



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

Idaglis Chacon Rodriguez

Intervenção Educativa em pacientes com Hipertensão
Arterial Sistêmica da Unidade Básica de Saúde Jardim
Tropical II, Campo Mourão-PR

Florianópolis, Março de 2018

Idaglis Chacon Rodriguez

Intervenção Educativa em pacientes com Hipertensão Arterial
Sistêmica da Unidade Básica de Saúde Jardim Tropical II, Campo
Mourão-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: Priscila Orlandi Barth
Coordenadora do Curso: Profa. Dra. Fátima Büchele

Florianópolis, Março de 2018

Idaglis Chacon Rodriguez

Intervenção Educativa em pacientes com Hipertensão Arterial Sistêmica da Unidade Básica de Saúde Jardim Tropical II, Campo Mourão-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

Priscila Orlandi Barth
Orientador do trabalho

Florianópolis, Março de 2018

Resumo

A Hipertensão Arterial é uma síndrome caracterizada pelo aumento dos níveis pressóricos, tanto sistólico quanto diastólico, atingindo 10 a 20 % da população adulta e aparecendo como causa direta ou indireta de elevado número de complicações como doença cardiovasculares, cerebrovasculares e renais. Este trabalho tem como seu principal objetivo elaborar um plano de intervenção educativa e apresentar através de uma revisão bibliográfica a incidência de Hipertensão Arterial Sistêmica e suas complicações da Unidade Básica Saúde (UBS) Jardim Tropical II. Este trabalho de intervenção envolve pacientes hipertensos cadastrado pela equipe de saúde da unidade, o planejamento das estratégias e ações será organizada em 4 etapas para uma melhor sistematização do estudo realizado. Com este projeto espera-se que os pacientes que participarem do programa de educação adquiram conhecimento adequado sobre a hipertensão arterial e suas complicações, aumentem seu conhecimento sobre sua doença, a importância de fazer o tratamento farmacológico e não farmacológico, proporcionando a possibilidade de alcançar uma sobrevivência maior com uma melhor qualidade de vida. Espera-se também que ocorra a diminuição dos fatores de risco que favorecem a incidência da hipertensão arterial, a promoção de hábitos e estilo de vidas saudáveis, com essa intervenção será possível a identificação precoce da HAS para o controle desse agravamento.

Palavras-chave: Hipertensão, Prevenção de Doenças, Promoção da Saúde

Sumário

1	INTRODUÇÃO	9
2	OBJETIVOS	11
2.1	Objetivo Geral	11
2.2	Objetivos Específicos	11
3	REVISÃO DA LITERATURA	13
4	METODOLOGIA	19
5	RESULTADOS ESPERADOS	21
	REFERÊNCIAS	23

1 Introdução

A comunidade de Jardim tropical II encontra-se localizada no município Campo Mourão do estado do Paraná. A origem surgiu em homenagem ao governador da província de São Paulo, após percorrer o rio Ivaí em toda sua extensão, reconhecendo os campos que foram denominados Campo do Mourão, mais tarde simplificado para Campo Mourão. Fica situada entre Cianorte, Goioerê, Cascavel e Maringá, onde predomina o clima subtropical (??). A comunidade de Jardim Tropical II tem uma população de 2.876 pessoas e 70 % dos moradores da comunidade estão alfabetizados, as famílias moram em casas próprias, com condições estruturais variáveis, ainda possuem algumas casas de madeira, e a renda familiar é em torno de 850,00 reais e beneficiários do programa Bolsa de Família. A comunidade conta com serviços públicos do bairro, educação, saúde e assistência social, uma Unidade básica de saúde com uma estrutura física em boas condições, uma creche e uma escola em construção, 7 igrejas na maioria católicas, evangélicas e outras, mercado e lojas onde compram alimentos e outros artigos para uso pessoal, também conta com espaços para prática de esporte. A maioria da população tem redes de esgoto, água tratada e o saneamento básico está bem organizado (BRASIL, 2017).

