma doença na maioria das vezes assintomática e crônica; fatores econômicos: baixa renda para adquirir a

medicação, aspectos culturais e crenças errôneas adquiridas no contexto família e fatores ligados às medicações (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, DE HIPERTENSÃO, DE NEFROLOGIA, 2010; CARVALHO et al., 2013).

4.4 Agravos e complicações

A evolução clínica da HAS é lenta e quando não é tratada adequadamente ocasiona graves complicações temporárias ou permanentes. Além disso, representa elevado custo financeiro à sociedade principalmente por sua ocorrência associada a agravos como doença cerebrovascular, doença arterial coronária, insuficiência cardíaca e renal crônicas, doença vascular de extremidades, tendo como característica a cronicidade e ausência de sintomas, tornando assim difícil seu diagnóstico, as pessoas perceberem e serem portadores deste mal, por a característica silenciosa, a faz “perversa”, e acaba por comprometer a qualidade de vida dos grupos sociais mais vulneráveis, causando ainda, conseqüências, internações e procedimentos técnicos de alta complexidade, levando ao absenteísmo no trabalho, óbitos e aposentadorias precoces (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, DE HIPERTENSÃO, DE NEFROLOGIA, 2010).

Segundo RIBEIRO et al., (2012) a adesão ao tratamento da hipertensão arterial, está intimamente relacionada ao "reconhecimento, a aceitação e a adaptação, condição de saúde, bem como a identificação de fatores de risco no estilo de vida adotado e ao desenvolvimento do auto cuidado e de hábitos e atitudes saudáveis".

Atenção especial deve ser dada à presença de fatores de risco cardiovascular associados, que representam importante alvo para medidas de prevenção primária. Quanto mais altos forem os valores da pressão arterial e mais jovem o paciente, maior será a possibilidade de a hipertensão arterial ser secundária, com maior prevalência das causas renais (BRASIL, 2006; NOBRE, 2010).

4.5 Medidas para redução da incidência da HAS

Todos profissionais de saúde da Atenção Primária têm importância nas estratégias de controle da HAS. É necessário ter em mente que a motivação para o

paciente não abandonar o tratamento é talvez uma das batalhas mais difíceis que profissionais de saúde enfrentam. Ainda mais que muitos pacientes hipertensos também apresentam outras comorbidades, como diabetes, dislipidemia e obesidade, o que contribui para ter implicações importantes em termos de gerenciamento das ações terapêuticas necessárias para o controle de um aglomerado de condições crônicas, onde o tratamento exige perseverança, motivação e educação continuada (CARVALHO et al., 2013).

A diminuição da incidência das complicações é possível com a adoção de um estilo de vida saudável e de tratamento medicamentoso adequado, porém medidas preventivas devem ser iniciadas de forma mais precoce possível (ZAMBON et al., 2007; SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, DE HIPERTENSÃO, DE NEFROLOGIA, 2010; MEIRELES, 2013).

Estudo afirma que o exercício físico aeróbico contribui para redução da pressão arterial quando a prática é regular, oferece benefícios direto e indireto que auxiliam a redução da pressão arterial e do risco cardiovascular total, a redução de 3 mmHg da pressão arterial sistólica e diastólica em indivíduos normotensos, 6 mmHg da pressão arterial sistólica e 7 mmHg da pressão arterial diastólica em hipertensos limítrofes, 10 mmHg da pressão sistólica e 8 mmHg da diastólica em indivíduos com hipertensão severa (ARAUJO et al., 2008; SIERVO et al., 2013).

4.6 Importâncias da Educação em Saúde na redução da HAS

A Educação em Saúde (ES) representa um importante instrumento facilitador para a capacitação da comunidade, contribuindo para a promoção da saúde, permitindo que trabalhadores de saúde e usuários estabeleçam uma relação dialógica pautada na escuta terapêutica, no respeito e na valorização das experiências, das histórias de vida e da visão de mundo. Para desenvolver estas ações, é necessário o conhecimento destas práticas educativas por parte destes trabalhadores, considerando que é essencial conhecer o olhar do outro, interagir com ele e reconstruir coletivamente saberes e práticas cotidianas (CERVERA; PARREIRA; GOULART, 2011).

Apesar da grande importância de Educação em Saúde, estudos mostram que a frequência dessas atividades em unidades de saúde está reduzida, e os pacientes

permanecem com carência de informações adicionais sobre o seu estado de saúde e sobre o que fazer para minimizar complicações por falta de conhecimento (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, DE HIPERTENSÃO, DE NEFROLOGIA, 2010).

A educação em saúde pode ser vista como uma prática integral que pode e deve ser desempenhada em todos os momentos e espaços, implementando-se como uma atividade que faça interação entre os diferentes saberes e enfatiza o vínculo com a comunidade (CERVERA; PARREIRA; GOULART, 2011).

