

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA

YUREMA GARCIA RODRIGUEZ

**INTERVENÇÃO EM HIPERTENSÃO ARTERIAL NA ÁREA DE ABRANGÊNCIA DA
UNIDADE DE SAÚDE MANOEL PINTO DO MUNICÍPIO LAGOA DE SÃO
FRANCISCO – PI**

São Luís

2017

YUREMA GARCIA RODRIGUEZ

**INTERVENÇÃO EM HIPERTENSÃO ARTERIAL NA ÁREA DE ABRANGÊNCIA
DA UNIDADE DE SAÚDE MANOEL PINTO DO MUNICÍPIO LAGOA DE SÃO
FRANCISCO – PI**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica de Saúde da Universidade Federal do Maranhão/UNASUS, para obtenção do título de Especialista em Atenção Básica.

Orientadora: Livia dos Santos Rodrigues

São Luís

2017

Rodriguez, Yurema Garcia

Intervenção em hipertensão arterial na área de abrangência da unidade de saúde Manoel pinto do município Lagoa de São Francisco – PI/Yurema Garcia Rodriguez. – São Luís, 2017.

24 f.

Trabalho de Conclusão de Curso (Pós-Graduação em Atenção Básica em Saúde) - Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde - PROGRAMA MAIS MÉDICOS, Universidade Federal do Maranhão, UNASUS, 2017.

1. Hipertensão. 2. Doenças não transmissíveis. 3. Educação em saúde.
I. Título.

CDU 616.12-008.331.1

YUREMA GARCIA RODRIGUEZ

**INTERVENÇÃO EM HIPERTENSÃO ARTERIAL NA ÁREA DE ABRANGÊNCIA
DA UNIDADE DE SAÚDE MANOEL PINTO DO MUNICÍPIO LAGOA DE SÃO
FRANCISCO – PI**

Aprovado em / /

BANCA EXAMINADORA

Profa. Livia dos Santos Rodrigues (Orientadora)
Mestra em Saúde Coletiva
Universidade Federal do Maranhão

2º MEMBRO

3º MEMBRO

RESUMO

A hipertensão arterial sistêmica ou pressão alta é uma doença caracterizada pela elevação dos níveis tensionais. É uma síndrome metabólica geralmente acompanhada por outras alterações como obesidade. Cerca de 20% da população brasileira é portadora de hipertensão arterial sistêmica, sendo que 50% da população com obesidade têm a doença. A Equipe de Saúde da Família Manoel Pinto, município de Lagoa de São Franciaco– Piauí é responsável por 2401 pessoas, das 1771 são maiores de 15 anos. Este trabalho tem como objetivo elaborar um plano de intervenção a fim de promover o controle adequado dos hipertensos residentes na área de abrangência da Unidade de Saúde Manoel Pinto, município de Lagoa de São Franciaco– Piauí. De acordo com o diagnóstico situacional da área de abrangência dessa equipe, identificou-se como problema principal para enfrentamento o elevado número de pacientes com hipertensão arterial sistêmica cujos nós críticos são: hábitos e estilos de vida dos pacientes, nível de informação da população, estrutura dos serviços de saúde, processo de trabalho da equipe de saúde do trabalho inadequado para enfrentar o problema. Espera-se com este trabalho de intervenção, com a participação da população, do setor da educação e da equipe de saúde da Unidade de Saúde Nova, do município Caputira aumentar o controle ou adesão dos pacientes com hipertensão arterial sistêmica, reduzindo a morbimortalidade na área. Para a gestão do plano realizaram-se reuniões mensais com a equipe da saúde para avaliação das operações propostas após 6 meses do início do projeto. Considera-se que o método utilizado produzirá efeito a partir do momento que a população se conscientizar que adesão tratamento e prevenção e o melhor plano de intervenção no processo de controle de morbimortalidade da doença.

Palavras-chave: Hipertensão. Doenças não transmissíveis. Educação em saúde.