Com relação à população de Jardim Tropical II, ela é dividida segundo gênero em 1342 homens e 1534 mulheres, com faixa etária menor de 20 anos um total de 1125 pessoas, sendo 548 homens e 577 mulheres, de 20-59 anos 1581 pessoas, 669 homens e 805 mulheres, mais de 60 anos um total de 277, onde há 125 homens e 152 mulheres (BRASIL, 2017). Dentro das queixas mais comuns que levaram a população a procurar a unidade de saúde foram: -Doenças Crônicas não transmissíveis (HAS, DM) -Doenças do aparelho Respiratório (resfriado comum, sinusite, bronquite, amigdalite) -Doenças do aparelho Genito-Urinário (infecção urinária, doenças prostáticas, corrimento vaginal) -Doenças do aparelho Digestivo (Gastrite, esofagite, esteatose hepática, refluxo gastroesfágico) -Doenças do aparelho Circulatorio em geral. Outras causas de procura dos serviços de saúde são as doenças Psiquiátricas (Depressão, ansiedade, transtorno do sono entre outras). Assim, dentro dos principais problemas de saúde da comunidade encontra-se a HAS e uma das principais Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNTs), esta se caracteriza basicamente pelo aumento dos níveis pressóricos, tanto sistólico quanto diastólico e é causada por questões culturais de alimentação (alto consumo de gorduras, sal, carentes em vegetais e frutas) inadequados estilos de vidas (tabagismo, alcoolismo, sedentarismo e obesidade) atingido 10 a 20 % da população adulta e aparecendo como causa direta ou indireta de elevado número de complicações como doenças cardiovasculares, cerevasculares, renais (MOURÃO, 2017)

As complicações que muitas vezes provocam sequelas irreversíveis e ocasionam a morte afetando a população na atualidade, sendo esta também um motivo de consulta frequente

na unidade de saúde de Campo Mourão e afetando um número considerável de pessoas, tendo cadastrados 398 pacientes portadores desta patologia. Este estudo é importante para nossa equipe de saúde e para nossa população, pois através deste pretende-se aumentar o conhecimento sobre o problema e intervir em um problema que sabemos que existe, permitindo alcançar melhores resultados para melhorar a qualidade e estilo de vida da população. Os conhecimentos adequados da doença auxiliam na redução da incidência desta e suas complicações.

2 Objetivos

2.1 Objetivo Geral

Aumentar o nível de conhecimento para a saúde na comunidade para diminuir a incidência de pacientes com Hipertensão Arterial e suas complicações na UBS Jardim Tropical II.

2.2 Objetivos Específicos

- Adotar estratégias educativas de promoção e prevenção para modificar estilos de vida da população.
- Identificar os fatores de risco associados da alta incidência de pacientes com Hipertensão Arterial na área de saúde Jardim Tropical II.
- Conscientizar os moradores da área de saúde Jardim Tropical II da importância do tratamento da enfermidade para evitar as complicações.
- Implementar programa de intervenção educativa como conhecimento necessário sobre Hipertensão Arterial.

3 Revisão da Literatura

Pressão Arterial sistêmica é um problema de saúde pública no Brasil e no mundo é um dos mais importantes fatores de risco para o desenvolvimento de as doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renal crônica. A Hipertensão Arterial é caracterizada por níveis elevados de pressão arterial sistólica maior ou igual a 140 mmHg e uma pressão arterial diastólica maior ou igual a 90 mmHg pode afectar órgãos como coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos. É responsável pelo menos 40% das mortes por acidente vascular cerebral e por 25% das mortes por doenças arterial coronárias. (BRASIL, 2006)

No fim do século 19, Mohamed descreveu a síndrome arterial hipertensiva. Em 1881, Riva-Rocci criou o primeiro esfigmomanômetro e em 1906, Korotkoff tornou prática a medida de pressão arterial. Em 1914, Volhard descreveu as síndromes de hipertensão maligna e benigna. Goldblatt, em 1934, descreveu a hipertensão renovascular e, em 1939, Page e Braun Menendez descobrem a angiotensina; Cohn, em 1955, descreveu o hiperaldoosteronismo e, em 1959, ficou clara a inter-relação entre angiotensina e aldosterona. Em 1939, a “American Heart Association” e a “Society of Great Britain and Ireland” padronizaram os métodos de determinação da pressão arterial. Em 1949, criou-se o “Council for High Pressure Research”, concentrando a pesquisa sofisticada em hipertensão.

