



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE SAÚDE PÚBLICA
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO MULTIPROFISSIONAL NA ATENÇÃO BÁSICA 2016

Madelaine Carrasco Corria

Ações de educação em saúde sobre os fatores de risco
associados à Hipertensão Arterial Sistêmica na Unidade
Básica de Saúde Rio Rufino, Município Rio Rufino, SC

Florianópolis, Março de 2018

Madelaine Carrasco Corria

Ações de educação em saúde sobre os fatores de risco associados à
Hipertensão Arterial Sistêmica na Unidade Básica de Saúde Rio
Rufino, Município Rio Rufino, SC

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: Larissa Pruner Marques
Coordenadora do Curso: Profa. Dra. Fátima Büchele

Florianópolis, Março de 2018

Madelaine Carrasco Corria

Ações de educação em saúde sobre os fatores de risco associados à
Hipertensão Arterial Sistêmica na Unidade Básica de Saúde Rio
Rufino, Município Rio Rufino, SC

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.

Profa. Dra. Fátima Büchele
Coordenadora do Curso

Larissa Pruner Marques
Orientador do trabalho

Florianópolis, Março de 2018

Resumo

Introdução: As Doenças Crônicas não Transmissíveis como a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) afetam cada vez mais um maior número de pessoas em vários países, sendo associadas à fatores de riscos bem conhecidos e determinados, pelo modo e estilo de vida onde se apresentam, surgindo, assim, a necessidade de estabelecer um sistema de vigilância que permita a observação e controle. **Objetivo:** O estudo terá como objetivo desenvolver ações de educação em saúde, a partir dos principais fatores de risco associados à Hipertensão Arterial na população da área de abrangência da Unidade Básica de Saúde (UBS) Central do Rio Rufino, SC. **Metodologia:** Trata-se de um estudo de intervenção com usuários com HAS, maiores de 18 anos, cadastrados na UBS Central de Rio Rufino, SC, com início em janeiro de 2018. Será realizada capacitação aos agentes comunitários de saúde sobre a morbidade e os fatores de riscos a serem investigados nas visitas domiciliares. Posteriormente, serão realizadas atividades educativas com os usuários com HAS, a fim de trabalhar sobre a influência dos fatores de riscos e as complicações que podem gerar. Os usuários serão acompanhados também nas consultas e visitas domiciliares programadas, a cada 2 meses. **Resultados esperados:** Espera-se proporcionar mudanças nos fatores de riscos presentes na população, que podem agravar a doença, e assim evitar a aparição de complicações futuras, melhorando a qualidade de vida dos mesmos.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde, Educação em Saúde, Fatores de Risco, Hipertensão

Sumário

1	INTRODUÇÃO	9
2	OBJETIVOS	13
2.1	Objetivo geral	13
2.2	Objetivos específicos	13
3	REVISÃO DA LITERATURA	15
4	METODOLOGIA	19
5	RESULTADOS ESPERADOS	23
	REFERÊNCIAS	25

1 Introdução

O origem do nome do município Ríó Rufino é datada de 1905, quando o agricultor Rufino Pereira, morador na localidade de Cedrinho, hoje Urupema, fazia suas plantações na serra dos pereiras às margens dos rios, onde as terras eram mais férteis e o clima mais favorável às plantações. O Sobrenome dos primeiros exploradores resultou na origem do primeiro nome do município, "Serra dos Pereiras". Posteriormente o Município passou a se chamar Rio Rufino, em função da família de pioneiros. Os Fundadores da vila de Rio Rufino foram José Serafim dos Santos e Osório Pereira de Medeiros. Em 29 de dezembro de 1957, teve origem o Distrito de Rio Rufino. Em 12 de dezembro de 1991, pela lei de emancipação número 8.491, foi criado o município. Localizado no planalto serrano, localizado entre Bocaina do Sul, Bom Retiro e Urupema, sua principal fonte de acesso é a rodovia SC-439 que liga o município a BR-282. Csecoturismo pouco desenvolvido, o município é perfeito para descanso ([RUFINO, 2013](#)).