ABSTRACT

Systemic arterial hypertension or high blood pressure is a disease characterized by elevated blood pressure levels. It is a metabolic syndrome usually accompanied by other changes such as obesity. About 20% of the Brazilian population has systemic arterial hypertension, and 50% of the populations with obesity have the disease. The Family Health Team Manoel Pinto in the municipality of Lagoa de São Francisco-Piauí is responsible for 2401 people, of them 1771 are older than 15 years. This study aims to elaborate an intervention plan in order to promote the adequate control of the hypertensive patients residing in the area of coverage of the Family Health Team Manoel Pinto in the municipality of Lagoa de São Francisco-Piauí. According to the situational diagnosis of the area covered by this team, it was identified as a main problem to address the high number of patients with systemic arterial hypertension whose critical nodes are: habits and lifestyles of patients, level of information of the population, Structure of health services work team health work process inadequate to address the problem. This work is expected to increase the control or adherence of patients with systemic arterial hypertension, with the participation of the population, the education sector and the health team of the Nova Saúde Health Unit, in the municipality of Caputira, reducing morbimortality in the area. For the management of the plan, monthly meetings were held with the health team to evaluate the proposed operations 6 months after the start of the project. It is considered that the method used will take effect from the moment the population becomes aware that adherence treatment and prevention and the best intervention plan in the process of controlling the disease morbimortality.

Key words: Hypertension. Non-communicable diseases. Health education.

SUMÁRIO

	p.
1 IDENTIFICAÇÃO DO PLANO DE AÇÃO.....	06
1.1 Título.....	06
1.2 Equipe Executora.....	06
1.3 Parcerias Institucionais	06
2 INTRODUÇÃO.....	07
3 JUSTIFICATIVA.....	09
4 OBJETIVOS.....	10
4.1 Geral.....	10
4.2 Específicos.....	10
5 METAS.....	11
6 METODOLOGIA	14
7 CRONOGRAMA DE ATIVIDADES.....	19
8 IMPACTOS ESPERADOS.....	20
9 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	21
REFERÊNCIAS.....	22

1 IDENTIFICAÇÃO DO PLANO DE AÇÃO

1.1 Título

Intervenção em hipertensão arterial na área de abrangência da unidade de saúde Manoel Pinto do município Lagoa de São Francisco – PI.

1.2 Equipe Executora

- Yurema Garcia Rodriguez.
- Lívia Dos Santos Rodrigues.

1.3 Parcerias Institucionais

- Secretaria Municipal de Saúde.
- Unidade Básica de Saúde Manoel Pinto.

2 INTRODUÇÃO

As Doenças Crônicas Não Transmissíveis se constituem no maior problema de saúde do Brasil e correspondem a cerca de 70% das causas de morte, sendo as mais comuns delas a hipertensão arterial sistêmica, que exige dos pacientes acometidos maior controle em relação ao seu tratamento e manejo (MAZZUCHELLO, 2016).

No Brasil, apesar da redução da mortalidade por essas doenças nos anos de 1996 a 2007, esse grupo ainda representou a principal causa de óbito no país em 2011. No ano 2000, a doença cardíaca hipertensiva ocupava a 16ª posição no ranking mundial de mortalidade, subindo para a 10ª posição em 2012 (ANDRADE et al, 2015).

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) apresenta-se como um dos problemas de saúde de maior magnitude na atualidade. É uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial. É um importante fator de risco de morbidade e mortalidade cardiovasculares, sendo responsável por cerca de 14% das mortes por doenças cardiovasculares no mundo. No Brasil, estudo de revisão estimou a prevalência de HAS em 25% para a população acima de 20 anos (SILVEIRA et al., 2013).

É uma doença caracterizada pela elevação dos níveis tensionais. É uma síndrome metabólica geralmente acompanhada por outras alterações como obesidade. Cerca de 20% da população brasileira é portadora de HAS, sendo que 50% da população com obesidade têm a doença. Hoje a HAS é principal causa de morte no mundo, pois pode favorecer uma série de outras doenças (MERHY; ONOCKO, 1997; BARROSO, 2015).