A incorporação de novos conceitos, pelos profissionais de saúde, a respeito do processo saúde-doença, a humanização das práticas, a busca da qualidade da assistência e de sua resolução, possibilitam o investimento no modelo dialógico de educação em saúde, acreditando-se ser este o modelo mais pertinente para a efetivação de mudanças paradigmáticas, incentivando a autonomia de escolha dos sujeitos, reconhecendo-os como portadores de um saber que, embora diverso do saber técnico-científico não deve ser deslegitimado pelos serviços (TOLEDO; RODRIGUES; CHIESA, 2007).

5 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de tipo pesquisa-ação, por se tratar de uma pesquisa que visa à elaboração de um plano de intervenção, que tem características situacionais, já que procura diagnosticar um problema específico numa situação específica, com vistas a alcançar algum resultado prático.

O projeto será desenvolvido no salão de reunião da Unidade Básica de Saúde da Família (UBS) Canindezinho, município Canindé-CE, no período de Fevereiro a Maio de 2015, com 50 pacientes hipertensos cadastrados na consulta médica e de enfermagem.

A (USB) Canindezinho tem uma população de 5284 pessoas, disposta em 1321 famílias, delas 383 pacientes hipertensos cadastrados. A equipe de saúde esta integrado por um médico, uma enfermagem, uma técnica de enfermagem, uma auxiliar em enfermagem, 9 Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e um médico Odontologista.

A médica autora deste trabalho e a enfermeira da UBS, durante as consultas de HiperDia, explicaram aos pacientes sobre o projeto de intervenção, seus objetivos e importância, após, os mesmos serão convidados a participa no estudo.

O estudo se efetuará em duas etapas:

Primeira etapa do estudo.

Será preenchido a ficha de coleta de dados, enquanto os pacientes estiveram esperando a consulta médica com apoio da equipe de saúde do PSF Canindezinho. Serão utilizados os portuários dos pacientes e a Ficha de Cadastro do Hipertenso e/ou Diabético, a qual será disponibilizada pela Secretaria de Saúde (Anexo1). Na ficha será incluído um questionário com perguntas relacionadas com a hipertensão arterial para inicialmente, identificar os conhecimentos que os pacientes terão acerca desta doença como: fatores de risco como: idade, consumo se sal, álcool, tabagismo, gorduras, pratica de exercício físico; medidas de prevenção, sintomas e complicações.

.Identificado os fatores sócios demográficos, estilo de vida, complicações que

tiveram os pacientes, e o conhecimento inicial sobre hipertensão arterial, passaremos a segunda etapa.

Segunda etapa do estudo.

Realizara-se a estratégia, através de um programa educativo elaborado no posto de saúde com o objetivo de aumentar o conhecimento destes pacientes acerca de Hipertensão Arterial Sistêmica.

A intervenção será realizada no salão de reunião da Unidade Básica de Saúde Canindezinho no período da tarde (15 horas), o grupo será dividido em dois subgrupos de 25 participantes cada um, a frequência será duas vezes por semana, durante uma hora, por seis semanas, com temas relacionados com hipertensão arterial como: orientações sobre ações preventivas para melhorar qualidade de vida, sobre os fatores de risco e hábitos saudáveis como alimentação, prática de exercícios físicos e complicações, também receberam material complementar sobre a doença.

Estas intervenções serão acompanhadas por Agentes Comunitários de Saúde (ACS) que ajudaram na aplicação de outras técnicas educativas como: chuva de idéias e pelo médico e a enfermeira, palestras e discussão em grupo.

O questionário será novamente aplicado a após as intervenções sobre hipertensão, e posteriormente verificando se houve aumento de acertos sobre o assunto, e comunicar se os pacientes adquiriram conhecimentos após a intervenção educativa.

O relato dos pacientes, das agentes da saúde da área, será considerado para a melhoria da adesão ao tratamento não medicamentoso e medicamentoso pelos pacientes em estudo.

O trabalho será aprovado pelo comitê de ética como parecer nº 660.902 e todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Todos os princípios éticos de pesquisa com seres humanos serão respeitados.

7 RECURSOS NECESSÁRIOS

Os recursos materiais necessários para a execução deste projeto serão: notebook, panfletos e cartazes sobre hipertensão arterial que serão fixados e distribuídos entre os participantes em diferentes locais apropriados da Unidade de Saúde, assim como no salão de reuniões, além de 3 ventiladores, 25 caneta, folha de ofício, panfletos e cartazes .

Os recursos humanos necessários serão: médicos, enfermeira, Agentes Comunitários de Saúde (ACS), educador físico orientando a forma correta de fazer as caminhadas.

Quadro 1 – Recursos usados para a pesquisa.