Capital nacional do vime, Rio Rufino destaca-se no cenário nacional, por ter, nesta cultura, lavouras de ótima qualidade, originando assim a confecção de cestarias e de móveis em geral trabalhados em vime. Banhado pelo rio Canoas, com muitas quedas d'águas abrilhantando ainda mais essa magnífica cidade da serra catarinense. Pontos turísticos: cascata do Rio do Tigre a 10 km da sede; cascata da fábrica, em São Judas Tadeu a 5 km da sede; caverna do Rio do Leste, a 19 km da sede na localidade do Rio do Leste; morro do Campo Novo, a 15 km da sede com 1.700m de altitude; cascata Alto da Serra, com uma queda de 70m de altura entre outros. Possui uma área de 333,61 km². Seus habitantes são chamados rio-rufinenses ([RUFINO, 2013](#)).

Organização social e os movimentos sociais existentes no bairro temos Sindicato dos trabalhadores rurais. O município não conta com movimentos sociais. Entre as entidades representativas se encontram: Clube de mães, Caritas, e o Conselho de Igreja Católica. Os serviços públicos do bairro, de educação, saúde e assistência social estão representados pelo Conselho Municipal de Educação, Conselho Municipal de Saúde e o Conselho de Assistência Social. O município conta com equipamentos sociais: na área da educação tem escolas estaduais, 1 escola de primeira série a ensino médio, 4 escolas municipais de primeiro ao quinto ano, 4 creches e pré escolas; 6 Igrejas Católicas e 5 Igrejas Pentecostal. Os espaços de lazer estão representados por 6 Clubes de Igreja, 1 Academia de saúde e 1 Pracinha da Igreja. Na área da saúde, o município conta com a Unidade Central de Saúde do Ríó Rufino e a Unidade de Apoio Ubicada na comunidade do Espírito Santo.

Além disso conta com 1 Centro de Referência de Assistência Social (CRAS). No município existem áreas de risco ambiental, devido a atividade agrícola, o uso indiscriminado de produtos tóxicos, além de perigo de enchentes pela proximidade do Rio. O perfil social da comunidade tem a inclusão em programas sociais frente a baixa renda, Bolsa Família

para quem recebe menos de R\$233,55 de salário percapita, e auxílio com cesta básica a desempregados, através de estudo social. O saneamento básico da comunidade tem água tratada e redes de esgoto.

A população total acompanhada atualmente pela Equipe de Saúde da Família é de 2440 habitantes, o qual se distribui da seguinte maneira, 1312 do sexo feminino (53,8%) e 1128 do sexo masculino (46,2%). Observa-se o predomínio do sexo feminino. A população se encontra distribuída na faixa etária de 1050 menores de 20 anos, 1119 de 20 a 50 anos de idade e 271 maiores de 60 anos de idade.

As cinco queixas mais comuns que levaram a população a procurar a unidade de saúde em 2016 foram: dores nas diferentes regiões do corpo, sendo mais frequente as dores lombares no sexo masculino; Depressão em ambos sexos, observa-se um número significativo de consumo de antidepressivos por períodos prolongados; Hipertensão Arterial Sistólica; Diabetes Mellitus e doenças agudas como Diarreia, Infecções respiratórias e, Infecções digestivas.

As cinco principais causas de mortes dos residentes da minha área de saúde em 2016 foram: Doenças do aparelho circulatório (5 mortes), Doenças do aparelho respiratório (5 mortes), Neoplasias (4 mortes), Doenças endócrinas e metabólicas (2 mortes), Transtorno digestivos (1 morte), Trastornos mentais e comportamentais (1 morte). As cinco principais causas de internações dos idosos residentes na minha área de saúde em 2016 foram: Doenças do aparelho respiratório (10), Doenças do aparelho circulatório (7), Doenças do aparelho geniturinário (5), Doenças do aparelho digestivo (4) e Neoplasias.

Mediante informações recoletadas do Diagnóstico de saúde da população, as necessidades observadas pela Equipe Básica de Saúde e as principais causas de avaliação, foram detectados os principais problemas de saúde da população: Alta prevalência de pessoas com problemas mentais, alta prevalência de usuários com Hipertensão Arterial Sistólica, alta prevalência de usuários com Diabetes Mellitus, número de casos de Gripe e o uso indiscriminado de agrotóxicos.

Apresentação do problema

Pode-se constatar no atendimento diário grande parte da população atendida tem associado muitos fatores de risco, como mau hábito nutricional, não prática de exercícios físicos, dentre outros. O problema escolhido para ser trabalhado neste projeto refere-se a alta prevalência de usuários com Hipertensão Arterial Sistólica .