As drogas existentes até a década de 1940 eram realmente muito pouco efetivas no que se refere ao controle da pressão arterial, constituindo-se, fundamentalmente, da mistura, em proporções diversas, de papaverina, aminofilina e barbitúricos leves administrados por via oral. Na década de 1940, já era consenso que o aumento da pressão deveria ser tratado e que três linhas terapêuticas eram utilizadas, a saber: psicoterapia, dieta extremamente baixa em sódio (dieta de arroz) e simpatectomia dorsolombar. A idéia de reduzir o sódio na dieta dos hipertensos permaneceu válida, ficando claro, hoje, que há indivíduos que são resistentes ao sódio e outros que são sensíveis ao sódio. O eficiente efeito da redução da ingestão de sódio trouxe a idéia de se tratar hipertensos utilizando diuréticos saluréticos. De fato, essa foi uma idéia vencedora, pois, até nossos dias, os diuréticos permanecem com papel relevante no tratamento da hipertensão, principalmente naqueles pacientes sensíveis ao sal. (RAMOS, 1998)

A mortalidade por doença cardiovascular (DCV) aumenta progressivamente com a elevação da PA a partir de 115/75 mmHg de forma linear, contínua e independente. 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, sendo a maioria em países de baixo e médio desenvolvimento econômico e mais da metade em indivíduos entre 45 e 69 anos. Inquéritos populacionais em cidades brasileiras nos últimos 20 anos apontaram uma prevalência de HAS acima de 30%. Considerando-se valores de PA 140/90 mmHg, 22 estudos encontraram prevalências entre 22,3% e 43,9%, (média de

32,5%), com mais de 50% entre 60 e 69 anos e 75% acima de 70 anos. Entre os gêneros, a prevalência foi de 35,8% nos homens e de 30% em mulheres, semelhante à de outros países. Revisão sistemática quantitativa de 2003 a 2008, de 44 estudos em 35 países, revelou uma prevalência global de 37,8% em homens e 32,1% em mulheres.([ANDRADE et al., 2010](#))

No Brasil, segundo a Sociedade Brasileira de Hipertensão (SBH), cerca de 30% da população adulta é hipertensa, mas a maioria das pessoas desconhece que são portadoras da doença.no mundo, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), são 600 milhões de hipertensos, 1 em cada 3 adultos. Embora o problema ocorra geralmente na fase adulta, o número de crianças e adolescentes acometidos pela doença cresce a cada dia e, de acordo com a SBH estima que 5% da população brasileira com até 18 anos tenha hipertensão atualmente.A pressão elevada é responsável por cerca de 40% dos casos de aposentadoria precoce e de ausência no trabalho, e é a doença crônica que ocasiona o maior número de consulta nos sistemas de saúde, com um importantíssimo impacto econômico e social no mundo todo ([HIPPODRS, 2017](#)).

Houve uma simplificação das faixas pressóricas e a categorização de A classificação utilizada, mais recente, é preconizada pela Sociedade Brasileira de Cardiologia baseada em parâmetros Classificação da pressão arterial em adultos segundo os valores da pressão arterial sistólica e da pressão diastólica Classificação da pressão arterial Pressão arterial sistólica (mmHg) Pressão arterial diastólica(mmHg) Normal Pré-hipertensã 120 a 139 __ 80 a 89 Hipertensão estágio1 140 a 159 __ 90 a 99 Hipertensão estágio2 160 __ 100 – O valor mais alto de sistólica ou diastólica estabelece o estágio do quadro hipertensivo. – Quando as pressões sistólica e diastólica situam-se em categorias diferentes, a maior deve ser utilizada para classificação do estágio.([BRASIL, 2006](#))

