

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS (UNA-SUS) - NÚCLEO DO CEARÁ
NÚCLEO DE TECNOLOGIAS EM EDUCAÇÃO A DISTÂNCIA EM SAÚDE
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO, PESQUISA E INOVAÇÃO EM SAÚDE DA
FAMÍLIA

LISANDRA DE LA CARIDAD HERNANDEZ ULLOA

EDUCAÇÃO EM SAÚDE SOBRE FATORES DE RISCOS DA HAS NA ESF: Projeto
de intervenção

FORTALEZA

2018

LISANDRA DE LA CARIDAD HERNANDEZ ULLOA.

**EDUCAÇÃO EM SAÚDE SOBRE FATORES DE RISCOS DA HAS NA ESF: Projeto
de intervenção**

Trabalho de Conclusão de Curso submetido à Coordenação do Curso de Especialização em Saúde da Família, modalidade semipresencial, Universidade Aberta do SUS (Una-SUS) - Núcleo Do Ceará, Núcleo de Tecnologias em Educação a Distância Em Saúde, Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para obtenção do Título de Especialista. Orientador: Prof^a. Esp., Kelvia Maria Oliveira Borges

FORTALEZA

2018

LISANDRA DE LA CARIDAD HERNANDEZ ULLOA

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Coordenação do Curso de Especialização em Saúde da Família, modalidade semipresencial, Universidade Aberta do SUS (Una-SUS) - Núcleo Do Ceará, Núcleo de Tecnologias em Educação a Distância Em Saúde, Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para obtenção do Título de Especialista.

Aprovado em: __/__/__

BANCA EXAMINADORA

Profº Esp. Kelvia Maria Oliveira Borges

Universidade Federal do Ceará

Profº., Me. Samuel Ramalho Torres Maia

Faculdade Ateneu

Profº., Me. Reagan Nzundu Boigny

Universidade Federal do Ceará

RESUMO

A Hipertensão Arterial Sistêmica é a mais frequente das doenças cardiovasculares. É também o principal fator de risco para as complicações mais comuns como acidente vascular cerebral e infarto agudo do miocárdio, é também um problema grave de saúde pública no Brasil e no mundo. Ela é um dos mais importantes fatores de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais. Modificações de estilo de vida são de fundamental importância no processo terapêutico e na prevenção da hipertensão. A alimentação adequada, redução 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. O objetivo deste trabalho foi elaborar um projeto de intervenção, sobre os fatores de riscos da hipertensão arterial, na área de abrangência da Estratégia de Saúde da Família (ESF). Espreado, no município Acaraú, Ceara. Por meio do Diagnostico Situacional, foi possível conhecer melhor a área de saúde e identificar os principais problemas, sendo eles: alta incidência de pacientes com Hipertensão Arterial Sistêmica. O desenvolvimento de pequenas ações educativas se faz essenciais dentro do plano proposto. O projeto de intervenção é elaborado, a fim de realizar um programa educativo com pessoas que vivem com hipertensão arterial sistêmica, pela necessidade de melhorar o nível de conhecimento sobre características da doença e assim, provocar uma redução de fatores de risco como alimentação adequada, sobretudo quanto ao consumo de sal, controle do peso, prática de atividade física, tabagismo e uso excessivo de álcool que devem ser adequadamente abordados e controlados, sem o que, mesmo doses progressivas de medicamentos não resultarão alcançar os níveis recomendados de pressão arterial inerentes na população de hipertensos.

Palavras-chave: Hipertensão Arterial Sistêmica. Fatores de risco. Educação em Saúde.