A hipertensão arterial tem sido uma das morbidades que mais afetam a população com faixa etária superior a 20 anos, caracterizando também um importante fator de risco para doenças cardiovasculares. No Brasil, as doenças cardiovasculares são responsáveis por 33,0% dos óbitos com causas conhecidas. Além disso, essas doenças foram a primeira causa de hospitalização no setor público, entre 1996 e 1999, e responderam por 17,0% das internações de pessoas com idade entre 40 e 59 anos e 29,0% daquelas com 60 anos ou mais (ALMEIDA; BARRETO; COUTO, 2000) (LIMA-COSTA et al., 2000).

A maioria dos eventos cardiovasculares ocorre em indivíduos com alterações leves dos fatores de risco que, se deixados sem tratamento por muitos anos, podem produzir uma doença manifesta. Vários estudos epidemiológicos e ensaios clínicos já demonstraram a drástica redução da morbimortalidade cardiovascular com o tratamento da Hipertensão Arterial Sistólica (BARRETO et al., 2001) (LIMA-COSTA et al., 2000). Existe boa evidência médica de que aferições de pressão arterial podem identificar adultos com maior risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, em razão da hipertensão (AGENTS, 1967).

Um estilo de vida saudável é fundamental para controlar fatores ambientais que influenciam negativamente a pressão arterial. O desconhecimento dos fatores de risco da hipertensão está diretamente associado à ocorrência de uma série de distúrbios orgânicos, destacando-se dentre eles a hipertensão arterial sistêmica. Esse agravo representa um alto custo social na saúde, por causar enfermidades secundárias importantes, tais como: doença cerebrovasculares, transtornos cardíacos e complicações renais, que podem levar à incapacidade e à morbidade (TEIXEIRAS et al., 2006) .

Os fatores que predisõem à hipertensão arterial são classificados em modificáveis, como: genéticos, hereditários, idade, sexo, raça e não modificáveis, como: consumo de tabaco e bebidas alcoólicas, sobrepeso ou obesidade, sedentarismo, estresse, grande consumo de sal, níveis altos de colesterol, entre outros (SBC; HIPERTENSÃO; NEFROLOGÍA, 2007).

2 Objetivos

2.1 Objetivo geral

Desenvolver ações de educação em saúde, a partir dos principais fatores de risco associados à Hipertensão Arterial na população da área de abrangência da Unidade Básica de Saúde Central do Rio Rufino, SC.

2.2 Objetivos específicos

1. Classificar os usuários por variáveis demográficas, como idade e sexo.
2. Determinar os fatores de riscos da Hipertensão arterial nos usuários da população estudada.
3. Intervir diretamente sobre os fatores de risco identificados na população.

3 Revisão da Literatura

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial (PA), com um valor de pressão arterial sistólica maior ou igual a 140 mmhg e uma pressão arterial diastólica maior ou igual a 90 mmhg, em indivíduos que não estão fazendo uso de medicação anti hipertensiva. Associa-se frequentemente às alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos alvo (coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos) e às alterações metabólicas, com consequente aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais. Geralmente, é uma doença silenciosa: não dói, não provoca sintomas, entretanto, pode matar. Quando ocorrem sintomas, já decorrem de complicações (CARDIOLOGIA; HIPERTENSÃO; NEFROLOGIA, 2010).

A hipertensão arterial é sem dúvidas um dos mais importantes problemas de saúde da medicina atual. É um terrível fator de risco que afeta entre o 20 e 30 % da população maior de 15 anos de idade de nosso planeta. A Hipertensão Arterial é uma das doenças crônicas mais frequentes, a qual constitui umas das principais causas de morte dos adultos em muitos países do mundo. A HAS tem alta prevalência e baixas taxas de controle, é considerado um dos principais fatores de risco (FR) modificáveis e um dos mais importantes problemas de saúde pública. A mortalidade por doença cardiovascular (DCV) aumenta progressivamente com a elevação da PA a partir de 115/75 de forma linear, contínua e independente (BRASIL, 2006)

Em 2001, cerca de 7,6 milhões de mortes no mundo foram atribuídas à elevação da PA (54% por acidente vascular encefálico - AVE e 47% por doença isquêmica do coração - DIC), sendo a maioria em países de baixo desenvolvimento econômico e mais da metade em indivíduos entre 45 e 69 anos. No Brasil, as DCV têm sido a principal causa de morte. Em 2010, foram registrados 79,954 óbitos associados a Síndrome Coronária Aguda (SCA). Esses números totalizam os óbitos por Angina e Infarto Agudo do Miocárdio (IAM), correspondendo a 7,05% do total do óbito do ano (PIEGAS et al., 2012).