A hipertensão possui duas categorias: hipertensão essencial (primária) e hipertensão secundária. hipertensão essencial, a mais frequente (95% dos pacientes), é aquela que surge sem causa esclarecida, enquanto que a hipertensão secundária é aquela em decorrência de alguma doença diagnosticada, como problemas renais, apneia do sono (problemas respiratórios), ou hipotireoidismo, por exemplo. Hipertensão arterial primária (essencial) É causada por diversos fatores genéticos e também pelos hábitos de vida do paciente. Atualmente ainda não se sabe como de fato ela é desencadeada, mas já é conhecido que um dos motivos da elevação da pressão arterial nesse caso, é um aumento de absorção de sal pelos rins, que acarreta na alta taxa de resposta dos vasos sanguíneos a estímulos nervosos e conseqüentemente a perda de elasticidade das artérias, tornando-as menos flexíveis. A hipertensão essencial tem caráter gradativo, piorando ao longo os anos, se não cuidada. Hipertensão arterial secundária Acontece quando uma das causas, um problema de saúde anterior, predomina sobre as demais, entre elas: doença do parênquima renal; problemas renovasculares; aldosteronismo primário; males relacionados à gestação; uso de medicamentos; como corticosteroides, anticoncepcionais ou anti-inflamatórios; hipertensão relacionada ao feocromocitoma (tipo de tumor que produz substâncias vasoconstritoras que

aumentam a pressão arterial, provocando taquicardia, cefaleia e sudorese) ([HIPPODRS, 2017](#))

Segundo a VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão foi definido como os principais fatores de risco para a Hipertensão Arterial:

- Idade 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. Entre metalúrgicos do RJ e de SP a prevalência de HAS foi de 24,7% e a idade acima de 40 anos foi a variável que determinou maior risco para esta condição. - Gênero e etnia A prevalência global de HAS entre homens e mulheres é semelhante, embora seja mais elevada nos homens até os 50 anos, invertendo-se a partir da 5ª década. Em relação à cor, a HAS é duas vezes mais prevalente em indivíduos de cor não-branca. Estudos brasileiros com abordagem simultânea de gênero e cor demonstraram predomínio de mulheres negras com excesso de HAS de até 130% em relação às brancas. Não se conhece, com exatidão, o impacto da miscigenação sobre a HAS no Brasil.

- Excesso de peso e obesidade 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 PA. - Ingestão de sal Ingestão excessiva de sódio tem sido correlacionada com elevação da PA. 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. Por outro lado, o efeito hipotensor da restrição de sódio tem sido demonstrado. - Ingestão de álcool A ingestão de álcool por períodos prolongados de tempo pode aumentar a PA e a mortalidade cardiovascular em geral. Em populações brasileiras o consumo excessivo de etanol se associa com a ocorrência de HAS de forma independente das características demográficas. - Sedentarismo Atividade física reduz a incidência de HAS, mesmo em indivíduos pré-hipertensos, bem como a mortalidade e o risco de DCV. - Fatores socioeconômicos A influência do nível socioeconômico na ocorrência da HAS é complexa e difícil de ser estabelecida. No Brasil a HAS foi mais prevalente entre indivíduos com menor escolaridade. - Genética 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 prever o risco individual de se desenvolver HAS. - Outros fatores de risco cardiovascular Os fatores de risco cardiovascular frequentemente se apresentam de forma agregada, a predisposição genética e os fatores ambientais tendem a contribuir para essa combinação em famílias com estilo de vida pouco saudável..([ANDRADE et al., 2010](#))

A principal relevância da identificação e controle da HAS reside na redução das suas complicações, tais como: doença cérebro-vascular, doença arterial coronária, insuficiência cardíaca, doença renal crônica e doença arterial periférica e de suma importância que

sejam realizadas ações de sistematização, monitoramento e avaliação das experiências em promoção da saúde, com o desenvolvimento de tecnologias de intervenção próprias aos diferentes territórios, de forma a assegurar a difusão de práticas exitosas. Nesse sentido, a parceria entre instituições de ensino pesquisa e gestores públicos da saúde envolve a consolidação de uma abordagem metodológica e prioritariamente dirigida a cenário estratégicos para a promoção da saúde: unidades de saúde, escolas locais de trabalho e territórios (comunidades). (BRASIL, 2006)