RESUMEN/ABSTRACT

La Hipertensión Arterial Sistémica es la más frecuente de las enfermedades cardiovasculares. Es también el principal factor de riesgo para las complicaciones más comunes como accidente cerebrovascular e infarto agudo de miocardio, es también un problema grave de salud pública en Brasil y en el mundo. Es uno de los más importantes factores de riesgo para el desarrollo de enfermedades cardiovasculares, cerebrovasculares y renales. Las modificaciones de estilo de vida son de fundamental importancia en el proceso terapéutico y en la prevención de la hipertensión. La alimentación adecuada, sobre todo en cuanto al consumo de sal, control del peso, práctica de actividad física, tabaquismo y uso excesivo de alcohol, son factores de riesgo que deben ser adecuadamente abordados y controlados, sin lo cual, incluso dosis progresivas de medicamentos no resultarán alcanzar los niveles recomendados de presión arterial. El objetivo de este trabajo fue elaborar un proyecto de intervención, sobre los factores de riesgo de la hipertensión arterial, en el área de cobertura de la Estrategia de Salud de la Familia (ESF) Espraiado, en el municipio Acaraú, Ceará. Por medio del Diagnostico Situacional, fue posible conocer mejor el área de salud e identificar los principales problemas, siendo ellos: alta incidencia de pacientes con Hipertensión Arterial Sistémica. El desarrollo de pequeñas acciones educativas se hace esencial dentro del plan propuesto. El proyecto de intervención es elaborado a fin de realizar un programa educativo con personas que viven con hipertensión arterial sistémica, por la necesidad de mejorar el nivel de conocimiento sobre características de la enfermedad y así, provocar una reducción de factores de riesgo como alimentación adecuada, sobre todo en cuanto al consumo de sal, control del peso, práctica de actividad física, tabaquismo y uso excesivo de alcohol que deben ser adecuadamente abordados y controlados, sin lo cual, incluso dosis progresivas de medicamentos no resultará alcanzar los niveles recomendados de presión arterial inherentes en la población de hipertensos.

Palabras clave: Hipertensión Arterial Sistémica, Factores de riesgo, Educación em Salud.

TABELA DE SIGLAS

APS	Atenção Primária da Saúde
AVE	Acidente Vascular Encefálico
CS	Centros De Saúde
DAP	Doença Renal Crônica
DC	Doença Cardiovascular
DM	Diabetes Mellitus
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
ESF	Estratégia da Saúde da Família
ESF	Estratégia da Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
IAM	Infarto Agudo do Miocárdio
IC	Insuficiência Cardíaca
OMS	Organização Mundial da Saúde
PSF	Programa de Saúde da Família
UAPS	Unidade da Atenção Primária da Saúde
VIGITEL	Vigilância de Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO

A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que cerca de 600 milhões de pessoas tenham hipertensão arterial sistêmica (HAS) e ocorram 7,1 milhões de mortes anuais decorrentes dessa doença (MACHADO; PIRES; LOBÃO, 2012). A HAS é a mais frequente das doenças cardiovasculares, é a principal causa de morbimortalidade, responsável por 63% das causas de morte no mundo (MACHADO; PIRES; LOBÃO, 2012).

Estudos indicam crescimento mundial de 60% dos casos da doença para 2025. A hipertensão arterial acarreta aumento dos custos dos sistemas de saúde e tem afetado a economia global (MACHADO; PIRES; LOBÃO, 2012) Dados da Pesquisa Nacional de Saúde em 2013, utilizando informações autorreferidas, estimam uma prevalência de hipertensão de 21,4% para todo o país (IBGE, I. B. D. G. E. E. Pesquisa Nacional de Saúde 2014).

Nos Estados Unidos, estudo comparando os resultados autorreferidos de HAS do inquérito telefônico Behavioral Risk Factor Surveillance System (BRFSS) com medidas aferidas coletadas no National Health and Nutrition Examination SurveyIII mostram boa sensibilidade e especificidade das medidas autorreferidas (SILVA; LIMA; SOUZA, 2004).

No Brasil, são poucas as pesquisas de base populacional referentes à prevalência da HAS. Os estudos, na maioria das vezes, possuem comparabilidade limitada, em função da abrangência local ou regional e de diferenças nas questões e nos métodos. Inquéritos domiciliares em municípios brasileiros estimam prevalências que variam de 15% a 40% na população urbana adulta brasileira, dependendo da metodologia e abrangência do estudo (BRASIL, 2008).

Dados da Pesquisa Nacional de Saúde em 2013, utilizando informações autorreferidas, estimam uma prevalência de hipertensão de 21,4% para todo o país. As pesquisas populacionais com amostragem probabilística são de custo elevado e realizadas com grandes intervalos de tempo, um exemplo de inquérito que investiga fatores de risco e proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico é o Vigitel (Vigilância de Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico), sendo realizado nas 26 capitais brasileiras e no

Distrito federal desde 2006 e coleta informações sobre estilo de vida em adultos e morbidade autorreferida, dentre outros temas. Dessa forma, é possível o monitoramento anual dos indicadores referentes às DCNT e os fatores associados, visando a subsidiar políticas públicas de prevenção e promoção à saúde (CHÁVEZ, H.I.T,2010).