Etapas do plano	Recursos Materiais	Recursos Humanos
(Primeira Etapa)	Folhas de ofício, canetas	Médico, enfermeira e Agente comunitário de saúde (ACS)
(Segunda Etapa) Discussão em grupo, chuva de idéias, palestras	Notebook, panfletos e cartazes, Folhas de ofício, canetas	Médico, (ACS), Enfermeira e Professor de Esporte

8 RESULTADOS ESPERADOS E METAS

Com a implementação deste plano de intervenção espera-se elevar o nível de conhecimento e melhorar as condições de saúde dos pacientes com hipertensão arterial, a fim de obter um melhor controle da doença mediante a adesão adequada do tratamento não farmacológico e com medicamentos, estimular a mudança no estilo de vida, aumentar a qualidade de vida e assim reduzir às complicações e morbimortalidade.

METAS

METAS	%
Que os pacientes com Hipertensão Arterial sejam capazes de identificar os principais fatores de risco desta doença.	100%
Que os pacientes com Hipertensão Arterial incrementem o conhecimento sobre: prevenção, complicações e tratamento não farmacológico desta doença.	95%

REFERÊNCIAS

ARAUJO, J. C.; GUIMARÃES, A. C. Controle da hipertensão arterial em uma unidade de saúde da família. **Revista de saúde pública**, v. 41, n. 3, p. 368-374, 2007.

ARAUJO, T. L.; LOPES, M. V. O.; CAVALCANTE, T. F.; GUEDES, N. G.; MOREIRA, R. P.; CHAVES, E. S.; SILVA, V. M. Análise de indicadores de risco para hipertensão arterial em crianças e adolescentes. **Rev. Esc. Enferm.** São Paulo, v. 42, n. 1, p. 120-6. 2008.

ARAÚJO, L. J. **Estudo sobre Aspectos Genéticos da Hipertensão Arterial Sistêmica em Amostra da População Afro descendente do sudoeste do estado de Bahia**. 2010. 93 f. Dissertação (Mestrado em Biotecnologia) - Universidade Estadual de Feira de Santana, Feira de Santana, 2010.

AVILA, Adriana, et al., VI Diretrizes Brasileira de Hipertensão, Epidemiologia e Prevenção Primária. **Revista Brasileira de Hipertensão**. Rio de Janeiro, v.17, n. 1, p. 7-10, 2010.

BRUNNER & SUDDARTH. **Tratado de Enfermagem Médico - Cirúrgica** Editora: Guanabara Koogan. ISBN: 9788527700443 Edições: 11^a, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica**. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. Ministério de Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise de Situação de Saúde. Saúde Brasil 2011- **Uma Análise da situação de saúde e a vigilância da saúde da mulher**. 1 ed. Brasília; 2012. Editora do Ministério da Saúde. Cap. 4, p. 95-104.

CAMARGO JÚNIOR, ALVACIR. **Análise do comportamento da pressão arterial sob duas intensidades de exercício aeróbico em hipertensos**. Florianópolis, 2001.

CARVALHO, MV. et al. A influência da hipertensão arterial na qualidade de vida. **Rev. Sociedade Brasileira de Cardiologia**, São Paulo, v. 100, n. 2, p. 164-174. 2013.

CERVERA, DPP; PARREIRA, BDM; GOULART, BF. Educação em saúde: percepção dos enfermeiros da atenção básica em Uberaba (MG). **Ciência & Saúde Coletiva**, 2011. DATASUS. Disponível em <http://siab.datasus.gov.br>. Acesso em;11 nov. 2014.

Departamento de Análise de Situação de Saúde; Secretaria de Vigilância em Saúde. Ministério de Saúde. **Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças**

Crônicas por Inquérito Telefônico. VIGITEL 2009. Brasília: Ministério de Saúde; 2010.

DTMER – **Dicionário de Termos Médicos, de Enfermagem e Radiologia /** Organização Diocleciano Torrieri Guimarães. 4ª Ed. São Paulo. Rideel, 2010.

FERREIRA, S. R. G.; MOURA, E. C.; MALTA, D. C.; MORAES-NETO, O. L.; SARNO, F. Frequência de hipertensão arterial no Brasil e fatores de risco associados: Brasil 2006. **Revista de Saúde Pública** (USP. Impresso), v. 43, p. 98-100, 2009.

GIROTTI, EDMARLON et al. Adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico e fatores associados na atenção primária da hipertensão arterial. **Ciência saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 6, Juno 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielophp?script=sci-arttext&pid=S141381232013000600027&lng=en&nrm=iso>>. Acesso em: 09 jul.2013.

GRUPO HOSPITALAR CONCEPÇÃO. Serviço de Saúde Comunitária. Apoio Técnico em Monitoramento e Avaliação em ações de Saúde. Doenças e Agravos não transmissíveis. **Ação programática para reorganização de atenção a pessoas com Hipertensão, Diabetes Mellitus e outros fatores de risco para doenças cardiovasculares no SSC-GHC.** Porto Alegre: [s.n.], 2009.

