UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE SAÚDE PÚBLICA
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO MULTIPROFISSIONAL NA ATENÇÃO BÁSICA 2015

Tiago Braganholi da Silva

Projeto de intervenção visando o controle dos níveis pressóricos dos pacientes hipertensos atendidos na Unidade Básica de Saúde (UBS) Jardim Lisboa no município de Umuarama - PR

Florianópolis, Março de 2016

Tiago Braganholi da Silva

Projeto de intervenção visando o controle dos níveis pressóricos dos pacientes hipertensos atendidos na Unidade Básica de Saúde (UBS) Jardim Lisboa no município de Umuarama - PR

Monografia apresentada ao Curso de Especialização Multiprofissional na Atenção Básica da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito para obtenção do título de Especialista na Atenção Básica.

Orientador: Luciene Silva de Souza
Coordenador do Curso: Prof. Dr. Antonio Fernando Boing

Florianópolis, Março de 2016

Tiago Braganholi da Silva

Projeto de intervenção visando o controle dos níveis pressóricos dos pacientes hipertensos atendidos na Unidade Básica de Saúde (UBS) Jardim Lisboa no município de Umuarama - PR

Essa monografia foi julgada adequada para obtenção do título de "Especialista na atenção básica", e aprovada em sua forma final pelo Departamento de Saúde Pública da Universidade Federal de Santa Catarina.

Prof. Dr. Antonio Fernando Boing
Coordenador do Curso

Luciene Silva de Souza
Orientador do trabalho

Florianópolis, Março de 2016

Resumo

Introdução: é necessário abordar a hipertensão arterial sistêmica (HAS) no Projeto de Intervenção, com controle dos níveis pressóricos, baseado nas metas terapêuticas preestabelecidas através do estadiamento e risco cardiovascular, devido a significante prevalência na população geral e local da Unidade Básica de Saúde Jardim Lisboa, no município de Umuarama-PR. Promovendo o tratamento não farmacológico e farmacológico adequados, com educação em saúde para controle dos níveis pressóricos e prevenção de complicações cardiovasculares e lesões em órgãos alvo, com alta morbimortalidade. **Objetivos**: controle dos níveis pressóricos baseado na meta terapêutica, visando a aderência às terapêuticas, prevenção de complicações cardiovasculares e lesões em órgãos alvo e diminuição da morbimortalidade. **Metodologia**: através de orientações coletivas e individuais durante as consultas médicas, reuniões do HiperDia, visitas domiciliares e palestras, usando informações sobre tratamento, complicações cardiovasculares e morbimortalidade, estimulando aderência aos tratamentos, reforçando o controle dos níveis pressóricos baseado na meta terapêutica, desenvolvendo programas na prevenção e promoção à saúde, com hábitos de vida saudáveis, acompanhamento do controle de pressão arterial. **Resultados esperados**: controle adequado nos níveis pressóricos, baseado na meta terapêutica, através da aderência às terapêuticas, com diminuição das complicações cardiovasculares, lesões em órgãos alvo, da taxa de mortalidade e dependência.

Palavras-chave: Hipertensão, Doença Crônica, Prevenção de Doenças

Sumário

1 INTRODUÇÃO 9

2 OBJETIVOS 13
2.1 Objetivo Geral 13
2.2 Objetivos Específicos 13

3 REVISÃO DA LITERATURA 15

4 METODOLOGIA 23

5 RESULTADOS ESPERADOS 29

REFERÊNCIAS 31

1 Introdução

A história de Umuarama, no estado do paraná tem inicio em 1924 quando Lord Lovat, que era técnico em agricultura e reflorestamento da Comissão Inglaterra Montagu, veio ao Brasil e a falta de estradas no norte do Paraná o impediu de ir mais do que 25 km da antiga estrada de ferro. Objetivando explorar aquela imensa floresta com mais de 350 km até as margens do rio Paraná, Lovat organizou a Brasil Plantations, empresa que adquiriu no leste paranaense, duas fazendas e iniciou plantação de algodão. O resultado não foi o esperado e em 1937 esta companhia foi absorvida por um grupo maior, a Paraná Plantations Ltda, fundada em Londres em 1925. Ao mesmo tempo em que a absorção ocorreu em Londres, se estabelecia no Brasil uma companhia subsidiária, com escritório central instalado em São Paulo. A Companhia Melhoramento Norte do Paraná instalou seu escritório nessas terras e passou a se dedicar à exploração e estudo do povoamento e também aos meios de acesso à região, construindo as primeiras estradas e rodovias e no fim de 1930 recebeu os primeiros colonizadores(UMUARAMA, 2016).

O seu desenvolvimento foi lento na década de 1930 relacionado às dificuldades da época, originarias da insegurança política e econômica do país. Durante essa época a companhia subsidiária, Companhia de Terras do Norte do Paraná, garantiu aos colonos meios de transporte para si e seus produtos, auxílio na construção de moradias, asssitência médica e preços baixos. A fundação de Umuarama está relacionada com a inauguração dos primeiros escritórios da Companhia Melhoramento Norte do Paraná. No exato lugar onde funcionava o escritório dessa Cia, em 26 de junho de 1955 foi instalada a prefeitura da recém fundada cidade de Umuarama, cujo texto diz: *"Aos vinte e seis dias do mês de junho de um mil novecentos e cinquenta e cinco, A Companhia Melhoramento Norte do Paraná, representada por seus diretores e chefes de serviço, declara inaugurada a cidade de Umuarama, situada no Núcleo Cruzeiro, quilômetro 522, da linha ferroviária que de Ourinhos demanda Guaíra, município de Cruzeiro do Oeste e Comarca de Peabiru. Umuarama, 26 de junho de 1955"* . Na mesma ocasião foi assinada a ata de fundação do aeroporto de Umuarama, mas, a criação do município de Umuarama só veio a acontecer no dia 25 de julho de 1960, por força da Lei n° 4245, desmembrando-a definitivamente de Cruzeiro do Oeste, passando a ser Comarca em 1963 (UMUARAMA, 2016).

Atualmente o município se destaca na agricultura com o programa de arrendamento de terras, na pecuária e agronegócios (PATER). Destacamos como eventos em âmbito nacional a exposição feira agropecuária, comercial e industrial; show tecnológico arenito Caiuá e mostra de Inverno. O Município também é destaque na genética de ponta. O programa de inseminação artificial (PIA), programa de renda para o pequeno produtor rural(Pro-renda). Com a evolução, Umuarama conta hoje com quase 100 mil habitantes, nos últimos anos tem obtido resultado altamente significativos. Atualmente é considerada

a capital do arenito e também se prepara para ser a capital das flores e das frutas. É centro de referência na área de saúde pública e privada, na educação e lazer, maior bacia leiteira do Estado, polo regional de comércio e serviços, capital de uma região formada por 32 municípios. Vem se destacando no setor moveleiro, alimentício e agronegócios, setores que vêm contribuindo decisivamente para definir o perfil industrial de Umuarama (UMUARAMA, 2016).