Como a hipertensão arterial sistêmica é uma doença, e a maior parte de seu curso assintomática, muitas vezes é negligência quanto ao seu diagnóstico e fazendo com que a adesão ao tratamento prescrito seja baixa por parte dos pacientes. Sendo assim, um dos principais fatores é a dificuldade no controle da hipertensão, devido seus pacientes não aceitam a condição da doença crônica não ter cura, o controle e diagnóstico da hipertensão arterial sistema, tem atribuição das Unidades Básicas de Saúde da Família e tem um caráter de ação prioritária na saúde do adulto em uma fase inicial, caracterizando-se assim como uma ação estratégica de atuação após o Pacto em defesa da vida de 2005. Neste contexto problemático, a Política Nacional de Promoção da saúde do governo brasileiro, aprovada em 2006, prioriza ações de alimentação saudável, atividade física, prevenção ao uso do tabaco e álcool, inclusive com transferência de recursos a estados e aos municípios para a implantação dessas ações de forma intersetorial e integrada (BRASIL, 2011) .

Para o ministério de saúde (2006) Educação aos hipertensos é um dos pilares do tratamento parte-se do pressuposto de que a vida dos pacientes está ligada a uma série de limitações dependentes do seu tratamento caso eles recebam informações sobre ações educativas, serão capazes de desenvolver a sua capacidade de autocuidado, possibilitando a resolução de situações ligadas aos hábitos e costumes de ordem física e nutricional, os ajustes nas dietas, a realização efetiva de atividades físicas, além da medicação, entre outras. Sua formação começa no momento do diagnóstico e deve ser mantida e reforçada ao longo da vida. Atividades de educação em saúde são muito importantes para os pacientes porque influenciam no conhecimento, julgamentos, crenças, motivações e atitudes do homem em relação à saúde e à doença alternativa. Tais ações devem promover o desenvolvimento de recursos humanos, e também traduzir as necessidades sociais para o desenvolvimento de métodos e técnicas que lavam à participação individual e coletiva de ensino, rompendo assim com os conceitos e ações isoladas do problema de integrar todos os aspectos que afetam os objetivos de saúde humana (BRASIL, 2011)

O tratamento não-medicamentoso tem, como principal objetivo, diminuir a morbidade e a mortalidade cardiovasculares por meio de modificações do estilo de vida que favoreçam a redução da pressão arterial. Redução do Peso Corporal, Redução na Ingestão de Sal/Sódio, Redução do Consumo de Bebidas Alcoólicas, Aumento da Ingestão de Potássio, Exercício Físico Regular, Abandono do Tabagismo, Controle das Dislipidemias e do Diabete Melito. Torna-se evidente que quase todas as medidas não medicamentosas de-

pendem de mudanças no estilo de vida de forma permanente. Em razão de a abordagem do hipertenso ser direcionada a diversos objetivos, a ação médica é beneficiada com a abordagem multiprofissional. Em relação à pressão arterial, o tratamento medicamentoso visa a reduzir os níveis de pressão para valores inferiores a 140 mmHg de pressão sistólica e a 90 mmHg de pressão diastólica, respeitando-se as características individuais, a co-morbidade e a qualidade de vida dos pacientes. Reduções da pressão para níveis inferiores a 130/85 mmHg podem ser úteis em situações específicas, como em pacientes com nefropatia proteinúrica e na prevenção de acidente vascular cerebral. Os medicamentos anti-hipertensivos de uso corrente. Diuréticos, inibidores adrenérgicos, vasodilatores diretos, inibidores da enzima conversora da angiotensina, antagonistas dos canais de cálcio, antagonista do receptor da angiotensina II. (JR. et al., 1999)

HIPERDIA Destina-se ao Cadastramento e Acompanhamento de portadores de hipertensão arterial atendidos na rede ambulatorial do sistema Único de Saúde (SUS), permitindo gerar informação para aquisição, dispensação e distribuição de medicamentos de forma regular e sistemática a todos os pacientes cadastrados. Nos permite conhecer o perfil epidemiológico da hipertensão arterial na população (DATASUS, 2017).

