



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

Viviam Zamora Mosegui

Educação em saúde aos usuários hipertensos na área de
abrangência da Unidade Básica de Saúde Angelina
Forte Scariot em Ampére, PR

Florianópolis, Março de 2018

Viviam Zamora Mosegui

Educação em saúde aos usuários hipertensos na área de abrangência da Unidade Básica de Saúde Angelina Forte Scariot em Ampére, 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: Melisse Eich
Coordenadora do Curso: Profa. Dra. Fátima Büchele

Florianópolis, Março de 2018

Viviam Zamora Mosegui

Educação em saúde aos usuários hipertensos na área de abrangência da Unidade Básica de Saúde Angelina Forte Scariot em Ampére, 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.

Profa. Dra. Fátima Büchele
Coordenadora do Curso

Melisse Eich
Orientador do trabalho

Florianópolis, Março de 2018

Resumo

Introdução: Na área de abrangência da Unidade Básica de Saúde Angelina Forte Scariot foi identificada um total de 3632 cadastros, sendo que 644 pessoas acometidas pela hipertensão arterial sistêmica (17,7%), porém existe a possibilidade de sub-registro, pois muitos pacientes priorizam o trabalho em detrimento da sua saúde. Esse é um problema atual e de baixo controle, mais frequente em pessoas de mais de 40 anos no ano de 2017. Assim, o plano de intervenção foi construído através de uma pesquisa ativa, em que as consultas ou visitas domiciliares buscaram a identificação de pacientes hipertensos que apresentam incidência de hipertensão arterial sistêmica (HAS) ou aos pacientes com precária adesão ao tratamento e descompensações. **Objetivo:** Diminuir as taxas de morbimortalidade por hipertensão arterial sistêmica e suas complicações na Unidade Básica de Saúde Angelina Forte Scariot. **Metodologia:** Para conhecer a distribuição da exposição e do adoecimento e as condições que influenciam a dinâmica de risco e controle na comunidade, as pessoas hipertensas serão agrupadas por faixa etária e sexo, buscando a identificação dos riscos modificáveis, hábitos tóxicos, sedentarismo, características da dieta, adesão ao tratamento e/ou desconhecimento de ser portador da doença, bem como determinar o grau de dano dos órgãos alvos com os exames complementares do protocolo. **Resultados esperados:** Com o desenvolvimento das ações planejadas no plano de intervenção se almeja diminuir as taxas de morbimortalidade por hipertensão arterial sistêmica e suas complicações com ações de prevenção, promoção e educação em saúde.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde, Educação em Saúde, Hipertensão, Pré, Promoção da Saúde

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	21
	REFERÊNCIAS	23

1 Introdução

O bairro São Francisco foi um dos primeiros bairros do município de Ampére, junto com o Bairro Nossa Senhora das Graças e Rondinha, visto o crescimento acelerado da população foi proposto à construção de uma unidade básica de saúde que permaneceu localizada na Rua Olavo Bilac, sendo que, com o passar dos anos, foi necessário readequar a estrutura e a localização para facilitar o acesso aos moradores, mudando-se para a Rua Caramuru próximo ao Hospital Santa Rita, em meados do ano de 2016 foi inaugurada a Unidade Básica de Saúde Angelina Forte Scariot, que hoje atende os bairros São Francisco, Água Verde e Santa Paulina. A comunidade possui o Grupo dos Idosos que tem seu encontro todas as terças feiras no período da tarde. Entre as principais lideranças dos bairros que participam das discussões na unidade de saúde podemos citar o senhor Gilmar Anderler, presidente da Igreja Santa Paulina e o senhor Edson Carvalho, presidente da Igreja São Francisco.

Destacam-se entre os principais serviços públicos a Escola Municipal Nerci Potrich que é em tempo integral, Escola Municipal Caetano Munhoz da Rocha, Escola Estadual Nereu Perondi, Creche Pernalonga, Creche São Francisco, Conselho Tutelar, Policia Civil e Militar, Unidade Básica de Saúde Angelina Forte Scariot e Hospital Santa Rita. Além disso, possui uma academia de saúde, um Centro de Múltiplo Uso, Igreja Católica São Francisco, Igreja Católica Santa Paulina, Assembleia de Deus e Igreja Deus é Amor.