O Município conta com 30 UBS, a nossa equipe de estratégia de saúde da família (ESF) atua na unidade básica de saúde (UBS) Jardim Lisboa, que possui uma população aproximada de 6800 pessoas, mas apenas 3.133 pessoas estão cadastradas e recebe atendimento da ESF, os demais estão sem atendimento da devido a falta de agentes comunitários de saúde (ACS) para realização de cadastramento dessa parcela considerável da população e também de ESF. A população cadastrada pela nossa equipe é composta por 1.472 homens, distribuídos nas seguintes faixas-etárias: 11 com menos de 1 ano, 241 entre 1 e 14 anos, 964 entre 15 e 59 anos e 256 com mais de 60 anos. A população feminina é composta por 1.661 distribuídas nas seguintes faixas-etárias: 12 menores de 1 ano, 259 entre 1 e 14 anos, 1058 entre 15 e 59 anos e 332 com mais de 60 anos. A comunidade conta com vários movimentos sociais, os quais se encontram no salão comunitário ou no salão da igreja católica para a realização de diversas atividades entre eles temos o conselho local de saúde, que tem reuniões trimestrais, a associação local de moradores e por um candidato a vereador que reivindica as melhorias necessárias aos serviços públicos. Na região da UBS Jardim Lisboa existem pontos isolados de tráfico de drogas. Encontramos também uma pequena área de reserva florestal para conservação de um córrego, onde estão as nascentes. Estas nascentes estão em risco de contaminação por conta de obras de terraplenagem em áreas particulares e também pelo lixo depositado na encosta. A média de renda familiar da população local é de dois salários mínimos. Temos cerca de 50 famílias contam com a ajuda do programa bolsa família e 50 crianças entre 6 meses e 3 anos que fazem parte do programa do leite, nesse realizamos a pesagem semestral das crianças. Outro ponto a ser destacado é que a população idosa tem como grau de instrução o ensino fundamental incompleto, já a população de adulto jovem o ensino médio completo. Existem programas locais de alfabetização para a população idosa. Na área de atuação da UBS a infraestrutura conta com saneamento básico, energia elétrica, coleta de lixo, 99 % das ruas do bairro são asfaltadas. A maioria das moradias é de alvenaria, mas, ainda encontramos casas mais antigas de madeira. sendo duas por terreno.No que se refere a saúde temos uma prevalência de 16% de pacientes hipertensos e 6% de diabéticos. As cinco queixas mais frequentes que levaram a população a procurar atendimento na UBS Jardim Lisboa foram hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus, dislipidemia, transtornos mentais e infecção de vias aéreas superiores. Destacamos como principais causas de óbitos em crianças no ano de 2013, dados disponíveis no município de Umuarama, a inalação ou ingestão de alimentos causando obstrução de vias aéreas, malformações congênitas cardíacas e outras, prematu-

ridade/baixo peso e insuficiência respiratória. Referente ao ano de 2014 o município não dispõe dos dados atualizados. O número absoluto de óbitos em menores de 1 ano em 2014 no município de Umuarama foi de 25 crianças, não dispomos de dados referentes à área de abrangência da UBS Jardim Lisboa. Temos 100% das crianças com esquema vacinal completo. Quanto as gestantes destacamos que 75 % tiveram sete ou mais consultas de pré-natal em 2014. As cinco principais causas de morte da população de Umuarama no ano de 2013 foram pneumonia, acidente vascular cerebral (AVC), diabetes mellitus (DM), infarto agudo do miocárdio(IAM) e insuficiência cardíaca congestiva (ICC), não dispomos dos dados referentes ao ano de 2014. As cinco principais causas de internação em idosos idosos foram pneumonia, AVC, ICC, IAM, convulsão e arritmia cardíaca. As principais queixas da população são: demora para agendamento de consulta médica com a UBS e com especialistas, demora para realização de exames complementares e falta frequente de medicamentos básicos.

O problema escolhido para ser trabalhado nesse projeto de intervenção é a hipertensão arterial sistêmica (HAS), pois temos em nossa área uma prevalência de 16%. Os pacientes apresentam um descontrole dos níveis pressóricos e frequentes complicações cardiovasculares, com consequências sérias a saúde do paciente e na dependência de seus familiares, isso ocorre devido a falta de adesão a terapêutica farmacológica e não farmacológica prescrita. As doenças do aparelho circulatório são a principais causas de morbimortalidade na sociedade atual, ressaltando-se a doença coronariana, as cerebrovasculares e a insuficiência cardíaca (GIROTTO et al., 2013). A HAS é o principal fator de risco para essas doenças (ALVES; WAJNGARTEN; FILHO, 2005).

O estudo desse tema é relevante, pois a implantação de uma linha de cuidado no âmbito dos agravos dos pacientes hipertensos também é importante, com uma rede de serviços que ajude as demandas despontadas e com um projeto terapêutico apropriado para cada usuário, valorizando a integralidade do cuidado, a articulação intersetorial, as condições e necessidades locais e a autonomia das pessoas. A construção deste processo não deve ser vista apenas pela lógica individual, mas num contexto coletivo, que envolva toda a sociedade, a família e o próprio usuário no meio da produção do cuidado (GIROTTO et al., 2013).

2 Objetivos

2.1 Objetivo Geral

Propor projeto de intervenção para o controle dos níveis pressóricos dos pacientes hipertensos atendidos na UBS Jardim Lisboa - PR.

2.2 Objetivos Específicos

- Realizar atividades educativas destacando o que é HAS, suas complicações e importância de adesão aos tratamentos.
- Incentivar a adesão ao tratamento não farmacológico e a farmacológico da HAS.
- Reduzir as complicações decorrentes da HAS.

3 Revisão da Literatura

1.Hipertensão Arterial Sistêmica

1.1. Conceito e Epidemiologia

A Hipertensão arterial sistêmica (HAS) é a doença caracterizada pela elevação nos níveis tensionais da pressão arterial acima dos valores considerados normais, em que os benefícios do tratamento não farmacológico e farmacológico são maiores do risco de não se tratar, pois quanto maiores os valores dos níveis pressóricos, maiores os riscos de morbi-mortalidade cardiovascular. Atualmente a HAS é considerada uma doença cardiovascular crônica, responsável por eventos cardiovasculares evitáveis com o tratamento não farmacológico e farmacológico, com controle adequado dos níveis da pressão arterial, diminuindo os eventos cerebrovasculares, cardíacos e renais (AUSIELLO; GOLDMAN, 2010)

No Brasil a Hipertensão arterial sistêmica é a doença vascular mais frequente, sendo o Acidente vascular cerebral sua complicação mais grave, além disso essa complicação é a principal causa de mortalidade no Brasil, responsável em 2009 por 97.860 mortes, contra 95.449 óbitos por doenças isquêmicas do coração (LADEIA; LIMA, 2014).

As doenças cardiovasculares são as principais causas de morte no Brasil, representando 34% no número total de óbitos, sendo a Hipertensão arterial sistêmica o principal fator de risco cardiovascular. Além disso, no ano de 2010 as doenças cardiovasculares foram a segunda causa de internamento em adultos no Brasil, com complicações que se caracterizam por alta mortalidade, altos custos para tratamento e reabilitação, além do comprometimento na qualidade de vida do paciente (MAGALHÃES, 2014).