As atividades de saúde na Atenção Básica no sistema de saúde brasileiro são desenvolvidas nas Unidades Básicas de Saúde no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação da saúde, dentre as ações garantidoras do modelo assistencial na Atenção Básica de saúde, surge a Estratégias de Saúde da Família (ESF), representada como um importante instrumento capaz de promover uma nova dinâmica para a estruturação dos serviços de saúde. Na ESF, a educação em saúde trata-se de uma importante ferramenta para a emancipação do usuário portador da hipertensão arterial na construção de ações que estimulem a adoção de comportamentos favoráveis a sua qualidade de vida, sob um enfoque no qual a população e os profissionais estabeleçam uma relação mútua de compartilhamento de saberes. É importante ressaltar que as ações educativas devem ser realizadas continuamente e valendo-se de uma linguagem simples e acessível a todos os hipertensos. Além de potencializar as ações de prevenção e promoção da doença. (JÚNIOR et al., 2011)

4 Metodologia

Será realizado um estudo de intervenção educativa para avaliar o nível de conhecimento de Hipertensão Arterial de pacientes registrados como hipertensos na comunidade de Jardim tropical II, explorando o mesmo por meio de pesquisa aplicado por todos os membros da equipe saúde, ever diferentes variáveis, uma vez detectado o nível de conhecimento, é determinado quais são as dificuldades e necessidades de aprendizagem, levando a execução da intervenção, os grupos se reunirão para desenvolver e oferecer temas que contribuem para aumentar o conhecimento. O grupo de usuários envolve pacientes cadastrado na UBS como Hipertensos na história clínica individual (prontuário) tanto do sexo masculino como do sexo feminino, maiores de 15 anos de idades.

Sendo um estudo de intervenção as ações serão organizadas em 4 etapas: Um diagnóstico, concepção de um programa de intervenção educativa, execução do programa, avaliação.

Fase -1:Será realizado a fase de Diagnóstico, em que irá trabalhar com todos os pacientes cadastrados como hipertensos, é proceder aplicar o questionário feito com perguntas fechadas para descrever as variáveis de idade e sexo, foi incluída uma questão relacionada com fundo patológico pessoal e familiar, e outro para os anos de progressão da doença, bem como o comportamento dos elementos básicos da hipertensão arterial e meio pelo qual o paciente recebe informações sobre a hipertensão arterial. este instrumento é aplicável, em lugares para viabilizar a troca que propomos, está na consulta médica, ou na visita domiciliar, com linguagem clara, consistente, que é entendido pelo usuário, bem como a privacidade devido ao tema investigado. os dados, serão processados em percentagens, e colocados em tabelas corretamente formadas.

Fase -2: Processo terapêutico e desenho da intervenção educativa. Durante esta fase, e para alcançar o objetivo da pesquisa, uma intervenção educativa concebida, tendo em conta as necessidades sentidas do conhecimento da hipertensão arterial, que serão identificados no pré-teste, que foi aplicada anteriormente.

Fase -3: Executado programa de intervenção educativa. Neste fase serão realizadas as sessões de trabalho, pela pesquisa, com o apoio das equipe de saúde. neste processo terapêutico, a primeira sessão, difere das sucessivas, como o objetivo da primeira sessão, é que os participantes saibam o funcionamento do grupo, as regras vigentes para o projeto. Ele enfatiza, na importância de frequência regular, que permitem a continuidade do programa, informando da sua dificuldade e dos outros, devem ser tomadas em mente que o objetivo desta intervenção é aprender, sobre a hipertensão arterial e como impedir-la. Nas sessões sucessivas, serão usadas de recursos, que permitem a identificação de problemas e como resolvê-los. As sessões de trabalho, serão semanais, 1 hora, no local adequado na UBS (salão de Reunião) e programação viável para os participantes.

Fase-4: A etapa avaliativa, uma característica da avaliação é que a natureza de um processo, desde a identificação das necessidades de aprendizagem, depois da intervenção educativa, para medir o nível de conhecimento, será avaliado novamente com a mesma pesquisa visando analisar o conhecimento antes e após a intervenção, onde foram consideradas todas as condições necessárias, o que não influenciam o resultado final e para identificar as necessidades de aprendizagem, que poderia ser produzida com o programa de intervenção. No processo de avaliação, pode-se observar o cumprimento dos objetivos, atividades e finalmente, a avaliação dos resultados do programa de intervenção, a nível de investigação do conhecimento que será aplicado após a intervenção, as mudanças serão evidentes no critérios e na área da aprendizagem, desde a identificação do problema em estudo, consciência da situação da gravidade percebida e vulnerabilidade do grupo populacional em relação ao desenvolvimento da hipertensão. tudo será realizado no mesmo local onde foram realizadas as sessões de trabalho.