A pressão arterial (PA) é determinada fisiologicamente de acordo com diversos fatores intrínsecos e extrínsecos. Fatores fisiológicos intrínsecos como etnia, idade, sexo e genética familiar podem influenciar diretamente nos valores da PA de um indivíduo. Os problemas multifatoriais que podem elevar os níveis da PA de um indivíduo, são: obesidade, diabetes, tabagismo, etilismo, sedentarismo, estresse, uso excessivo de sódio na dieta, as dislipidemias e o uso de anticoncepcionais orais (GOLGMAN; BENETT; CECIL, 2001).

A HAS é a mais frequente das doenças cardiovasculares. É o principal fator de risco para as complicações mais comuns como ACV e infarto agudo do miocárdio, além da doença renal crônica terminal. No Brasil são cerca de 17 milhões de portadores de hipertensão arterial, 35% da população de 40 anos e mais. E 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. A carga de doenças representada pela morbimortalidade devida à doença é muito alta e por tudo isso a Hipertensão Arterial é um problema grave de saúde pública no Brasil e no mundo. Por ser na maior parte do seu curso assintomática, seu diagnóstico e tratamento é frequentemente negligenciado, somando-se a isso a baixa adesão, por parte do paciente, ao tratamento prescrito. Os principais fatores que determinam um controle muito baixo da HAS aos níveis considerados normais em todo o mundo, a despeito de diversos protocolos e recomendações existentes e maior acesso a medicamentos (BRASIL, 2012).

Diretrizes de serviços preventivos dos Estados Unidos da América (EUA) e do Canadá recomendam o rastreamento sistemático da hipertensão em adultos, dados os benefícios do tratamento precoce. Nos países em desenvolvimento, o crescimento da população idosa e o aumento da longevidade, associados a mudanças nos padrões alimentares e no estilo de vida, têm forte repercussão sobre o padrão de morbimortalidade. No Brasil, em 2002, projeções da Organização das Nações Unidas (ONU) indicaram que a média da idade populacional passará, de 25,4 anos em 2000 a 38,2 anos em 2050, uma das consequências desse envelhecimento populacional é o aumento das prevalências de doenças crônicas, entre elas a hipertensão (PASSOS; ASSIS; BARRETO, 2006).

Ainda, estudos de prevalência da hipertensão no Brasil, entre 1970 e início dos anos 90, revelaram valores de prevalência entre 7,2 e 40,3% na Região Nordeste, 5,04 a 37,9% na Região Sudeste, 1,28 a 27,1% na Região Sul e 6,3 a 16,75% na Região Centro-Oeste (PASSOS; ASSIS; BARRETO, 2006). Segundo dados do DATASUS, no ano de 2012, a prevalência da hipertensão arterial no sudeste era de 25,8%, seguida pela região sul (24,7%), norte (24,3%), centro-oeste (24,1%), nordeste (23,9%) e norte (18,7%), com média nacional de 24,3% (BRASIL, 2014).

Existe relação direta e linear da PA com a idade, sendo a prevalência de HAS superior a 60% na faixa etária acima de 65 anos. O excesso de peso se associa com maior prevalência de HAS desde idades jovens. Na vida adulta, mesmo entre indivíduos fisicamente ativos, incremento de 2,4 kg/m² no índice de massa corporal (IMC) acarreta maior risco de desenvolver hipertensão. A obesidade central também se associa com Hipertensão. A população brasileira apresenta um padrão alimentar rico em sal, açúcar e gorduras. Em contrapartida, em populações com dieta pobre em sal, como os índios brasileiros Yanomami, não foram encontrados casos de HAS (CARDIOLOGIA; HIPERTENSÃO; NEFROLOGIA, 2010).