De acordo com a Décima Revisão da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10), a doença cardíaca hipertensiva abrange os seguintes diagnósticos: hipertensão essencial (primária); doença cardíaca hipertensiva; doença renal hipertensiva; doença cardíaca e renal hipertensiva; e hipertensão secundária (ANDRADE et al, 2015).

Lagoa de São Francisco é um município brasileiros do Estado de Piauí. Sua população é de 6.422 habitantes e foi fundado 26 de janeiro de 1994, limita com Pedro II (leste) e Piripiri (oeste) (IBGE).

As principais causas de morte neste município são as doenças cerebrovasculares com um 59,6% e no segundo lugar com um 29,8 % o infarto agudo do miocárdio (BRASIL, 2015).

Tendo a hipertensão arterial sistêmica como o principal fator de risco para essas doenças, a qual exige dos pacientes acometidos maior controle em relação ao seu tratamento e manejo, propõe-se a realização de uma intervenção em Hipertensão Arterial na área de abrangência da Unidade de Saúde Manoel Pinto do Município Lagoa de São Francisco – PI, a fim de promover o controle adequado dos pacientes hipertensos.

3 JUSTIFICATIVA

A Hipertensão Arterial Sistêmica é uma doença que precisa ser controlada por todos os riscos e complicações que apresenta (MERHY; ONOCKO, 1997; BARROSO, 2015). É uma preocupação para a equipe de saúde devido o alto número de pacientes portadores na área de abrangência, necessitando atuar sobre os fatores de risco, modificar estilos e modo de vida e atuar sobre a doença.

A equipe de saúde da Unidade Manoel Pinto realizou o diagnóstico situacional e o levantamento dos principais problemas, sendo identificado o elevado número de pacientes portadores de HAS na comunidade. Esta condição de saúde é passível de intervenções, sendo possível a realização de ações de promoção, prevenção e tratamento evitando novos casos e reduzindo complicações nos casos presentes e nas famílias, pois ao tomar o conhecimento da situação passam a interessar-se e comprometerem-se mais com o tratamento.

No município, Lagoa de São Francisco, não há registros de antecedentes de trabalhos de intervenção realizados neste tipo de doença e há a necessidade crescente de um programa para melhorar o estado de saúde na atenção primária. Para tanto, é necessário o envolvimento de todos os profissionais da saúde da UBS Manoel Pinto, os quais devem satisfazer as necessidades básicas dos usuários, ajudá-los a melhorar a percepção dos riscos destas doenças, realizando, assim, mudanças de condutas no estilo de vida dos mesmos e produzindo transformações positivas a sua vida biopsicossocial.

4 OBJETIVOS

4.1 Geral

Promover o controle adequado dos pacientes hipertensos na área de abrangência da UBS Manoel Pinto do município Lagoa de São Francisco- PI.

4.2 Específicos

- Promover atividades educativas na comunidade para melhorar os principais hábitos e estilos de vida dos pacientes.
- Identificar precocemente os pacientes em descompensação para que seja realizado o controle o mais rápido possível
- Promover atividades educativas na comunidade para melhorar a adesão ao tratamento pelos pacientes.

5 METAS

- **Objetivo 1:** promover atividades educativas na comunidade para melhorar os principais hábitos e estilos de vida dos pacientes.
 - Meta 1.1 Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos usuários com hipertensão.
 - Indicador 1.1 Proporção de usuários com hipertensão com orientação nutricional sobre alimentação saudável.
 - Numerador: Número de usuários com hipertensão que receberam orientação sobre alimentação saudável.
 - Denominador: Número de usuários com hipertensão da área e cadastrados no programa na unidade de saúde.