GUSMÃO, J. L.; MION, D.; PIERIN, A. M. G. Avaliação da qualidade de vida do paciente hipertenso: proposta de um instrumento. **Rev. Bras. Hipertensão**, v. 8, p. 22, n. 1, 2005.

MARTIN, M. S. A.; FERREIRA, M. G.; GUIMARÃES, L. V.; VIANNA, L. A. C. Hipertensão Arterial e Estilo de Vida em Sinop, Município de Amazônia Legal. **Arq. Bras. Cardiol.**, v. 94, p. 639-44, 2010.

MEIRELES, AL. et al. Atenção a saúde do adulto. **Conteúdo técnico da linha guia de hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus e doença renal crônica** (no prelo), Secretaria de Estado de Minas Gerais, Belo Horizonte, 3ed. 2013; p. 21-97.

MOREIRA, N. F., MURARO, A. P., BRITO, F. D. S., GONÇALVES-SILVA, R. M. V.; SICHIERI, R.; FERREIRA, M. G. Obesidade: principal fator de risco para hipertensão arterial sistêmica em adolescentes brasileiros participantes de um estudo de coorte. **Arq. Bras. Endócrino Metab.** São Paulo. 2013; 57(7): 520-526.

NEVES, MARIO FRITSCH. Hipertensão Arterial Sistêmica. **Revista Brasileira de Medicina**, v.69, n.4, p. 78-86, 2011. Disponível em: <http://www.moreirajr.com.br/revistas.ASP?fase=r003&id_matéria=5009>. Acesso em jul. 2013.

NOBRE, F. et al. **VI Diretrizes Brasileira de Hipertensão**, Rio de Janeiro. v. 17, n.1, Jan/Mar. 2010, 57p.

OLIVEIRA, C.M. et al. Heritability of cardiovascular risk factor in Brazilian population: Baependi Heart Study. **BMC. Med. Genet.**, v.9, n.32, 2008.

OLIVEIRA, E. P. *et al.* A variedade da dieta é fator protetor para a pressão arterial sistólica elevada. **Rev. Sociedade Brasileira de Cardiologia**, São Paulo, v. 98, n. 4, p. 338-343. 2012.

OMS - Organização Mundial de saúde. Disponível em: <http://new.paho.org>. Acesso em; 16 de dezembro, 2010.

PIERIN, ANGELA M .G. *et al.*, VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão, Diagnóstico e classificação. **Revista Brasileira de Hipertensão**, Rio de Janeiro: v.17, n.1, p.11-17, 2010.

RIVEIRO, A. G.; COTTA, R. M. M.; SILVA, L. S. D.; RIBEIRO, S. M, R.; DIAS, C. M. G. C.; MITTRE, S. M.; NOGUEIRA-MARTINS, M. C. F. Hipertensão arterial e orientação domiciliar: o papel estratégico da saúde da família. **Revista Nutrição**, Campinas, v. 25, n. 2, p. 271-82, mar/abr. 2012.

RIBEIRO, ROBESPIERRE DA COSTA, LOTUFO, PAULO A. Hipertensão Arterial SADEGH, *et al.* Developing an appropriate móvel for self-care of hypertensive patients: first experience from EMRO. **Atheroscler**, v.9, issue 4, 2013.

SALOMÃO, *et al.* Fatores associados á hipertensão arterial em usuários de serviço de promoção á saúde. **Revista mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 17, n. 1, p. 32-38, 2013.

SIERVO, M.; LARA, J.; OGBONMWAN, I.; MATHER, J. C. Inorganic nitrate and beetroot juice supplementation reduct blood pressure in adult: a systematic review and meta-analysis. **J. Nutr.** 2013; 143(6); 818-26.

.SBC-Sociedade Brasileira de Cardiologia. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. **Rev. Br. Hipertens.**, v.13 n.4, p.256-312, 2010.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA / SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO / SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Arq Brás Cardiol**, v.95, n.1: p.1-51, 2010.

TOLEDO, M. N; RODRIGUES, S. C. CHIESA, A. M. Educação em saúde no enfretamento da hipertensão arterial: uma nova ótica para um velho problema. **Text contexto Enfermagem**, v 16, n. 2, p. 233-238, 2007.

WHO. (WORLD HEALTH ORGANIZATION). Physical Status: **O uso e a interpretação da Antropométrica**. Report of a Who Expert Committee. Who Technical Report Series 854. Geneva: World Health Organization, 1995.

ZAMBON, MPZ; ANTONIO, MARG; MENDES, RT; BARRO FILHO, AAB; Características clínicas e laboratoriais de crianças e adolescentes obesos. **Rev. Paul Pediatría**. São Paulo-SP, 2007.