O alto consumo de sal, atualmente, é utilizado como preditivo de doenças cardiovasculares. Em países ocidentais, o consumo de sal é elevado na preparação e na conservação de alimentos, além disso, há grande utilização de outras substâncias, como o glutamato monossódico. Esse condimento parece ter grande aceitação entre os mais jovens principalmente na alimentação à base de massas. Apesar de poucos estudos sobre a mudança

de padrões alimentares no Brasil, o estudo de Barreto & Cyrillo na cidade de São Paulo, mostrou uma diminuição de 35% nos gastos domésticos com hortaliças e frutas no orçamento familiar. Situação inversa foi encontrada nos gastos com alimentos industrializados (BARRETTO; JÁBALI; CYRILLO, 2001).

Resultados de estudos experimentais mostram que a ingestão de uma única dose de álcool pode causar inicialmente a queda de pressão - efeito hipotensor imediato - depois a eleva gradualmente - efeito pressor tardio - que é o período de depuração do etanol consumido. Estudos realizados revelam que existe a relação dose/resposta linear. Então, a partir de três doses de álcool por dia há um aumento da pressão arterial. Porém, a redução do consumo diminui a pressão, minimizando desse modo o risco de doença coronariana, acidente vascular cerebral (AVC) e acidente isquêmico transitório (AIT, mini - AV). Observou-se também um fato curioso, o risco de hipertensão não depende do tipo de bebida ingerida, e sim beber fora dos horários das refeições, independentemente da quantidade (MOREIRA, 2015).

A contribuição de fatores genéticos para a gênese da HAS está bem estabelecida na população. Porém, não existem, até o momento, variantes genéticas que, possam ser utilizadas para predizer o risco individual de se desenvolver HAS (CARDIOLOGIA; HIPERTENSÃO; NEFROLOGIA, 2010). Diversos mecanismos têm sido apontados para explicar os efeitos pressores e vasoconstritores do cigarro. Por exemplo, a nicotina pode aumentar a pressão arterial diretamente por aumento do tônus do músculo liso vascular ou por aumento da vasopressina. Além disso, os efeitos hemodinâmicos do fumo podem ser mediados por ativação do sistema nervoso simpático (SILVA; ORTEGA; MION, 2008).

No Brasil, em 2012, cerca de 40% dos brasileiros tinham colesterol alto (acima de 200mg/dl) e cerca de 300 mil mortes por ano, são em decorrência de infartos e derrames. É um problema mais comum depois dos 30 anos e em sedentários, mas também podem afetar pessoas magras, pessoas ativas e jovens. No mundo, aproximadamente 17 milhões de pessoas morrem devido às doenças cardíacas (SBH, 2009).

Modificações de estilo de vida são de fundamental importância no processo terapêutico e na prevenção da hipertensão. Alimentação adequada, sobre tudo quanto ao consumo de sal, controle do peso, prática de atividade física, tabagismo e uso excessivo de álcool são fatores de risco que devem ser adequadamente abordados e controlados, sem o que, mesmo doses progressivas de medicamentos não resultarão alcançar os níveis recomendados de pressão arterial (BRASIL, 2006).

4 Metodologia

Cenário da intervenção

O presente projeto será desenvolvido na UBS Rio Rufino, no município do Rio Rufino, estado Santa Catarina, Brasil. Serão utilizados espaços como consultas e visitas domiciliares, a fim de determinar o comportamento dos fatores de risco associados aos usuários com Hipertensão Arterial, segundo faixa etária e sexo.

Sujeitos

O público será formado por um total de 1390 usuários maiores de 20 anos, acompanhados pela UBS do município, entre Março de 2017 a Março de 2018. A amostra também compreende 24,8% de casos de hipertensão arterial (345 usuários). Considerando os fatores de risco para o aumento da Pressão Arterial, a herança genética é o único que não é modificável. Os demais, como a ingestão excessiva de sal, bebidas alcoólicas, estresse, obesidade e sedentarismo, são passíveis de modificação. Portanto, a atuação dos profissionais de saúde no controle da hipertensão deve prever a adoção de hábitos de vida saudáveis.

A amostra será selecionada usando os prontuários e banco de dados da UBS Rio Rufino. O equipe de trabalho será composta por 9 agentes de saúde, 1 auxiliar de enfermagem, 4 enfermeiras, 2 médicos, 2 dentistas, 1 nutricionista, 1 psicólogo, 2 assistentes sociais, 1 fisioterapeuta, 1 educadora física e outros integrantes do NASF para o apoio nas atividades.