 - Meta 1.2 Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários com hipertensão.
 - Indicador 1.2 Proporção de usuários com hipertensão com orientação sobre prática regular de atividade física.
 - Numerador: Número de usuários com hipertensão que receberam orientação sobre prática regular de atividade física.
 - Denominador: Número de usuários com hipertensão da área e cadastrados no programa na unidade de saúde.

 - Meta 1.3 Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários com hipertensão.
 - Indicador 1.3 Proporção de usuários com hipertensão com orientação sobre os riscos do tabagismo.
 - Numerador: Número de usuários com hipertensão que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.
 - Denominador: Número de usuários com hipertensão da área e cadastrados no programa na unidade de saúde.

- **Objetivo 2:** identificar precocemente os pacientes em descompensação para que seja realizado o controle o mais rápido possível

- Meta 2.1 Cadastrar 70% dos usuários com hipertensão da área de abrangência no Programa de Atenção à HAS da unidade de saúde.
- Indicador 2.1. Cobertura do programa de atenção ao usuário com hipertensão na unidade de saúde.
- Numerador: Número de usuários com hipertensão residentes na área de abrangência da unidade de saúde cadastrados no Programa de Atenção à HAS da unidade de saúde.
- Denominador: Número total de usuários com hipertensão residentes na área de abrangência da unidade de saúde.

- Meta 2.2 Realizar exame clínico apropriado em 100% dos usuários com hipertensão.
- Indicador 2.2 Proporção de usuários com hipertensão com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo.
- Numerador: Número de usuários com hipertensão com exame clínico apropriado.
- Denominador: Número total de usuários com hipertensão da área cadastrados no programa da unidade de saúde.

- Meta 2.3 Garantir a 100% dos usuários com hipertensão a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.
- Indicador 2.3 Proporção de usuários com hipertensão com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.
- Numerador: Número total de usuários com hipertensão com exame complementar em dia.
- Denominador: Número total de usuários com hipertensão da área cadastrados.

- **Objetivo 3:** promover atividades educativas na comunidade para melhorar a adesão ao tratamento pelos pacientes.
 - Meta 3.1 Buscar 100% dos usuários com hipertensão que não fazem tratamento médico faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

- Indicador 3.1. - Proporção dos usuários com hipertensão que não fazem tratamento e faltosos às consultas médicas com buscas ativas.
- Numerador: Número de usuários com hipertensão que não fazem tratamento e que não fazem tratamento e faltosos às consultas médicas com busca ativa.
- Denominador: Número total de usuários com hipertensão da área e cadastrados no programa na unidade de saúde que não fazem tratamento e faltoso às consulta.

6 METODOLOGIA

Este projeto está estruturado para ser desenvolvido num período de 16 semanas na UBS Manoel Pinto, no município Lagoa de São Francisco/PI com 276 usuários com HAS na faixa etária (com 20 anos ou mais) estabelecida pelo protocolo do Ministério da Saúde (MS) cadastrados pela equipe de saúde, na área adstrita da unidade e pertencentes à população alvo desta intervenção. Segundo estimativas há um 21,2 % de homens e um 24,8% de mulheres em Teresina com idade maior a 18 anos tem diagnóstico de hipertensão arterial (VIGITEL, 2016).

Detalhamento das ações

No eixo de organização e gestão do serviço, o cadastro de cada pessoa e família é feito por parte da equipe de saúde para conhecer suas doenças, risco de cada uma das pessoas que moram em nossa área de abrangência e preenchimento da ficha familiar e individual na UBS.

Para cada objetivo foram traçadas estratégias apresentadas abaixo:

- **Objetivo 1:** promover atividades educativas na comunidade para melhorar os principais hábitos e estilos de vida dos pacientes.

➤ **Organização e Gestão do Serviço**

Organizar práticas coletivas semanais sobre alimentação saudável, através da realização de encontro de Alimentação Saudável, oferecendo no mesmo uma palestra com nutricionista do NASF.