A prevalência da HAS na população adulta brasileira é variável entre 22,3% a 43,9%, com média estimada em 32,5%, dependendo da região estudada, o que significa dizer que há no Brasil aproximadamente 20 a 40 milhões de pacientes hipertensos, de tal forma que a Hipertensão arterial sistêmica se torna mais comum na terceira e quarta décadas de vida, com aumento proporcional da incidência com o envelhecimento, com mais de 50% entre 60 e 69 anos e 75% com mais de 70 anos, observando-se que as mulheres que ainda não estão na Menopausa apresentam menor prevalência quando comparadas aos homens da mesma faixa etária (CARDIOLOGIA; HIPERTENSÃO; NEFROLOGIA, 2010).

1.2. Classificação

1. HAS essencial: constata-se que 95% dos pacientes estão classificados na HAS essencial, que possui etiologia desconhecida multifatorial e multicausal

2. HAS secundária: 5% dos pacientes estão no grupo da HAS secundária.A hipertensão secundária pode várias causas:

- Problemas renais :glomerulonefrite aguda e crônica, pielonefrite crônica, rins policísticos, nefropatia diabética, uropatia obstrutiva, hidronefrose, estenose da artéria renal, arterites intra-renais, tumores renais que produzem renina e retenção primária de sódio.
- Problemas endocrinológicos/metabológicos: acromegalia, hipotireoidismo, hipertireoidismo, hiperparatireoidismo, tumores de células cromafins, síndrome carcinoide, feocromocitoma, síndrome de cushing, hiperaldosteronismo primário, hiperplasia adrenal congênita.
- Problemas vasculares: coarctação da aorta.
- Distúrbios do sistema nervoso central: apneia do sono, hipertensão intracraniana, porfiria aguda, disautonomia familiar, síndrome de Guillain-Barré.
- Doença hipertensiva específica da gravidez: surge geralmente no terceiro trimestre em 7 a 10% das gestações, sendo caracterizado pela elevação nos níveis pressóricos acompanhado de proteinúria, podendo haver hiperuricemia e edema.
- Estresse agudo pré e pós-cirúrgico relacionado a fatores tais como: hipoglicemia, pancreatite, queimaduras, pós-reanimação cardíaca, crise de falcização das hemácias, síndrome de abstinência alcoólica, hiperventilação de origem psicogênica.
- Fármacos ou outras substâncias, tais como: anticoncepcionais hormonais, corticoesteroides, descongestionantes nasais, anti-inflamatórios não hormonais, antidepressivos tricíclicos, anfetaminas, ciclosporina, cocaína, bebidas alcoólicas e eritropoietina.

Na atualidade se observa o fenômeno do aumento da prevalência da Hipertensão arterial sistêmica em crianças e adolescentes, relacionado à Obesidade, alterações nos hábitos de vida, tais como: Sedentarismo e inadequada alimentação (PORTO; PORTO, 2013).

1.3. Fatores de Risco

- Envelhecimento, sendo mais prevalente no sexo masculino até os 50 anos e no sexo feminino após os 50 anos,
- Excesso de peso, a obesidade central,
- Sedentarismo,
- Bebidas alcoólicas,
- Baixo índice de alfabetização,
- Raça: sendo mais comum em negros e tendo comportamento mais agressivo nesse grupo racial (CARDIOLOGIA; HIPERTENSÃO; NEFROLOGIA, 2010).

1.4. Sinais e sintomas

A Hipertensão Arterial sistêmica permanece assintomática na maioria dos pacientes, podendo apresentar-se oligossintomática após um período aproximado de evolução da doença de 15 a 20 anos associado às complicações, tais sintomas podem ser: cefaleia, zumbidos, tonturas, palpitações, poliúria, nictúria, dispneia de esforço, alteração de sono, diferença semiológica entre pulso de membros superiores e inferiores devido a coarctação da aorta, crises catecolamínicas devido a feocromocitoma (AUSIELLO; GOLDMAN, 2010).

Devido a sua natureza assintomática na maioria dos pacientes a HAS não é diagnosticada previamente, sendo descoberta quando ocorre seu primeiro evento cardiovascular, como a exemplo: o Acidente vascular isquêmico, sendo uma doença com de potencial catastrófico, considerada um sério problema de saúde pública, com eventos cardiovasculares desfavoráveis, justificando a programação terapêutica, pois pacientes com níveis pressóricos aferidos em duas ou mais consultas superiores a 140/90mmHg ou uma única aferição com valores maiores ou iguais a 180/110mmHG, são considerados hipertensos, beneficiando-se do tratamento. De tal forma que a detecção, acompanhada do tratamento adequado e do controle da HAS é de fundamental importância para a redução dos eventos cardiovasculares (CARDIOLOGIA; HIPERTENSÃO; NEFROLOGIA, 2010).

A pressão arterial sofre forte influência do Sistema nervoso autônomo, com comportamento dinâmico na oscilação dos valores da pressão arterial, de tal forma que é obtida do produto entre o débito cardíaco e a resistência vascular periférica, em que a atividade simpática aumenta a frequência cardíaca e o Inotropismo, determinado elevação nos níveis pressóricos (GUYTON; HALL, 2011).

1.5. Diagnóstico

O diagnóstico de HAS é realizado quando a média da pressão arterial (PA) aferida em condições ideais excede os valores normais em três momentos distintos, sendo a pressão sistólica maior ou igual a 140mmHg e/ou a pressão diastólica maior ou igual a 90mmHg. Sendo que o ideal é aferir de 2 a 3 vezes em cada momento. Outra forma de diagnóstico é a realização da Medida Residencial da Pressão Arterial (MRPA) com média das aferições maior ou igual a 135/85 mmHg ou através da Medida Ambulatorial da Pressão Arterial (MAPA) com média das aferições durante a vigília maior ou igual a 140/90mmHg, ou através da caracterização da hipertensão sistólica Isolada com valores da pressão arterial sistólica maior ou igual a 140mmHg e pressão arterial diastólica menor que 90mmHg (CARDIOLOGIA; HIPERTENSÃO; NEFROLOGIA, 2010).

Alguns fatores devem ser levados em consideração como a hipertensão do jaleco branco caracterizada por níveis pressóricos maiores ou iguais a 140/90mmHg somente nos momentos em que a PA é aferida por médicos ou outros profissionais da área da saúde. O paciente diagnosticado como hipertenso deve ser avaliado através dos seguintes exames complementares: Glicemia de jejum, Perfil lipídico, Creatinina, Potássio, Ácido úrico, Par-

Tabela 1 – 1.6. Classificação da Pressão arterial

Classificação	PA sistólica	PA diastólica
Ótima	menor que 120 mmHg	menor que 80 mmHg
Normal:	menor que 130 mmHg	menor que 85 mmHg
Limítrofe	entre 130-139 mmHg	entre 85-89 mmHg
Estágio 1	entre 140-159 mmHg	entre 90-99 mmHg
Estágio 2	entre 160-179 mmHg	entre 100-109 mmHg
Estágio 3:	maior ou igual 180 mmHg	maior ou igual 110 mmHg
Isolada	maior ou igual 140mmHg	menor 90mmHg Fonte: (CARDIOLOGIA; HIPERTENSÃO; NEFROLOGIA, 2010)

cial de urina, Eletrocardiograma, podendo ser incluso outros exames norteado através da individualização do quadro clínico de cada paciente (CARDIOLOGIA; HIPERTENSÃO; NEFROLOGIA, 2010).