Existe uma área de invasão próxima à Santa Paulina com aproximadamente 10 famílias, onde as mesmas não possuem saneamento básico e são vítimas de alagamento, pois se encontram próximas de um córrego. A renda familiar dos bairros atendidos gira em torno de 1 a 1,5 salário mínimo, aproximadamente 100 famílias de um total aproximado de 1500 famílias são beneficiadas pelo bolsa família.

Em relação à questão de alfabetização a maioria da população tem no mínimo ensino fundamental ou médio e cerca de 90% da população tem acesso a saneamento básico, 100% de coleta de lixo e 75% de cobertura de Agentes Comunitários de Saúde.

Pode-se dizer que 95% das casas são consideradas boas ou regulares e apenas 5% encontra-se em más condições. A maioria das ruas se apresenta asfaltadas ou pedras irregulares (paralelepípedo) o que facilita o acesso aos outros bairros, comércio e outras necessidades da população. O principal meio de transporte da população são carros ou motocicletas, visto não haver transporte público (com exceção dos estudantes). A seguir é apresentado os dados populacionais da área de abrangência da Unidade Básica de Saúde Angelina Forte Scariot.

Na procura pelo serviço de saúde, a demanda de agendados oscila em 8-10 pacientes por dia, sendo que o número de consultas de demanda espontânea está entre 22-24 pacientes diariamente. As causas mais frequentes de procura das consultas são:

Tabela 1 – Dados populacionais da área de abrangência da Unidade Básica de Saúde Angelina Forte Scariot.

Idade	Feminino	Masculino	Total
0-1 lactente	17	23	40
1-9	247	251	498
10-20	245	261	506
21-44	817	651	1468
45-59	341	301	642
60 a mais	259	219	478
Total da população no bairro	————	————	3632
Total de acamados	2		
Idade 15-45 mulheres em idade fértil			947

Fonte: Do autor (2017).

- 1- Hipertensão Arterial Sistêmica, controle e tratamento.
- 2- *Diabetes mellitus* descompensada e complicações.
- 3- As dores crônicas.
- 4- Dislipidemias.
- 5- Síndrome depressivo-ansioso.
- 6- Doenças respiratórias agudas.

Convém ainda relatar que os pacientes durante as consultas referem um conjunto de queixas vagas em que os sintomas e desconfortos próprios da doença principal refletem na qualidade de vida dessas pessoas através de dores articulares, cefaleia e insônia. Em um total de 100% de consultas é verificado que 97,44 % dos pacientes além da sua doença crônica, possuem sintomas de dor nas articulações, 33,2 % apresentam cefaleia sem relação com a hipertensão arterial sistêmica (HAS) e 36,7 % sofrem de insônia.

Os pacientes que se preocupam mais com os sintomas de descompensações da hipertensão e diabetes estão na faixa etária de mais de 50 anos e procuram o atendimento para o acompanhamento e controle do tratamento medicamentoso. Além disso, também são muito comuns as consultas para requisições de exames laboratoriais.

Por sua vez, os agravos como o sedentarismo, tabagismo e alcoolismo possuem maior incidência em homens na área de abrangência da unidade básica de saúde, enquanto que nas mulheres os agravos mais frequentes são a tensão pré-menstrual, menopausa, moléstia inflamatória pélvica e transtornos mentais, tais como distímia e depressão.

Todavia, a hipertensão arterial é um importante fator de risco para doenças decorrentes de aterosclerose e trombose, que se exteriorizam, predominantemente, por acometimento cardíaco, cerebral, renal e vascular periférico. Em síntese, é responsável por 25 e 40%

da etiologia multifatorial da cardiopatia isquêmica e dos acidentes vasculares cerebrais, respectivamente.

Essa multiplicidade de consequências coloca a hipertensão arterial na origem das doenças cardiovasculares e, portanto, caracteriza-a como uma das causas de maior redução da qualidade e expectativa de vida dos indivíduos.