Organizar práticas coletivas na unidade para orientação de atividade física, articulando junto ao gestor parcerias institucionais para envolver educadores físicos nesta atividade.

Demandar ao gestor a compra de medicamentos para o tratamento do "abandono ao tabagismo", medicamento o qual já está disponibilizado na Secretaria de Saúde (Nicotinell 14mg/24h adesivos transdêrmicos). Paralelo a disponibilização deste medicamento, a oferta de reuniões na unidade para esclarecimentos acerca das consequências do tabagismo.

➤ **Engajamento Público**

Orientar hipertensos e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável através da realização de palestras semanais no galpão da comunidade.

Orientar hipertensos e a comunidade sobre a importância da prática de atividade física regular através das orientações médicas e palestras oferecidas à comunidade, além do oferecimento de atividade física coletiva dois dias na semana.

Orientar os hipertensos e diabéticos tabagistas sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo. Ação realizada nas consultas de acompanhamentos, como orientação médica.

➤ **Qualificação da Prática Clínica**

Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre práticas de alimentação saudável e sobre metodologias de educação em saúde ações feitas na capacitação durante as duas primeiras semanas da intervenção.

Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre a promoção da prática de atividade física regular e capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde através da capacitação durante as duas primeiras semanas da intervenção.

Capacitar a equipe para o tratamento de usuários tabagistas e sobre metodologias de educação em saúde nas reuniões de capacitação da equipe de saúde.

➤ **Monitoramento e Avaliação**

Monitorar a realização de orientação nutricional aos hipertensos realizadas nas consultas de acompanhamento através das orientações médicas.

Monitorar a realização de orientação para atividade física regular aos usuários através da orientação para a realização de caminhadas.

Monitorar realização de orientação sobre riscos do tabagismo aos usuários, ação realizada pelo médico e enfermeiro em cada consulta de acompanhamento.

- **Objetivo 2:** identificar precocemente os pacientes em descompensação para que seja realizado o controle o mais rápido possível.

➤ **Organização e gestão do serviço**

Atualização dos cadastros de todos os usuários com HAS e da área adstrita. A equipe terá os dados necessários para o acompanhamento dos usuários e o preenchimento da ficha espelho. Após estes dados, será organizada a agenda

de atendimento das visitas domiciliares para todos estes usuários. A equipe organizará a agenda para os atendimentos e consultas com o médico, odontólogo e nutricionista, de forma que facilite o acesso para estas consultas, estes atendimentos serão realizados na unidade de saúde. Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de usuários hipertensos e diabéticos e estabelecer periodicidade para atualização dos profissionais nas reuniões mensais da equipe de saúde.

Capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela unidade de saúde e disponibilização da versão atualizada do protocolo impresso na UBS, realizada na sala de reuniões da prefeitura.

Garantia do material adequado para a tomada da medida da pressão arterial (esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica) na unidade de saúde e também para as equipes nas visitas domiciliares.

➤ **Engajamento público**

Sensibilização das famílias e comunidade para a importância deste atendimento para todos os usuários e suas famílias, para assim, conhecer tudo o que é referente à sua doença e formas de controle, prevenção e cuidados gerais para evitar complicações e danos em alguns órgãos alvo. Através de palestras na igreja e galpão da comunidade, além do momento das consultas médicas, a população será informada da existência do programa de atenção à HAS na unidade de saúde, desenvolvendo atividades educativas de promoção de saúde e prevenção de doenças crônicas não transmissíveis, para todas as pessoas da comunidade, individuais ou em grupo, orientando-os sobre a importância e a necessidade de realizar atividade física rotineira, o tratamento corretamente e de ter os pulsos avaliadas periodicamente, de fazer mudanças na alimentação e nos hábitos e padrões de vida não saudáveis, ligados a fatores de risco doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão. Os responsáveis pelas palestras serão o médico e o enfermeiro da equipe.