Para a realização deste intervenção educacional é usaram recursos necessários -Humano: Equipe de Saúde da Família constituída por: 1 médico, 1 enfermeiras, 6 agentes comunitários de saúde, 1 psicólogo, 1 nutricionista, 1 fisioterapeuta. -Materiais: Prontuários dos usuários, ficha para avaliação dos usuários, cartolinas, cartilhas educativas.

5 Resultados Esperados

Com este estudo esperamos ter uma caracterização mais completa possível deste grupo de paciente que nos permita estabelecer melhores estratégias de trabalho a buscar assim maior qualidade de vidas. Trabalhar com mais profundidade os riscos identificados para tratar de modificar quando seja possível para assim diminuir a incidência de pacientes com hipertensão arterial da UBS Jardim Tropical II, com este projeto espera-se que os pacientes que participarem do programa de educação adquiram conhecimento adequado sobre a hipertensão arterial e de suas complicações, aumentem seu conhecimento sobre sua doença, a importância de fazer o tratamento farmacológico e não farmacológico, proporcionando a possibilidade de alcançar uma sobrevida maior com uma melhor qualidade de vida. Espera-se também que ocorra uma diminuição dos fatores de risco que favorecem a incidência da hipertensão arterial, a promoção de hábitos e estilos de vidas saudáveis, com essa intervenção será possível a identificação precoce de HAS para o controle desse agravo. Além disso é importante que os pacientes compreendam que eles têm um papel fundamental no futuro de sua doença através das decisões que podam tomar.

Referências

- ANDRADE, J. P. de et al. Vi diretrizes brasileiras de hipertensão. *http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2010/Diretriz hipertensao associados.pdf*, p. 1 – 8, 2010. Citado 2 vezes nas páginas 14 e 15.
- BRASIL, M. da Saúde do. *Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde*. Brasil: Editora MS – OS 2006/0638, 2006. Citado 3 vezes nas páginas 13, 14 e 16.
- BRASIL, M. da Saúde do. *Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022*. Brasil: editora MS, 2011. Citado na página 16.
- BRASIL, M. da Saúde do. *FATORES DE RISCO PARA HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA VERSUS ESTILO DE VIDA DOCENTE*: Conselho nacional de saúde. resolução 196 de 10 de outubro de 1996. diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília. 1996. 2017. Disponível em: <https://www.fen.ufg.br/fen_revista/revista6_3/03_Original.html>. Acesso em: 10 Jul. 2017. Citado na página 9.
- DATASUS. *HIPERDIA - Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos*. 2017. Disponível em: <<http://datasus.saude.gov.br/sistemas-e-aplicativos/epidemiologicos/hiperdia>>. Acesso em: 01 Ago. 2017. Citado na página 17.
- HIPPODRS. *Hipertensão – Causas, sintomas e tratamento: Serviço médico como você nunca viu!* 2017. Disponível em: <<https://hippodrs.com.br/blog/hipertensao/>>. Acesso em: 23 Jul. 2017. Citado 2 vezes nas páginas 14 e 15.
- JR., O. K. et al. Iii consenso brasileiro de hipertensão arterial. *http://www.scielo.br/pdf/abem/v43n4/11752.pdf*, p. 257–272, 1999. Citado na página 17.
- JÚNIOR, J. E. M. et al. Educação em saúde como estratégia para melhoria da qualidade de vida dos usuários hipertensos. *Northeastern Nursing Networt*, p. 1–6, 2011. Citado na página 17.
- MOURÃO, S. da Saúde de C. *Secretaria da Saúde - MUNICIPIO DE CAMPO MOURAO*. 2017. Disponível em: <<https://www.google.com.br/search?q=secretaria+de+saude+campo+mourao>>. Acesso em: 10 Jul. 2017. Citado na página 9.
- RAMOS, O. Aspectos históricos da hipertensão. *http://departamentos.cardiol.br/dha/revista/5-4/aspectos.pdf*, p. 230–232, 1998. Citado na página 13.