No Brasil, as doenças cardiovasculares são responsáveis por 33% dos óbitos com causas conhecidas. Além disso, essas doenças foram à primeira causa de hospitalização no setor público, entre 1996 e 1999, e responderam por 17% das internações de pessoas com idade entre 40 e 59 anos e 29% daquelas com 60 ou mais.

No Brasil, as projeções da Organização das Nações Unidas (2002) indicam que a mediana 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. Estudos de prevalência da hipertensão no Brasil, entre 1970 descreve um 1,28 a 27,1% na Região Sul.

Na área de abrangência da Unidade Básica de Saúde Angelina Forte Scariot foi identificada um total de 3632 cadastros, sendo que 644 com HAS (17,7 %), porém temos a possibilidade de sub-registro, há muitos pacientes que priorizam o trabalho em detrimento da sua saúde. Esse é um problema atual e de baixo controle, mais frequente em pessoas de mais de 40 anos no ano de 2017.

O plano de intervenção foi desenvolvido através de uma pesquisa ativa, em que as consultas ou visitas domiciliares contribuíram na identificação a pacientes hipertensos que apresentam incidência de HAS ou aos pacientes com precária adesão ao tratamento e descompensações.

A maior preocupação nesses casos considero a alta morbimortalidade causada pela HAS. A doença possui tratamento terapêutico medicamentos e não medicamentoso e que com um diagnóstico precoce, tratamento dietético e mudanças de estilos de vida e se necessário medicamentos, além de um acompanhamento adequado, complementando com os protocolos dos estudos laboratoriais, avaliação dos danos em órgãos alvos é possível melhorar a qualidade de vida das pessoas.

Junta-se a isso o fato da importância em abordar o problema de forma integral com enfoque em valorar o paciente como ser biopsicossocial único, tendo em conta as suas particularidades socioeconômicas e familiares. A HAS é uma doença controlável se os profissionais de saúde se empenham, os pacientes são tratados adequadamente e por isso todo paciente que realiza uma consulta é preciso identificar os possíveis riscos para a hipertensão. Além disso, os profissionais de saúde possuem a oportunidade de melhorar as perspectivas de vida plena dos pacientes com um menor custo ao Estado, pois o para curar o gasto é mais alto que prevenir, promover à saúde e educar.

2 Objetivos

2.1 Objetivo Geral

Diminuir as taxas de morbimortalidade por hipertensão arterial sistêmica e suas complicações na Unidade Básica de Saúde Angelina Forte Scariot.

2.2 Objetivos Específicos

- 1) Treinar os agentes comunitários de saúde para realizar busca ativa dos pacientes com risco de hipertensão arterial sistêmica (HAS) na área de abrangência da Unidade Básica de Saúde Angelina Forte Scariot;
- 2) Identificar os fatores de riscos comportamentais a saúde dos hipertensos na área de abrangência da Unidade Básica de Saúde Angelina Forte Scariot;
- 3) Promover ações educativas de acordo com as necessidades de conhecimento dos moradores sobre a hipertensão arterial sistêmica.

3 Revisão da Literatura

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial (PA). Associa-se frequentemente a alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo (coração, cérebro, rins e vasos sanguíneos) e a alterações metabólicas, com consequente aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais (CESARINO et al., 2008).

Por sua vez, é a mais frequente das doenças cardiovasculares, sendo considerado o principal fator de risco para as complicações mais comuns como acidente vascular cerebral e infarto agudo do miocárdio, além da doença renal crônica terminal (SBC; SBH; SBN, 2010).

O controle desse problema, que é considerado de saúde pública, deve ser feito de forma contínua, visando assim à prevenção de alterações irreversíveis nos órgãos relacionadas à morbimortalidade cardiovascular. A dificuldade na adesão ao tratamento terapêutico dos usuários hipertensos é uma das principais causas das baixas taxas de controle da hipertensão (BRASIL, 2013).

Para o diagnóstico da HAS é preciso considerar o ambiente, o preparo da pessoa, a técnica empregada, o equipamento utilizado para se obter as medidas da pressão sanguínea. Apesar de ser considerada simples e corriqueira, alguns erros podem ser efetivados na execução da técnica de medida de pressão arterial (PA), o que pode comprometer a veracidade do resultado obtido (DESTEFANO et al., 2017).