1.7. Complicações

- Hipertrofia ventricular esquerda
- Disfunção ventricular esquerda diastólica e sistólica
- Doença arterial coronariana
- Acidente vascular cerebral
- Doença arterial periférica
- Retinopatia hipertensiva e Nefropatia hipertensiva (BRAUNWALD et al., 2013).

A Hipertensão arterial sistêmica tem forte relação com a aterosclerose, principal fator das complicações cardiovasculares, sendo caracterizada pelo acometimento da parede de artérias de grande calibre como aorta, de médio calibre, tais como: coronárias, carótidas, renais, mesentéricas, femorais, com formação de placas com centro lipídico envolto por capa fibrosa na camada íntima das artérias, formando as placas de ateroma, que contém em seu interior células inflamatórias, como macrófagos e linfócitos, além das células musculares lisas produtoras de Colágeno (PORTO; PORTO, 2013).

1.8. Prevenção e Tratamento

São medidas cabíveis e essenciais aos pacientes hipertensos a estratificação do risco cardiovascular e o estadiamento da HAS. Além disso, é de extrema importância conscientizar o paciente da importância da aderência ao tratamento não farmacológico e do tratamento farmacológico quando indicados, sendo que o tratamento não farmacológico está indicado a todos os pacientes hipertensos e aos com Pressão arterial normal/limítrofe. Já o tratamento farmacológico está indicado quando o tratamento não farmacológico não é suficiente para normalização da PA ou se houver fatores de risco cardiovascular associado, ou se houver lesão de órgãos alvo e doença cardiovascular. É imprescindível a obtenção da adesão ao tratamento. O tratamento do paciente hipertenso é composto do tratamento não farmacológico e farmacológico e objetiva a redução dos níveis pressóricos para que se atinjam os valores pré-estabelecidos na meta terapêutica, de acordo com o estágio da Hipertensão arterial sistêmica e do risco cardiovascular, além de visar à redução dos riscos da morbimortalidade relacionados às complicações cardiovasculares. De tal forma que pacientes hipertensos com risco cardiovascular baixo podem ser tratados com Modificação do estilo de vida, em contraposição paciente hipertensos com risco cardiovascular mais alto, superior a 20% tem indicação do tratamento medicamentoso. Portanto está indicada a terapia medicamentosa anti-hipertensiva quando o paciente for diabético e com PA maior que 130/80 mmHg, em hipertenso estágio 2, caracterizado por níveis pressóricos maiores ou iguais a 160/100 mmHg, em paciente com quadro de Insuficiência renal crônica e com PA superior a 130/80mmHg, nos pacientes com insuficiência cardíaca congestiva e com níveis pressóricos maiores que 130/80 mmHg, pacientes hipertensos leves e com lesões em órgãos-alvo e nos hipertensos leves não controlados após 6 meses instituído as mudanças no estilo de vida do paciente. De tal forma que os níveis pressóricos se mantenham inferiores a 140/90 mmHg, menores que 130/80 mmHg nos pacientes com quadro de Insuficiência cardíaca congestiva e nos diabéticos e inferior a 125/75 mmHg nos pacientes nefropatas com proteinúria superior a 1grama por grama de creatinina (CARDIOLOGIA; HIPERTENSÃO; NEFROLOGIA, 2010).

Observa-se maiores taxas de controle da Pressão arterial entre os pacientes assíduos às consultas médicas, além de melhor aderência ao tratamento não farmacológico ou farmacológico propostos, demonstrando a importância da realização de consultas médicas frequente (COELHO et al., 2005).

O tratamento não farmacológico é indicado para controle dos níveis pressóricos e redução nos fatores de risco cardiovascular, sendo composto por redução do peso corporal, visando o Índice de massa corporal entre 18,5 e 24,9. Além disso, indica-se a redução na ingesta alimentar de Sódio, em quantidades inferiores a 100mEq ao dia, o que representa uma quantidade menor que 6 gramas de sal de cozinha ao dia, para atingir essa meta evitar alimentos industrializados, não levar o saleiro à mesa, evitar temperos prontos, conservas e embutidos. É de extrema importância reduzir a ingesta de alimentos gordurosos, evitando

frituras, leite integral e derivados, gema de ovo, carnes gordas. Outro ponto importante é a redução do consumo de bebidas alcoólicas, sendo menor que 15ml de etanol para mulheres e 30 ml para homens. Deve-se encorajar o abandono do tabagismo, a realização de atividade física regularmente, como caminhada moderada de 30 a 60 minutos ao dia, por 5 dias na semana e o aumento na ingesta de Potássio e Cálcio. Na alimentação preferir alimentos cozidos, grelhados, assados, temperos naturais, verduras, legumes, frutas, fibras e grãos, peixes e aves preparados sem pele e produto lácteo desnatado. Outras medidas que se mostram benéficas são a ingestão de substâncias antioxidantes como a Vitamina C, o aumento no consumo de fibras vegetais, carecendo de estudos com melhores condições metodológicas (CARDIOLOGIA; HIPERTENSÃO; NEFROLOGIA, 2010).

O tratamento não farmacológico é de extrema importância como parte efetiva do tratamento dos pacientes hipertensos, de tal forma que a educação em saúde relacionado a importância do tratamento não farmacológica da Hipertensão arterial sistêmica tem eficácia com a aderência ao tratamento não farmacológico, com melhor aderência à alimentação adequada, a prática de atividades físicas regularmente, com melhores resultados na redução do Índice de massa corporal(IMC), com redução significativa da circunferência abdominal, além do melhor controle da Pressão arterial, demonstrando a importância da educação em saúde como parte integrante na abordagem do paciente hipertenso (OLIVEIRA et al., 2013).

O tratamento farmacológico se baseia no uso medicamentoso em monoterapia em menor dose possível na HAS leve e na associação de medicamentos em menor dose possível na hipertensão arterial moderada e grave.

HAS estágio 1: no início do tratamento é indicado iniciar com Diurético tiazídico, que inibe a reabsorção de cloreto de sódio no túbulo contorcido distal, em monoterapia ou em associação,.