Orientação dos usuários e a comunidade quanto a necessidade de realização de exames complementares e a periodicidade com que devem ser realizados; informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção a Hipertensão Arterial na unidade de saúde; informar a comunidade sobre a importância de medir a pressão arterial a partir dos 18 anos, pelo menos,

anualmente e orientar a comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão.

➤ **Qualificação da prática clínica**

Capacitação de todos os profissionais da equipe para o atendimento destes usuários de acordo com os protocolos do MS (Cadernos de Atenção Básica da Saúde N°36, 2013), através da sensibilização dos profissionais envolvidos neste atendimento, bem como, os demais integrantes da unidade básica de saúde, para conhecimento do serviço oferecido a esta população, e o fluxo de atendimento no serviço. O médico e o enfermeiro da equipe durante a capacitação oferecerão espaços de educação permanente para a equipe e qualificação da prática clínica, como: treinamento dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) para orientar os pacientes quanto à realização das consultas e sua periodicidade, além do cadastramento de usuários de toda a área de abrangência da unidade de saúde. Treinamento da equipe no preenchimento de todos os registros necessários ao acompanhamento dos pacientes, como os prontuários clínicos, fichas gerais, cadernetas. Orientar os ACS e a técnica de enfermagem sobre a importância de registrar todos os atendimentos dos adultos com HAS e Diabetes Mellitus (DM) nos prontuários clínicos e fichas gerais. Capacitação da equipe para verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito, solicitação de exames complementares e a realização de exame clínico apropriado ministrada pelo médico, para assim determinar riscos de cada usuário e atuar sobre os mesmos.

➤ **Monitoramento e avaliação**

Monitorar o número de hipertensos cadastrados no programa de Atenção a Hipertensão Arterial da UBS.

Através da organização dos relatórios e registros, de maneira que todos os profissionais tenham entendimento destes dados, a fim de permitir o monitoramento das consultas deste programa em dia ou em atraso, os procedimentos fora do período preconizado, e ainda monitorar os usuários que não realizam os acompanhamentos na UBS, aqueles com acompanhamento em atraso realizar a busca ativa. Todos os ACS realizarão um levantamento em suas micro áreas, identificando os usuários faltosos para encaminhar à UBS. Estabelecimento

da periodicidade da realização do monitoramento e avaliação dos dados (semanalmente) pelo o enfermeiro da equipe.

Monitoramento da realização de exame clínico apropriado dos usuários hipertensos, pelo médico.

Monitoramento do número de hipertensos com exames laboratoriais solicitados de acordo como o protocolo adotado na UBS e com exames laboratoriais solicitados de acordo com a periodicidade recomendadas, ações realizadas em todas as semanas da intervenção, avaliando os retrazos e a realização ao dia dos mesmos.

Garantir com o gestor municipal agilidade para a realização dos exames complementares e a solicitação dos exames complementares. Estabelecimento pelo enfermeiro de sistemas de alertas para os exames complementares preconizados.

- **Objetivo 3:** promover atividades educativas na comunidade para melhorar a adesão ao tratamento pelos pacientes.

- **Organização e gestão do serviço**

Organização de uma agenda para acolher os usuários provenientes das buscas domiciliares ações realizadas pelos ACS que não fazem tratamento médico.

- **Engajamento Público**

Informar a comunidade sobre a importância de realização do tratamento médico adequado, da realização das consultas e o início rápido do tratamento médico, ouvindo a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão dos hipertensos (se houver número excessivo de faltosos) e esclarecendo aos pacientes e a comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas, ações estas feitas nas palestras e reunião com os líderes da comunidade.

- **Qualificação da Prática Clínica**

Treinamento dos ACS para a orientação de hipertensos quanto a realização do tratamento médico e sua ação realizados na capacitação feita durante as duas primeiras semanas da intervenção.

- **Monitoramento e Avaliação**

Monitoramento do cumprimento do tratamento médico e das consultas previstas durante as consultas previstas no protocolo.