Assim, esse plano de intervenção possui como objetivo diminuir as taxas de morbimortalidade por hipertensão arterial sistêmica e suas complicações na Unidade Básica de Saúde Angelina Forte Scariot com a identificação dos aspectos influenciáveis para a baixa adesão do paciente ao tratamento e descrever as possíveis influências que possam interferir a adesão desses pacientes ao tratamento.

Apesar das inúmeras tentativas por parte da equipe de saúde para assistir os usuários acometidos pela hipertensão, buscando direcioná-los para o tratamento, nota-se que a baixa escolaridade, sedentarismo e falta de conhecimento em relação aos riscos resultantes do acompanhamento ineficiente da pressão arterial, pode ser um fator de risco para as suas vidas.

Nesse contexto, verificou-se a importância da busca de integração entre o profissional de saúde, os agentes comunitários de saúde e as famílias, por meio de ações educativas de conscientização mais impactantes e ainda a importância de visitas domiciliares mais frequentes aos lares dos hipertensos para a realização de medidas mais eficazes, como a aferição da pressão arterial mais frequente e da promoção de cuidados mais efetivos no combate aos problemas de hipertensão.

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), as dislipidemias, o sedentarismo, a obesidade

e o sobrepeso, são fatores de risco que podem ser controlados e modificados, podendo dessa forma prevenir as doenças cardiovasculares e suas complicações. Com o controle desses fatores de risco, há redução do número de afetados por doenças cardiovasculares responsáveis pelo alto índice de morbimortalidade como o Acidente Vascular Cerebral (AVC), Infarto Agudo do Miocárdio (IAM), Insuficiência Cardíaca Congestiva (ICC), Doença Renal Crônica, dentre outras. Na maioria dos casos, os fatores de risco para as DCV são mal controlados por não aderência ao tratamento tanto farmacológico como o não farmacológico e tratamentos inadequados (SBC, 2016).

Antes de tudo é necessário considerar que a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é diagnosticada, por definição, pela detecção de níveis elevados e contínuos de Pressão Arterial (PA) obtido pela medida casual. Soma-se a isso o fato imprescindível de acrescentar na avaliação os dados observacionais e/ou a intervenção na abordagem do paciente hipertenso adquiridos com a utilização da medida casual dos níveis pressóricos (MAYNARDE et al., 2017).

Sabe-se que a primeira medida experimental da pressão arterial foi feita, em 1711, por Stephen Halles, na Inglaterra em que a pressão foi mensurada em um cavalo, imobilizado por um grande número de estudantes. Halles colocou uma cânula na arterial crural do animal e o conectando em um tubo de vidro de três metros de altura. A coluna de sangue se elevou a dois e meio metros de altura acima do animal, sendo o primeiro registro de uma pressão arterial (LUNA, 1999).

Não há dúvida de que inicialmente o critério para o diagnóstico de hipertensão arterial foi muito variável e por isso Pickering, em seu famoso livro *High Blood Pressure*, cita a opinião de vários autores na primeira metade do século.

Antes de 1950 não havia um tratamento medicamentoso efetivo para a hipertensão arterial. Segundo Perera, mais da metade dos hipertensos graves morria de insuficiência cardíaca congestiva, 15% de coronariopatia, 15% de insuficiência renal e 15% de hemorragia cerebral(LUNA, 1999).

Quem fizer uma pesquisa através dos Arquivos Brasileiros de Cardiologia, descobre ali, toda a história da hipertensão no Brasil, contada nos seus mínimos detalhes. Na 1ª reunião Anual da Sociedade Brasileira de Cardiologia, o primeiro trabalho, justamente sobre o tratamento da hipertensão, foi apresentado por Sílvio Bertacchi, de São Paulo.