HAS estágio 2: hidroclorotiazida, clortalidona, indapamida. A segunda classe de medicamento indicado são os beta-bloqueadores, agem realizando a inibição do inotropismo e cronotropismo cardíaco, com consequente redução no débito cardíaco, com efeito benéfico anti-anginoso e antiarrítmico, possuindo ampla eficácia no tratamento de pacientes jovens e da raça branca, com presença de taquicardia e aumento do débito cardíaco, tais como: propranolol, atenolol, metoprolol, pindolol, bisoprolol,. A terceira classe de medicamentos que devem ser usados são os inibidores da enzima conversora de angiotensina II, com ação de vasodilatação arterial levando a redução na resistência vascular periférica e com ação venodilatadora, reduzindo o retorno venoso, através da redução da angiotensina II: enalapril, captopril, ramipril, benazepril, cilazapril, delapril, fosinopril, lisinopril, quinapril, perindopril, tandolopril. A quarta classe medicamentosa são os antagonistas dos canais de cálcio, que agem no bloqueio dos canais de cálcio presentes na membrana celular, tais como: nifedipina retard, nifedipina, anlodipino entre outros. Outras classes medicamentosas de uso recorrente são os diuréticos de alça, que agem realizando a redução na

reabsorção de sódio na porção ascendente da alça espessa de Henle (CARDIOLOGIA; HIPERTENSÃO; NEFROLOGIA, 2010).

1.9. HAS e a Atenção básica

Há atualmente programas de políticas públicas existentes para a atenção à saúde dos pacientes hipertensos no Brasil, tais como o HiperDia, a farmácia popular e o plano de reorganização da atenção à HAS. Sendo que o HiperDia destina-se ao cadastramento e acompanhamento de portadores de HAS atendidos na rede ambulatorial do sistema único de saúde (SUS), dessa forma permite gerar informação para aquisição de medicamentos e sua dispensação e distribuição, de forma regular e sistemática para todos os pacientes cadastrados. O sistema envia os dados para o cartão nacional de saúde, funcionalidade essa que garante a identificação única do usuário SUS. Tem como benefícios orientar os gestores públicos na adoção das estratégias de intervenção, permitindo conhecer o perfil epidemiológico da HAS na população, além de cadastrar e acompanhar a situação dos portadores de Hipertensão arterial sistêmica em todo o país, disponibilizando informações de acesso público com exceção da identificação do portador (SAÚDE, 2016).

O plano de reorganização da atenção à HAS foi aprovado pela Portaria/GM n° 16, de 03/01/2002, que estabelece a organização da assistência, da prevenção e da promoção à saúde, além de garantir a vinculação dos usuários à rede, implementando programa de educação permanente em Hipertensão arterial sistêmica e demais fatores de risco para doenças cardiovasculares, tendo como objetivos a implantação do cadastramento dos portadores de Hipertensão arterial sistêmica, mediante a instituição do Cadastro Nacional de Portadores de Hipertensão arterial sistêmica, proposto pela Secretaria de Políticas de Saúde do Ministério da Saúde e pactuado na Comissão Intergestores Tripartite - CIT, para ofertar de maneira contínua para a rede básica de saúde os medicamentos para hipertensão, tais como a hidroclorotiazida 25 mg, o propanolol 40 mg e o captopril 25 mg, sendo definidos e propostos pelo Ministério da Saúde, além de serem validados e pactuados pelo Comitê do Plano Nacional de Reorganização da Atenção a Hipertensão Arterial pela CIT, somado ao acompanhamento e avaliação dos impactos na morbimortalidade para essas doenças decorrentes da implementação do Programa Nacional (BRASIL, 2002).

Há associação positiva em relação ao conhecimento da doença e suas formas de tratamento com tomada de atitudes benéficas frente ao tratamento nos pacientes com Hipertensão arterial sistêmica, porém com fraca associação no controle dos níveis pressóricos, sendo que para que se atinja esse controle adequado se deve realizar uma abordagem integral com intervenção multidisciplinar, sendo observado uma relação positiva entre aposentadoria e mais tempo de tratamento com valores adequados nos níveis pressóricos, podendo se relacionar provavelmente ao maior tempo para dedicar ao tratamento em curso, de tal forma que para o sucesso no controle dos níveis pressóricos de acordo com a meta terapêutica preestabelecida deve ser realizado abordagem multidisciplinar dando a devida importância as particularidades de cada paciente, com suas crenças e valores,

além das práticas culturais (STRELEC; PIERIN; JÚNIOR, 2003).

As atividades educativas em saúde realizadas com pacientes portadores de doenças crônicas, como a Hipertensão arterial sistêmica, mostram-se benéficas por favorecer a troca de experiências dos sujeitos envolvidos no processo, possibilitando a livre expressão de suas ideias e crenças, proporcionando a reflexão, possibilitando que o paciente se torne sujeito na gerência do tratamento, com medidas de auto cuidado em saúde, além disso, ficou evidente que o paciente conhece a doença, o tratamento, os fatores de risco e as possíveis complicações, porém os pacientes não sabiam definir as doenças crônicas, o que remete a um conhecimento vago da completa definição da doença, o que pode refletir no grande número de pacientes hipertensos com descontrole da PA (ULBRICH et al., 2012).

Na abordagem do paciente hipertenso é necessário conhecer aspectos mais abrangentes que vão além da doença, para poder compreender e intervir positivamente nos fatores determinantes da relação saúde doença, sendo observado que os pacientes hipertensos apresentam conhecimento restrito e vago sobre a definição de Hipertensão arterial sistêmica e Pressão alta, mesmo após terem recebido algum grau de informação pelos profissionais de saúde. Além disso, nota-se que os pacientes começam a relacionar sintomas após o descobrimento da doença, o que pode refletir positivamente, pois pacientes sintomáticos tem melhor aderência à terapêutica. Outro ponto importante se refere ao fato dos pacientes apontarem a Modificação no estilo de vida como um dos principais pilares para controlar a Hipertensão arterial sistêmica, porém no início do diagnóstico o paciente tende a acreditar na abordagem do médico e da terapêutica medicamentosa, relegando as Modificações no estilo de vida para um segunda instância dificultando o controle nos níveis pressóricos. Além disso, parcela importante dos pacientes referem temer as complicações relacionadas ao descontrole da Pressão arterial, o que favorece a abordagem terapêutica, com adoção de medidas que mantenham o adequado controle da PA. Para que se alcance as metas terapêuticas preestabelecidas se faz necessário uma abordagem ampliada, com incentivo à participação do paciente e seus familiares, individualizando e levando em consideração as necessidades do paciente, com adequada comunicação através de linguagem fácil e acessível, além de trabalhar aspectos psicossociais e cognitivos com incentivo ao auto cuidado em saúde (PÉRES; MAGNA; VIANA, 2003).

Há comprometimento em todos os níveis na qualidade de vida do paciente hipertenso, sugerindo o comprometimento global na vida dos pacientes portadores de HAS, com maior comprometimento no estado geral de saúde, provavelmente relacionado às manifestações clínicas e ao tratamento. Além disso, há limitações na capacidade e atividade física, porém os pacientes não consideravam como comprometimento no desempenho físico, pois relacionam como comprometimento na capacidade funcional e no desempenho físico o fato de não conseguir andar ou trabalhar, o que distorce a análise, dificultando o seguimento do tratamento anti-hipertensivo,dificultando à aderência à terapêutica, pois a Hipertensão arterial sistêmica é uma condição crônica, que cursa na maioria das vezes silenciosamente

e com graves complicações cardiovasculares (BRITO et al., 2008).