Estratégias e ações

Será feito um levantamento sobre os fatores de risco não modificáveis das HAS, tais como sexo, idade e histórico familiar, também dos fatores de risco modificáveis, tais como, hábito de fumar, obesidade e histórico de doenças de dislipoproteinemias (Quadro 1).

O sexo e a idade são variáveis biológicas, sendo que as idades, serão separadas a cada 10 anos por faixas etárias, iniciando-se com 20 anos para melhor estudo, relacionadas com o sexo. Serão considerados para investigação de HAS aqueles com valores tensionais de pressão arterial sistólica maior que 140 mmHg e diastólica de 90 mmHg, sendo este o limite amplamente aceito, pois após aumenta significativamente a morbimortalidade.

Os usuários serão diagnosticados com diabetes por sintomas e sinais, glicemia em jejum no sangue maior do que 99 mg/dl, ou hemoglobina glicada (HbA1c) 6,4% acima, Hb total ou clínica registrada ou referidos pela mesma história. Serão considerados obesos com o índice de massa corporal (IMC) acima de 30 kg/m².

Após da identificação dos problemas na comunidade e avaliar os fatores de risco presentes, será trabalhado nos grupos de HIPERDIA, e com outros grupos da população, sobre os riscos associados. Estes grupos serão compartilhados com o nutricionista, psicólogo, assistente social, fisioterapeuta do NASF, além do dentista.

Pretende-se fazer palestras relacionadas aos fatores de risco, por exemplo:

Aspetos nutricionais: Como ter uma alimentação saudável, importância de consumo de alimentos baixos em gordura, com ênfase na ingestão de frutas, legumes e vegetais, fibras solúveis, grãos e proteínas de origem vegetal. De outras medidas, como a suplementação de cálcio, magnésio, óleo de peixe e fitoterápicos.

Controle do peso: Orientar a importância de manter o peso na faixa ideal, avaliado pelo IMC entre 20 Kg/m² e 25 Kg/m². Orientar para a importância da dieta hipocalórica balanceada, associadas ao aumento de atividade física diária e a prática regular de exercícios aeróbios.

Redução da ingestão de sódio: Limitar a ingestão diária de sódio ao máximo de 2,4 g de sódio ou 6 g de cloreto de sódio.

Aumento da ingestão de potássio: Orientar a importância de consumo diário de potássio de 2 g a 4 g contido em uma dieta rica em frutas e vegetais frescos.

Consumo moderado de álcool, conforme o hábito do usuário: Orientar importância do consumo diário de álcool limitado a 30 ml de etanol para os homens (720 ml de cerveja, 240 ml de vinho e 60 ml de bebida destilada) e a metade dessa quantidade para as mulheres.

Prática de exercícios físicos: Praticar exercícios físicos aeróbios, 30 a 45 minutos por dia, 3 ou mais vezes por semana. Tentar aumentar também a atividade física diária.

Suplemento de cálcio e magnésio: Orientar para a importância de manter uma ingestão de cálcio e magnésio, podendo ser por suplementação dietética ou farmacológica.

Controle de outros fatores de risco cardiovasculares como: Tabagismo, Dislipidemias, outros.

Ações comuns à equipe multiprofissional envolverão: Ações educativas (educação preventiva, modificação de fatores de risco, produção de material educativo); Treinamento de profissionais, quando indicado; Encaminhamento a outros profissionais quando indicado; Ações assistenciais individuais e em grupo; Participação em projeto de pesquisa.

Ações específicas individuais, apesar de haver uma definição de cada um dos membros da equipe, haverá momentos em que as funções serão comuns e isso deve acontecer de maneira natural.

A enfermeira atuará na busca ativa dos fatores de risco e hábitos de vida, controles de pressão arterial, orientações sobre a medicação, possíveis efeitos colaterais, avaliação de sintomas, orientações e reforço sobre hábito de vida pessoais e familiares, administração dos serviços. As atividades do técnico/auxiliar de enfermagem serão definidas junto a enfermeira.

Agentes de saúde atuarão na coleta de informação e dados referentes a hipertensão arterial e outros fatores de risco, ações educativas primárias, visando a promoção de saúde.

O Médico fará a consulta médica, sendo responsável pelas condutas terapêuticas, revisão da avaliação clínica, com pressão arterial controlada pelo menos uma vez por ano, apoio aos demais membros, quando solicitado.