A hipertensão arterial é uma doença multidisciplinar, interessando assim várias disciplinas. Partindo deste conhecimento, em 1990 foi fundada a Sociedade Brasileira de Hipertensão que abriga clínicos, nefrologistas, epidemiologistas, fisiologistas, farmacologistas e, evidentemente cardiologistas. Os últimos dois congressos desta Sociedade, o do Rio, dirigido por Emílio Frencischettie, o de Goiânia dirigido por Paulo César Jardim, têm mostrado a pujança desta nova Sociedade. O próximo, planejado para Belo Horizonte, será dirigido também pelo ilustre cardiologista José Márcio Ribeiro (LUNA, 1999).

Se por um lado a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é um problema grave de saúde pública no Brasil e no mundo. Por outro lado é um dos mais importantes fatores de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais, sendo responsável por pelo menos 40% das mortes por acidente vascular cerebral, por 25% das mortes por doença arterial coronariana e, em combinação com o diabetes, 50% dos casos de insuficiência renal terminal (FERREIRA et al., 2009).

Atualmente, as novas recomendações apresentam planos de estilo de vida para uma redução da pressão arterial (PA), que incluem perda de peso, plano de dieta (DASH) e um aumento da realização de atividade física. Contudo, é preciso considerar que a meta de pressão arterial nos pacientes adultos com diabetes permanece em mmHg para reduzir possíveis eventos adversos cardiovasculares e complicações microvasculares.

Além disso, os usuários que apresentam alto risco de doença cardiovascular é recomendável pressões arteriais menores de 130/80 ou 120/80 *mmHg* através de modificações no estilo de vida, sendo necessário uma conscientização do paciente e a família sobre a importância da redução no consumo de sal, de dormir adequadamente e de praticar atividade física (BOER et al., 2017).

Por sua vez, os pacientes com diabetes precisam que a pressão arterial seja mensurável em todas as consultas clínicas de rotina. Nessa perspectiva, quando a pressão arterial se apresenta $> 140/90$ *mmHg* será necessário avaliações múltiplas, em dias diferentes, para diagnosticar a hipertensão arterial sistêmica com incentivo do monitoramento da PA domiciliar por todos os pacientes hipertensos e diabéticos, de modo a identificar a síndrome do revestimento branco (BOER et al., 2017).

A principal relevância da identificação e controle da HAS permanece na redução das suas complicações, tais como doença cerebrovascular, doença arterial coronariana, insuficiência cardíaca, doença renal crônica e doença arterial periférica (FERREIRA et al., 2009).

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

É preciso compreender que a manutenção da motivação do paciente em não abandonar o tratamento é talvez uma das metas mais árduas que os profissionais de saúde enfrentam em relação ao paciente hipertenso. Para complicar ainda mais a situação, é importante lembrar que um número elevado de pacientes hipertensos também apresenta outras comorbidades, como diabetes, dislipidemia e obesidade, o que traz implicações importantes em termos de gerenciamento das ações terapêuticas necessárias para o controle de um aglomerado de condições crônicas, cujo tratamento exige perseverança, motivação e educação continuada (BRASIL, 2015).

Dessa forma, a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) além de ser um dos mais im-

portantes problemas da saúde pública no mundo atualmente é para os brasileiros foi identificado em Vários estudos de base populacional prevalências entre 10,0% e 42,0%, de acordo com a região, subgrupo populacional e critério diagnóstico utilizado (ROSÁRIO et al., 2009).

Em decorrência disso a Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017 aprovou a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) em que a integração entre a Vigilância em Saúde e Atenção Básica é necessariamente uma condição essencial para o alcance de resultados que atendam às necessidades de saúde da população, na ótica da integralidade da atenção à saúde, visando estabelecer processos de trabalho que considerem os determinantes, os riscos e danos à saúde, na perspectiva da intra e intersectorialidade (MINISTÉRIO DA SAÚDE DO BRASIL, 2017).

Convém ainda lembrar que a Rede de Políticas Informadas por Evidências (*Evidence-Informed Policy Network*) – EVIPNet – visa fomentar o uso apropriado de evidências científicas no desenvolvimento e implementação das políticas de saúde (BRASIL, 2017).