O controle adequado da HAS é de extrema importância ao Brasil, devido aos impactos negativos que o descontrole da PA acarreta, com elevado custo social, podendo se associar a não aderência à terapêutica ou até mesmo pela descontinuidade do fornecimento da medicação nos serviços de atenção básica de saúde,ou pelo tratamento não adequado, podendo ocorrer graves complicações cardiovasculares e lesões em órgãos alvo, com elevados custos ao estado e a toda população, com alto custo social e econômico sobre o setor de saúde, setor produtivo e da previdência social (LESSA, 2006).

4 Metodologia

Trata-se de um Projeto de Intervenção que acontecera com os hipertensos atendidos na UBS Jardim Lisboa em Umuarama – PR. As atividade educativas serão realizadas em grupo e também individual.

Os grupos serão realizados nas reuniões do HIPERDIA, que acontecem mensalmente e também serão programadas palestras abertas à comunidade.

Os temas a serem abordados nas atividades de grupo serão HAS, o que é, fatores de risco, complicações e tratamentos.

As orientações individuais acontecerão nas consultas médicas e de enfermagem e nas visitas domiciliares.

Dessa forma, será estabelecido uma planilha com a porcentagem de pacientes hipertensos com descontrole dos níveis pressóricos e a porcentagem desses pacientes que tiveram complicações cardiovasculares e lesões em órgãos-alvo, assim como dos que tiveram óbitos correlacionados a essas complicações, sendo que os objetivos são atingíveis por ações em saúde diretas tomadas durante a execução do projeto, podendo facilmente e de forma clara avaliar a plausibilidade do projeto com o alcance das metas pré-estabelecidas através da quantificação de pacientes com controle e descontrole dos níveis pressóricos, dos pacientes previamente hipertensos com a presença ou ausência de complicações cardiovasculares e lesões em órgãos-alvo, além da quantificação de óbitos relacionados aos agravos advindos pelo descontrole dos níveis pressóricos e a quantificação de pacientes com dependência de familiares e cuidadores decorrentes das complicações relacionadas ao descontrole nos níveis pressóricos.

Através de equipe multiprofissional, composta por médico, enfermeira, técnico de enfermagem, dentista e os agentes comunitários constituintes da equipe de ESF, atuaremos durante as reuniões do HiperDia, que serão realizadas no salão comunitário mensalmente com a participação dos profissionais da equipe de ESF, com a apresentação expositiva de conteúdo informatizado através de slides projetados em telão, com informações pertinentes com linguagem clara e acessível aos pacientes sobre a HAS, as possibilidades do tratamento farmacológico e do tratamento não farmacológico, além de esclarecer aos pacientes as complicações cardiovasculares e lesões de órgãos alvos para a conscientização da população da importância da aderência irrestrita a terapêutica, além de estabelecer um canal de comunicação através de um diálogo com a população visando identificar as necessidades prioritárias da população para obter maior aderência e adequar a abordagem sobre os pacientes hipertensos com descontrole da Pressão arterial levando em consideração suas particularidades e a realidade local, através do estímulo a discussão em grupo, possibilitando a troca de informações e experiências entre os participantes, com posterior reflexão sobre o problema de saúde e de como modificá-lo positivamente.

Conjuntamente, utilizaremos mecanismos pedagógicos facilitadores, como a simulação dos danos vasculares oriundos do descontrole dos níveis pressóricos através de tubulações de plástico, em que simularemos todo o processo fisiopatológico para que os pacientes entendam na prática de forma facilmente compreensível o que está sendo explicado oralmente, com uma abordagem multiprofissional, de tal forma que seja aberto espaço para que todos os profissionais integrantes da equipe de Estratégia de Saúde da Família possam contribuir com suas experiências na educação em saúde. Além disso, abriremos espaço durante a discussão para que os pacientes presentes na reunião possam fazer perguntas abertas de suas dúvidas sobre Hipertensão arterial sistêmica; levaremos questionamentos pré-estabelecidos a respeito de temáticas de suma importância a serem abordadas. Também levaremos alimentos industrializados para compararmos juntamente com a população a porcentagem de sódio, em relação ao valor diário permitido, de cada alimento para que a população possa se conscientizar da importância do tratamento não farmacológico como parte importante para atingir a meta terapêutica previamente estabelecida.

Durante as reuniões faremos a distribuição com controle dos pacientes que estão retirando e os que estão deixando de retirar a medicação, com busca ativas desses pacientes para identificar e corrigir o provável problema para não aderência à terapêutica medicamentosa. Realizaremos também aferições dos valores da Pressão arterial com anotação em tabela para acompanhamento e quando necessário intervir. Sendo que nos pacientes dentro dos valores da meta terapêutica enfatizaremos a importância da continuidade do correto tratamento e nos pacientes com descontrole nos níveis pressóricos procuraremos a provável causa e interviremos para modificação nos fatores determinantes da relação saúde doença.

Além disso, durante as consultas médicas enfatizaremos os temas discutidos sobre Hipertensão arterial sistêmica com explicação mais detalhada através de exposição em slides no computador para o paciente de forma lúdica e planejaremos juntamente com o paciente e seus familiares durante as consultas e visitas domiciliares os valores da Pressão arterial estabelecidos individualmente como meta, com acompanhamento e verificação frequente para avaliar o tratamento e indicar os prováveis ajustes quando necessários.

Dessa forma, será elaborada uma tabela para entregarmos aos pacientes em que haja duas colunas comparativas entre o valor da Pressão arterial estabelecida como meta e o do valor encontrado na aferição do paciente, para que esse possa tomar conhecimento da evolução nos valores pressóricos em acordo ou desacordo com a meta terapêutica, individualizando a abordagem nesses pacientes fora das metas preestabelecidas para as devidas correções necessárias.

A intervenção será realizada em todos os pacientes hipertensos e limítrofes adscritos na UBS Jardim Lisboa realizando as atividades educativas propostas para o controle dos níveis pressóricos de acordo com a meta terapêutica preestabelecida para cada paciente. Com a divisão das atividades propostas, realizadas por todos os profissionais de

saúde da ESF, através de equipe multidisciplinar, adotando o cronograma proposto para implementação do Projeto de Intervenção. Solicitaremos , quando necessário, exames complementares e precreveremos tratamento não farmacológico e o farmacológico.