7 CRONOGRAMA DE ATIVIDADES

ATIVIDADES	Mês 01/2017	Mês 02/2017	Mês 03/2017	Mês 04/2017	Mês 05/2017	Mês 06/2017	Mês 07/2017	Mês 08/2017
Ações educativas (orientações sobre atividade física regular)	X	X	X	X	X	X	X	X
Ações educativas (orientações sobre alimentação saudável)	X	X	X	X	X	X	X	X
Ações educativas (orientações sobre tabagismo)	X	X	X	X	X	X	X	X
Capacitação da equipe sobre HAS	X	X						
Cadastramento dos usuários com Hipertensão Arterial.	X	X	X	X	X	X	X	X
Divulgação sobre a intervenção na comunidade	X	X	X	X	X	X	X	X
Consultas e acompanhamentos aos usuários portadores de Hipertensão	X	X	X	X	X	X	X	X
Busca ativa aos usuários faltosos e que não fazem tratamento	X	X	X	X	X	X	X	X
Monitoramento e avaliação		X		X		X		

8 IMPACTOS ESPERADOS

Com a realização das capacitações, espera-se minimizar possíveis lesões em órgãos alvo e possíveis complicações, atualizar os tratamentos médicos, farmacológicos e não farmacológicos, assim como proporcionar que os pacientes possam alimentar-se de forma saudável, possam praticar regularmente atividade física e os reduzam os riscos do tabagismo aos usuários com hipertensão. Espera-se também cadastrar e garantir o diagnóstico precoce, início rápido do tratamento e controle adequado dos pacientes hipertensos.

Espera-se ainda que a comunidade compreenda sobre esta doença, controle, tratamento, prevenção, educação sanitária e de fatores de risco que estão relacionados.

Espera-se que a capacitação dos profissionais possa trazer maior segurança e efetividade nas atividades desenvolvidas na unidade.

9 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A prevenção de complicações, o tratamento adequado e o estabelecimento de hábitos saudáveis são necessários no acompanhamento de pacientes hipertensos, e os profissionais de saúde são fundamentais nesse processo.

Desta maneira, considera-se que a realização deste trabalho produzirá efeito a partir do momento que a população se conscientizar que adesão ao tratamento e prevenção é o melhor plano de intervenção no processo de controle de morbimortalidade da doença.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, Silvânia Suely de Araújo et al. Prevalência de hipertensão arterial autorreferida na população brasileira: análise da Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, v. 24, n. 2, p. 297-304, 2015. Disponível em <http://scielo.iec.pa.gov.br/pdf/ess/v24n2/v24n2a12.pdf>.

BARROSO, L. R. *Interpretação e aplicação da Constituição: fundamentos de uma dogmática constitucional transformadora*. 5 ed. São Paulo: Saraiva, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. SIAB. Sistema de Informação da Atenção Básica. 2015. Disponível <http://datasus.saude.gov.br>. Acesso em: 3 março 2017.

MAZZUCHELLO, FR ; et al. Conhecimento atitudes e adesão ao tratamento em indivíduos com hipertensão e diabetes. *Mundo saúde (Impr.)*; v. 40, n. 4, p 418-432, 2016. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/periodicos/mundo_saude_artigos/Knowledge_attitude_s_adhere.

MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Org.). *Agir em saúde: um desafio para o público*. São Paulo: Hucitec, 1997. 385p.

SILVEIRA, Janaína da et al. Fatores associados à hipertensão arterial sistêmica e ao estado nutricional de hipertensos inscritos no programa Hiperdia. *Cadernos Saúde Coletiva*, v. 21, n. 2, p. 129-134, 2013. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-462X2013000200005>.

VIGITEL, 2016. Disponível em:

http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2017/junho/07/vigitel_2016_jun17.pdf.

WIKIPÉDIA, a enciclopédia livre. Disponível em:

https://pt.wikipedia.org/wiki/Lagoa_de_São_Francisco. Acesso em: 17 março 2017.