De acordo com as informações disponibilizadas no site, essa iniciativa busca promover o uso sistemático dos resultados da pesquisa científica na formulação e implementação de políticas e programas de saúde mediante o intercâmbio entre gestores, pesquisadores e representantes da sociedade civil. No Brasil os parceiros da EVIPNet são o Ministério da Saúde, a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), o Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (Bireme), a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Abrasco), o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass), o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems) e outros (BRASIL, 2017).

A propósito, o Instituto Nacional de Cardiologia (INC) é um centro de excelência nacional referenciado pelo Ministério da Saúde no tratamento de alta complexidade para doenças cardíacas e está integrado no contexto do ensino e da pesquisa multiprofissional através dos programas de mestrado profissional em Ciências Cardiovasculares e em Avaliação de Tecnologias em Saúde. Por suas características, o INC permite aliar as capacidades de um hospital de assistência de ponta à especialização em pesquisa (BRASIL, 2017).

Ao passo que observo as dificuldades vivenciadas pelos usuários hipertensos, cadastrados na área de abrangência da Unidade Básica de Saúde Angelina Forte Scariot, busco atuar como profissional de saúde, proporcionando atividades de educação em saúde para compartilhar informações sobre a doença, os seus fatores de riscos e as suas possíveis complicações à saúde.

4 Metodologia

Na área de abrangência da Unidade Básica de Saúde Angelina Forte Scariot foi identificada um total de 3632 cadastros, sendo que 644 pessoas acometidas pela hipertensão arterial sistêmica (17,7%), porém existe a possibilidade de sub-registro, pois muitos pacientes priorizam o trabalho em detrimento da sua saúde. Esse é um problema atual e de baixo controle, mais frequente em pessoas de mais de 40 anos no ano de 2017.

Assim, o plano de intervenção foi construído através de uma pesquisa ativa, em que as consultas ou visitas domiciliares buscaram a identificação de pacientes hipertensos que apresentam incidência de hipertensão arterial sistêmica (HAS) ou aos pacientes com precária adesão ao tratamento e descompensações.

Por sua vez, será feito uma identificação dos pacientes hipertensos com risco de descompensação, agravos, sequelas ou morte, bem como um cadastro dos mesmos em prontuário para a organização e planejamento da assistência a ser compartilhada entre profissionais e pacientes.

É importante destacar que na comunidade existem muitas pessoas acometidas pela doença que se apresentam descompensadas e com pouco conhecimento sobre a hipertensão, tratamento terapêutico e complicações da doença, resultando em dificuldades para a adesão ao tratamento terapêutico medicamentoso e não medicamentoso.

Dessa forma, as pessoas hipertensas serão agrupadas por faixa etária e sexo, buscando a identificação dos riscos modificáveis, hábitos tóxicos, sedentarismo, características da dieta, adesão ao tratamento e/ou desconhecimento de ser portador da doença, bem como determinar o grau de dano dos órgãos alvos com os exames complementares do protocolo.

Cada caso clínico deverá ser analisado e discutido pontualmente com a equipe de saúde em parceria com os integrantes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). Além disso, é preciso enfatizar que cada participante irá obter responsabilidades segundo a sua categoria profissional em uma determinada área.

Por sua vez, os pacientes que não quiserem participar das atividades de educação em saúde devem permanecer excluídos do projeto em questão.

A coleta de dados e a seleção dos participantes serão realizadas através dos seguintes passos:

Dados obtidos pelo Sistema de Informações da Atenção Básica (SIAB) em parceria com as informações disponibilizadas pelos Agentes Comunitários em Saúde;

Pesquisa ativa da população hipertensa, tanto na consulta como nas visitas domiciliares com o médico, enfermeira e outros integrantes da equipe, buscando a mensuração dos níveis pressóricos apresentados nos moradores;

Os prontuários devidamente preenchidos durante as consultas sejam de forma planejada ou demanda espontânea;

Autorreferência dos pacientes em visita domiciliar ou na unidade básica de saúde.

Ainda, é preciso considerar a importância de seguir alguns aspectos éticos relacionados ao plano de intervenção em que terá por escrito o consentimento livre e informado a cada um dos pacientes sobre a utilização dos dados, esclarecendo a sua participação com anonimato.