ramação em conjunto com a equipe das estratégias para educação do paciente, encaminhando as unidades de referência nos níveis de atenção secundário e terciário nos casos graves e refratários ao tratamento, nos pacientes com lesões em órgãos alvo e nos casos urgência e emergência hipertensiva. persistindo nos objetivos e metas estabelecidas no planejamento do tratamento. Já para o profissional enfermeiro competirá: capacitar e supervisionar os Agentes comunitários de saúde e os auxiliares de enfermagem, além da realização de consultas em enfermagem com a abordagem nos fatores de risco, do tratamento não farmacológico, adesão ao tratamento e as intercorrências, realizando o encaminhamento do paciente para consulta médica quando necessário, também desenvolveremos atividades educativas de forma individual e coletiva, visando a adesão à terapêutica. Solicitação de exames estabelecidos no consenso,repetir a medicação dos pacientes controlados e sem intercorrências, encaminhar para consulta mensalmente os pacientes não aderentes ao tratamento proposto, ou com lesões em órgãos-alvo, ou de difícil controle, encaminhar para consulta trimestralmente os pacientes com lesões em órgãos alvo ou comorbidades e encaminhar para consulta médica semestralmente os pacientes controlados sem lesões em ógãos alvo ou sem comorbidades. Em contrapartida o auxiliar de enfermagem deve: aferir os níveis da Pressão arterial, peso, altura, circunferência abdominal nos pacientes da demanda espontânea, orientando os pacientes da importância nas Mudanças no estilo de vida, orientando sobre os fatores de risco cardiovascular, agendar consultas médicas e de enfermagem nos casos indicados, realizar anotações nas fichas clínicas, cuidar dos equipamentos e solicitar manutenção quando necessário, encaminhar as solicitações dos exames complementares aos serviços de referência, controlar o estoque de medicamentos e solicitar reposição da medicação, além de fornecer a medicação ao paciente em tratamento. Já ao agente comunitário de saúde compete: esclarecer e orientar a prevenção sobre os fatores de risco cardiovascular, rastrear a Hipertensão arterial sistêmica em pacientes com mais de 20 anos assintomáticos, encaminhar para consulta os pacientes suspeitos de hipertensão, verificar o comparecimento dos pacientes às consultas agendadas, verificar a existência de sintomas de doença cardiovascular, cerobrovascular ou outras prováveis complicações com encaminhamento para consulta, avaliar a aderência à terapêutica, com a tomada frequente e correta da medicação prescrita e se está seguindo as orientações de modificações do estilo de vida propostas, além de registrar na ficha de acompanhamento o diagnóstico e o risco cardiovascular estimado de cada membro da família.

Para a maximização da eficácia e eficiência das ações estratégicas em saúde para abordagem dos pacientes portadores de HAS cada componente da equipe da ESF deve desempenhar sua função na condição de sujeito modificador dos determinantes da relação saúde-doença e que seja estabelecido metas, com prazos pré-determinados, com definição

Tabela 2 – Cronograma

Tempo	1° semana	2° semana	3° semana	4° semana
Ações realizadas	- Preparação do material pedagógico. - Confecção e impressão das tabelas.	-Estadiamento do risco cardiovascular e da Pressão arterial. -Realização de exames complementares. -Estabelecimento da meta terapêutica individual.	-Realização de reuniões, orientações individuais e coletivas, palestras. -Distribuição da medicação anti-hipertensiva de uso contínuo. - Construção da planilha com a porcentagem: descontrole, controle, complicações cardiovasculares, lesões em órgãos-alvo, taxa de mortalidade relacionada e dependentes parcial e total.	-Mapeamento e intervenção da realidade individual e coletivamente. -Planejamento de ações estratégicas. -Avaliação e correção do Projeto de Intervenção. -Continuidade do Projeto de Intervenção.
Sujeitos	Equipe multidisciplinar	Equipe multidisciplinar	Equipe multidisciplinar	Equipe multidisciplinar

em específico do período de realização de cada etapa do Projeto de Intervenção, conforme o cronograma abaixo, podendo iniciar a aplicação do Projeto de Intervenção imediato ao período de finalização do preparo do material pedagógico a ser utilizado.

As atividades de educação em saúde serão desenvolvidas no salão comunitário e no salão da Igreja católica, locais que são realizadas as reuniões com a população, na instalação física da Unidade Básica de Saúde, nos consultórios durante avaliação médica e na sala de espera antes das consultas, além dos domicílios dos pacientes durante as visitas domiciliares. De tal forma que o Projeto de Intervenção poderá ser iniciado nas próximas quatro semanas, podendo ser aplicado desde então durante todas as atividades com os pacientes hipertensos de forma ininterrupta, após preparação completa do material pedagógico que servirá de base para a educação em saúde e da confecção das tabelas que serão usadas para o acompanhamento dos níveis pressóricos; além da necessidade de individualizar cada paciente com anotação na tabela específica do estágio da Hipertensão arterial sistêmica e do risco cardiovascular para que se possam estabelecer os níveis pressóricos que servirão como meta para cada paciente.

Para execução desse projeto de intervenção será necessário recursos humanos e mate-

riais, tais como esfigmomanômetros, computadores, impressora, folha para impressão já disponível para as atvidades em saúde.

Para a realização da intervenção proposta já se dispõe de recursos humanos, que são os profissionais da equipe Estratégia de Saúde da Família da Unidade Básica de Saúde Jardim Lisboa no município de Umuarama-PR,com abordagem multidisciplinar. Além disso, será necessário computador e projetor para projeção dos slides, podendo ser fornecido pela prefeitura, com agendamento prévio para fornecimento do material, Também será necessário o uso da tubulação de plástico fornecida pelo médico, sem custos ao serviço de saúde, outro material necessário será a impressão das tabelas, realizadas na Unidade Básica de Saúde com o material já disponível no serviço, além dos aparelhos para aferição da Pressão arterial e dos medicamentos presentes na farmácia, já disponíveis na Unidade Básica de Saúde.

5 Resultados Esperados

Como resultado do Projeto de Intervenção esperamos o controle adequado dos níveis pressóricos de acordo com a meta terapêutica preestabelecida, baseada no estágio da HAS e no risco cardiovascular existente, através da aderência irrestrita às terapêuticas não farmacológicas e farmacológicas, com diminuição na incidência de complicações cardiovasculares e lesões em órgãos alvo e na diminuição da taxa de mortalidade relacionada às complicações advindas do descontrole dos níveis pressóricos.

As condições necessárias para a obtenção dos resultados esperados são a participação ativa dos pacientes e seus familiares, dos profissionais de saúde e das autoridades competentes, trabalhando com afinco, unidos por um objetivo em comum o controle dos níveis pressóricos, de forma individualizada, de acordo com a meta terapêutica preestabelecida, baseada no estágio da Hipertensão arterial sistêmica e na classificação do risco cardiovascular.

Sendo que, para se alcançar esses resultados será necessário o tempo de quatro semanas para se preparar o material pedagógico, a classificação do estágio da HAS e risco cardiovascular de cada um dos pacientes, da totalidade dos pacientes hipertensos adscritos na UBS Jardim Lisboa, além da impressão das tabelas de cada paciente e dar início as atividades, de tal forma que a intervenção terá início a partir do planejamento prévio dos recursos e se perpetuará de forma longitudinal com impacto positivo nos determinantes da relação saúde e doença.

Para execução desse projeto de intervenção será necessário recursos humanos e materiais, tais como esfigmomanômetros, computadores, impressora, folha para impressão já disponível para as atividades em saúde.

Assim sendo, são essas as medidas essenciais para se intervir na problemática da HAS, tendo em vista a relação existente entre o descontrole dos níveis pressóricos acima dos valores estabelecidos como metas e das complicações cardiovasculares e das lesões em órgãos alvo, aumentando a taxa de mortalidade decorrentes desses eventos e o número de pacientes totalmente dependentes dos familiares e cuidadores, com comprometimento na qualidade de vida e funcionalidade biológica do paciente, sendo a metodologia escolhida extremamente benéfica pela facilidade de sua execução, requerendo poucos recursos públicos para sua execução e com resultados significativos na redução da morbimortalidade.