O nutricionista realizará a consulta de nutrição, educação nutricional em grupo ou individual, prescrição de dietas, considerando aspectos socioeconômicos e culturais.

A Psicóloga fará avaliação, diagnóstico e tratamento de aspectos psicossociais que interfiram com a qualidade de vida dos usuários, atendimento familiares, para facilitar as mudanças de hábitos de vida.

Assistente social fará entrevista para identificar situações socioeconômicas e familiar, atualização do cadastro de recursos sociais.

Avaliação e monitoramento

O monitoramento das atividades deverá ser realizado pela equipe da UBS de Rio Rufino, a qual deve monitorar os usuários hipertensos e não hipertensos da comunidade que apresentem fatores de riscos.

As avaliações serão realizadas através da aferição mensal da hipertensão arterial dos usuários pelo médico da equipe e outros membros participantes do projeto, para que as intercorrências sejam discutidas e os possíveis ajustes necessários sejam realizados.

O presente trabalho reúne os cinco princípios éticos exigidos, o respeito pelas pessoas, beneficência, não maleficência, justiça e autonomia.

Os dados serão tabulados utilizando-se os recursos materiais já existentes na UBS como computador, impressora, folhas de papel branco A4, lápis, canetas, dentre outros.

Tabela 1 – Distribuição das principais variáveis e fatores de risco modificáveis e não modificáveis a serem investigados na população de Rio Rufino, Estado Santa Catarina/Brasil.

VA- RIÁ- VEIS	TIPO	CATEGORIAS	DESCRIÇÃO
Idade	Quali- tativa Ordi- nal	20 – 29 anos 30 – 39 anos 40 – 49 anos 50 – 59 anos 60 – 69 anos 70 – 79 anos 80 anos e mais	
Sexo	Quali- tativa Nomi- nal	Feminino Masculino	
Hiper- tensão	Quali- tativa Nomi- nal	Sim Não	Com base na presença da doença ou não, segundo avaliações dos níveis pressóricos.
Dibe- tes Melli- tus	Quali- tativa Nomi- nal	Sim Não	Com base na presença da doença ou não, segundo avaliações clínicas e exames.
Taba- gismo	Quali- tativa Nomi- nal	Sim Não	Com base na presença do hábito ou não.
Obesi- dade	Quali- tativa Nomi- nal	Sim Não	Segundo Índice de Massa Corporal (IMC > 30).
Disli- popro- teine- mias	Quali- tativa Nomi- nal	Sim Não	Com base na presença da doença ou não.

5 Resultados Esperados

Espera-se obter, com o desenvolvimento deste projeto, um melhor acompanhamento e identificação dos fatores de risco associados à hipertensão arterial. Espera-se maior responsabilidade da equipe e comunidade pelas atividades em grupo, a fim de obter mais conhecimento sobre o agravo, podendo resultar na melhoria da qualidade de vida, controle dos níveis pressóricos, conseqüentemente reduzir as complicações pela HAS.

A prevenção de doenças crônicas não transmissíveis como a Hipertensão Arterial, bem como a redução dos fatores de risco permitirá o menor uso de medicamentos e internações por esta doença. Assim como, os usuários poderão ser beneficiados com uma melhor condição de saúde e qualidade de vida. Espera-se também:

- Cadastramento de mais de 70% da população atendida pela UBS, que apresenta Hipertensão Arterial.
- Noção dos principais fatores de riscos da HAS da comunidade.
- Mudanças positivas no estilo de vida, com influência sobre os fatores de riscos e assim obter melhor controle da pressão arterial.
- Vinculação dos agentes comunitários de saúde no trabalho de controle e tratamento dos usuários com HAS.
- Programação periódica das consultas e visitas domiciliares aos usuários com HAS.
- Incorporação ao grupo de Hipertensão aos usuários com a doença descompensada, a fim de diminuir/controlar a pressão arterial, de maneira imediata.