Em decorrência disso tudo, haverá uma avaliação em períodos de no mínimo três meses ou segundo a necessidade de cada caso, em consulta médica. Em seguida, os resultados serão avaliados a partir das mudanças nos fatores de risco, descompensação, agravos e complicações. Assim, a avaliação nos primeiros três meses terá foco nos hábitos tóxicos, mudanças da dieta, no sedentarismo, na adesão ao tratamento, bem como no desenvolvimento do conhecimento sobre a doença.

5 Resultados Esperados

Com o desenvolvimento das ações planejadas no plano de intervenção se almeja diminuir as taxas de morbimortalidade por hipertensão arterial sistêmica e suas complicações com ações de prevenção, promoção e educação em saúde. Além da atenção disponibilizada à demanda espontânea com tratamento terapêutico adequado, será preciso identificar os pacientes em risco de desenvolver a hipertensão arterial sistêmica, buscando oferecer informações sobre a doença e hábitos alimentares adequados. Assim, se espera um maior controle dos níveis pressóricos dos pacientes hipertensos com a adoção de uma dieta equilibrada associada a prática de atividade física e a o uso de fármacos.

Portanto, prever a diminuição das complicações tardias (cerebrovascular, isquemias, cegueira, infarto, insuficiência cardíaca e renal) com o controle periódico na consulta, bem como na visita domiciliar.

Referências

- BOER, I. H. de et al. Diabetes and hypertension: A position statement by the american diabetes association. *Diabetes Care*, v. 40, p. 1273–1284, 2017. Citado na página 17.
- BRASIL, M. da Saúde do. *Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica.: Hipertensão arterial sistêmica*. Brasília: Ministério da Saúde do Brasil, 2013. Citado na página 15.
- BRASIL, M. da Saúde do. *Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: o cuidado da pessoa tabagista*. Brasília: Ministério da Saúde do Brasil, 2015. Citado na página 17.
- BRASIL, R. para Políticas Informadas por Evidências Ministério da Saúde do. *EVIPNet Brasil*. 2017. Departamento de Ciência e Tecnologia (Decit) Esplanada dos Ministérios. Disponível em: <<http://brasil.evipnet.org/sobre/>>. Acesso em: 14 Nov. 2017. Citado na página 18.
- CESARINO, C. B. et al. Prevalência e fatores sociodemográficos em hipertensos de são josé do rio preto - sp. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, v. 91, n. 1, p. 31–35, 2008. Citado na página 15.
- DESTEFANO, R. M. et al. Adequação do manguito do esfigmomanômetro às medidas de circunferência braquial em pessoas atendidas na atenção primária. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, v. 20, p. 81–90, 2017. Citado na página 15.
- FERREIRA, S. R. S. et al. *Protocolo de Hipertensão Arterial Sistêmica para a Atenção Primária em Saúde*. Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição, 2009. Citado na página 17.
- LUNA, R. L. *História da Cardiologia: Aspectos históricos da hipertensão no brasil*. 1999. Disponível em: <<http://publicacoes.cardiol.br/caminhos/03/>>. Acesso em: 15 Nov. 2017. Citado na página 16.
- MAYNARDE, I. G. et al. A pressão arterial dos pacientes está sendo medida rotineiramente nos consultórios médicos? *International Journal of Cardiovascular Sciences*, v. 30, n. 4, p. 293–298, 2017. Citado na página 16.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE DO BRASIL. Portaria n° 2.436, de 21 de setembro de 2017. Diário Oficial da União, Brasília, n. 1, 2017. Citado na página 18.
- ROSÁRIO, T. M. do et al. Prevalência, controle e tratamento da hipertensão arterial sistêmica em nobres - mt. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, v. 93, n. 6, p. 672–678, 2009. Citado na página 17.
- SBC, S. B. de C. *7º Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial*. Rio de Janeiro: SBC - Tecnologia da Informação e Comunicação., 2016. Citado na página 16.
- SBC, S. B. de C.; SBH, S. B. de H.; SBN, S. B. de N. Vi diretrizes brasileiras de hipertensão. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, v. 95, n. 1, p. 1–51, 2010. Citado na página 15.