De tal forma,esperamos com a execução do projeto de Intervenção, adequar os valores dos níveis pressóricos dentro dos valores estabelecidos previamente como metas terapêuticas, com consequente redução na prevalência de complicações cardiovasculares e lesões em órgãos alvo, com diminuição da taxa de mortalidade relacionada aos eventos relacionados à Hipertensão arterial sistêmica, através da conscientização dos pacientes hipertensos sobre a importância do tratamento não farmacológico e farmacológico para que se possa

alcançar o controle dos níveis pressóricos.

Desejamos à disseminação do conhecimento aos pacientes hipertensos sobre a doença, seu tratamento, suas principais complicações e prognósticos relacionados ao controle ou descontrole nos níveis pressóricos, além de possibilitar ao paciente o conhecimento dos valores pressóricos de forma longitudinal e que o paciente em conjunto com o médico possam comparar esses valores com os valores preestabelecidos como meta terapêutica torna o paciente mais participativo, de forma ativa, no tratamento, com melhor aderência, melhor controle pressórico; prevenindo e retardando complicações cardiovasculares, lesões em órgãos alvo e diminuindo a mortalidade e a dependência relacionada a complicações decorrentes ao descontrole nos níveis pressóricos, carecendo de estudos criteriosos, com adequada metodologia científica, que possibilite correlacionar o uso da tabela dos valores pressóricos obtidos e os valores esperados com a evolução da doença e do controle dos níveis pressóricos. Assim, o projeto de intervenção pode auxiliar na abordagem da HAS na atenção primária de saúde através do diagnóstico precoce, tratamento não farmacológico e farmacológico adequados, com atuação de equipe multidisciplinar, com a atribuição da Atenção primária de saúde no controle adequado da PA, na prevenção de complicações cardiovasculares, na promoção à saúde com educação em saúde,visando ao autocuidado, com avaliação dos reais benefícios da metodologia implantada neste trabalho e da consequência no desfecho dos pacientes hipertensos adscritos na UBS Jardim Lisboa, podendo ser replicado se demonstrar resultados positivos nos fatores determinantes da relação saúde e doença em outros serviços de saúde, com potencial modificador positivo no controle dos níveis pressóricos de acordo com os valores preestabelecidos na meta terapêutica, com prevenção de complicações cardiovasculares e lesões em órgãos alvo, diminuição da mortalidade e dependência relacionados ao descontrole dos níveis pressóricos, com promoção à saúde, tornando os pacientes como indivíduos facilitadores e incentivo ao autocuidado, modificando a realidade existente com impacto positivo na saúde pública local, podendo se estender para outras instâncias, com impacto sobre a forma de gestão e na eficácia e eficiência dos recursos públicos destinados à área da saúde pública.

Referências

ALVES, T. C. de T. F.; WAJNGARTEN, M.; FILHO, G. B. Fatores de risco cardiovascular, declínio cognitivo e alterações cerebrais detectadas através de técnicas de neuroimagem. *Revista Psiquiatria Clínica*, v. 32, n. 3, p. 160–169, 2005. Citado na página 11.

AUSIELLO, D.; GOLDMAN, L. *CECIL*: Tratado de medicina interna. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010. Citado 2 vezes nas páginas 15 e 17.

BRASIL. *PORTARIA N°371, DE 4 DE MARÇO DE 2002*. 2002. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2014/prt0371_07_05_2014.html>. Acesso em: 24 Jan. 2016. Citado na página 21.

BRAUNWALD, E. et al. *Medicina Interna de Harrison*. Porto Alegre: Amgh, 2013. Citado na página 18.

BRITO, D. M. S. de et al. Qualidade de vida e percepção da doença entre portadores de hipertensão arterial. *Caderno de Saúde Pública*, p. 933–940, 2008. Citado na página 22.

CARDIOLOGIA, S. B. de; HIPERTENSÃO, S. B. de; NEFROLOGIA, S. B. de. Vi diretrizes brasileiras de hipertensão. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, p. 1–51, 2010. Citado 6 vezes nas páginas 15, 16, 17, 18, 19 e 20.

COELHO, E. B. et al. Relação entre a assiduidade às consultas ambulatoriais e o controle da pressão arterial em pacientes hipertensos. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, p. 1–5, 2005. Citado na página 19.

GIROTTO, E. et al. Adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico e fatores associados na atenção primária da hipertensão arterial. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 18, n. 6, p. 1763–1772, 2013. Citado na página 11.

GUYTON, A. C.; HALL, J. *Guyton Hall*: Tratado de fisiologia médica. Rio de Janeiro: Elsevier, 2011. Citado na página 17.

LADEIA, A. M.; LIMA, B. G. de C. Hipertensão arterial sistêmica e comorbidades associadas: relevância epidemiológica do acidente vascular cerebral no brasil. *Revista Brasileira de Hipertensão*, p. 156–162, 2014. Citado na página 15.

LESSA Ínes. Impacto social da não-adesão ao tratamento da hipertensão arterial. *Revista Brasileira de Hipertensão*, p. 39–46, 2006. Citado na página 22.

MAGALHÃES, L. B. N. C. Epidemiologia da hipertensão arterial no brasil. *Revista Brasileira de Hipertensão*, p. 132–137, 2014. Citado na página 15.

OLIVEIRA, T. L. et al. Eficácia da educação em saúde no tratamento não medicamentoso da hipertensão arterial. *Acta Paulista de Enfermagem*, p. 179–184, 2013. Citado na página 20.

PÉRES, D.; MAGNA, J. M.; VIANA, L. A. Portador de hipertensão arterial: atitudes, crenças, percepções, pensamentos e práticas. *Revista Saúde Pública*, p. 635–642, 2003. Citado na página 22.

PORTO, C. C.; PORTO, A. L. *Porto e Porto*: Semiologia médica. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013. Citado 2 vezes nas páginas 16 e 18.

SAÚDE, D. de Informática do Sistema Único de. *HIPERDIA*: Sistema de cadastramento e acompanhamento de hipertensos e diabéticos. 2016. Disponível em: <http://datasus.saude.gov.br/sistemas-e-aplicativos/epidemiologicos/hiperdia>. Acesso em: 24 Jan. 2016. Citado na página 21.

STRELEC, M. A. M.; PIERIN, A. M.; JÚNIOR, D. M. A influência do conhecimento sobre a doença e a atitude frente à tomada dos remédios no controle da hipertensão arterial. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, p. 343–348, 2003. Citado na página 21.

ULBRICH, E. M. et al. Atividades educativas para portadores de doença crônica: Subsídios para a enfermagem. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, p. 22–27, 2012. Citado na página 21.

UMUARAMA, P. de. *História de Umuarama*. 2016. Disponível em: <http://umuarama.portaldacidade.com/historia>. Acesso em: 09 Jan. 2016. Citado 2 vezes nas páginas 9 e 10.