Referências

- AGENTS, V. A. C. E. G. A. Effects of treatment on morbidity in the hipertension :results in the patient with diastolic blood pressure averagings 115 through 129 mmhg . *JAMA*, v. 202, n. 11, p. 1028–1034, 1967. Citado na página 11.
- ALMEIDA, F. F.; BARRETO, S. M.; COUTO, B. R. Predictive factors in the hospital mortality and of severe perioperative in the myocardial revascularization surgery. *Arquivo Brasileiro de Cardiologia*, v. 80, n. 1, p. 41–50, 2000. Citado na página 10.
- BARRETO, S. M. et al. Hypertension and clustering of cardiovascular risk factors in a community in southest brazil.the bambui healthand ageig study. *Arquivo Brasileiro de Cardiologia*, v. 77, n. 6, p. 576–581, 2001. Citado na página 11.
- BARRETTO, M.; JÁBALI, S.; CYRILLO, D. Análise da composição dos gastos com alimentação no município de são paulo (brasil) na década de 1990. *Revista.Saúde Pública*, v. 35, n. 1, p. 52–59, 2001. Citado na página 17.
- BRASIL, M. da S. *Hipertensão Arterial Sistêmica*. Brasilia -DF: Ministério da Saúde, 2006. Citado 2 vezes nas páginas 15 e 17.
- BRASIL, M. da S. *Hipertensão Arterial Sistêmica*. 2012. Disponível em: <<http://www.dms.ufpel.edu.br/ares/handle/123456789/189?show=full>>. Acesso em: 17 Mai. 2012. Citado na página 16.
- BRASIL, M. da S. *Pesquisa Nacional de Saúde 2013: Percepção do estado de saúde,estilo de vida e doenças crônicas*. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2014. Citado na página 16.
- CARDIOLOGIA, S. B. de; HIPERTENSÃO, S. B. de; NEFROLOGÍA, S. B. de. Vi diretrizes brasileira de hipertensão arterial. *Arquivo Brasileiro de Cardiologia*, v. 95, n. 1, p. 1–51, 2010. Citado 3 vezes nas páginas 15, 16 e 17.
- GOLGMAN, L.; BENETT, A.; CECIL, J. *Tratado de Medicina Interna*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001. Citado na página 15.
- LIMA-COSTA, M. F. F. et al. Diagnóstico da situação da saúde da população brasileira :um estudo da mortalidade e das internações hospitalares públicas. *Informe Epidemiológico do SUS*, v. 9, n. 1, p. 23–41, 2000. Citado 2 vezes nas páginas 10 e 11.
- MOREIRA, L. B. Hipertensão arterial: Álcool e hipertensão arterial. *Revista da Sociedad Brasileira de Hipertensão*, v. 8, n. 1, p. 1–37, 2015. Citado na página 17.
- PASSOS, V. A.; ASSIS, T. D.; BARRETO, S. Hipertensão arterial no brasil: Estimativa de prevalência a partir de estudos de base populacional. *Epidemiología e Serviços de Saúde*, v. 15, n. 1, p. 35–45, 2006. Citado na página 16.
- PIEGAS, S. et al. *Comportamento da Síndrome Coronariana Aguda.Resultados de um Registro Brasileiro*. 2012. Arq Bras Cardiol.2013. Disponível em: <http://www.br/pdf/abc/2013nahead/aop_4817.pdf>. Acesso em: 25 Out. 2017. Citado na página 15.

RUFINO, P. M. do R. *Histórico*: Histórico. 2013. Disponível em: <<http://www.riorufino.sc.gov.br/cms/pagina/ver/codMapaltem/14367>>. Acesso em: 10 Abr. 2013. Citado na página 9.

SBC, S. B. de C.; HIPERTENSÃO, S. B. de; NEFROLOGIA, S. B. de. Sociedade brasileira de hipertensão arterial: V diretrizes de hipertensão arterial. *Arquivo Brasileiro de Cardiologia*, v. 89, n. 3, p. 24–79, 2007. Citado na página 11.

SBH, S. B. de H. *Sedentarismo o Aumenta Risco de Hipertensão*. 2009. Disponível em: <<http://www.sbh.org.br/medica/releases.asp?id=25>>. Acesso em: 20 Out. 2017. Citado na página 17.

SILVA, G.; ORTEGA, K.; MION, J. Monitorização residencial da pressão arterial (mrpa). *Revista Brasileira de Hipertensão*, v. 15, n. 4, p. 215–219, 2008. Citado na página 17.

TEIXEIRAS, E. R. et al. O estilo de vida do cliente com hipertensão arterial e o cuidado com a saúde. *Esc Anna Nery R Enferm*, v. 10, n. 3, p. 378–384, 2006. Citado na página 11.