No Brasil, são cerca de 17 milhões de portadores de hipertensão arterial, 35% da população de 40 anos e mais. Segundo Nascente e colaboradores (2010), estudos epidemiológicos têm identificado a associação positiva da hipertensão arterial às características sociodemográficas, ao consumo de álcool, à ingestão de sódio, ao estresse, ao diabetes, à obesidade e ao sedentarismo.

Segundo dados publicados pela OMS, a hipertensão atingiu cerca 3 de 1,13 bilhão de pessoas no mundo em 2015. No Brasil, dados do Ministério da Saúde de 2016 mostraram que a HAS aumentou 14,2% na última década e já atinge 25,7% da população brasileira com 18 anos ou mais. A HAS é um grave problema de saúde pública no Brasil e no mundo. Sua prevalência no Brasil varia entre 22% e 44% para adultos (32% em média), chegando a mais de 50% para indivíduos com 60 a 69 anos e 75% em indivíduos com mais de 70 anos (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010). (PICON, MOREIRA; FUCHS, 2012). No que se refere à mortalidade, a proporção de mortes no Brasil por DCNT em 2011 foi de 72,7%, com uma taxa de mortalidade de 378 por 100 mil habitantes. Dados brasileiros de mortalidade associados à HAS entre 2001 e 2011 sinalizaram uma taxa de 552 mortes por 100 mil habitantes, e a taxa de mortalidade por DM 2,6 foi de 33,7 por 100 mil habitantes (LÓPEZ, 2010).

A Atenção Básica em Saúde no Brasil, tem criado um Plano de Reorganização da atenção à HAS e ao diabetes mellitus (DM) que vincula os pacientes aos centros de saúde (CS), garantindo o acompanhamento, tratamento, distribuição de medicação e atividades de educação nutricional (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006). Além disso, há o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das DCNT que visa preparar o Brasil para enfrentar e deter estas enfermidades ((Neder MDM, Borges AAN. Hipertensão arterial sistêmica no Brasil 2017)

Dentre os fatores de risco, a idade, tem uma associação direta e linear entre envelhecimento e prevalência de HAS, sendo relacionada ao aumento da expectativa de vida da população brasileira, que atualmente é de 74,9 anos (NASCENTE, 2010). Entre

2000 e 2010, houve um aumento de 6,7% para 10,8% na população de idosos (maiores a 60 anos) (OMS, 2011).

Estudos realizados no Brasil, incluindo 13.978 indivíduos idosos mostrou 68% de prevalência de HAS (PICON; FUCHS; MOREIRA; REGEL; FUCHS, 2012). Na Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), realizada em 2013, a prevalência de HAS autorreferida foi estatisticamente diferente entre os sexos, sendo maior entre mulheres (24,2%) e pessoas de raça negra/cor preta (24,2%) comparada a adultos pardos (20,0%), mas não nos brancos (22,1%) (NEDER; BORGES, 2017).

Em relação a raça/cor, o estudo Corações do Brasil, observou que no Brasil 11,1% na população é indígena, 10% amarela, 26,3% parda/mulata, 29,4% se declararam de cor branca e 34,8% eram negros (RAMOS, 2010). O estudo ELSA-Brasil mostrou prevalências de 30,3% em brancos, 38,2% em pardos e 49,3% em negros (ROMÉU, 2011).

No Brasil, dados do VIGITEL de 2014 revelaram, entre 2006 e 2014, aumento da prevalência de excesso de peso (IMC \geq 25 kg/m), 52,5% vs 43%. No mesmo período, a obesidade (IMC \geq 30 kg/m) aumentou de 11,9% para 17,9%, com predomínio em indivíduos de 35 a 64 anos e mulheres (18,2% vs 17,9%), mas permaneceu estável entre 2012 e 2014 (SARAIVA; SANTOS; LANDIM; TEIXEIRA, 2009).

Consumir sódio em excesso, ingerir o álcool como consumo crônico, ser sedentário e ter nível baixo de escolaridades, aumentam a pressão arterial de forma consistente (SILVA; SOUZA 2004). Dados do VIGITEL, 2006 a 2013, mostram que consumo abusivo de álcool – ingestão de quatro ou mais doses, para mulheres, ou cinco ou mais doses, para homens, de bebidas alcoólicas em uma mesma ocasião, dentro dos últimos 30 dias - tem se mantido estável na população adulta, cerca de 16,4%, sendo 24,2% em homens e 9,7% em mulheres. Em ambos os sexos, o consumo abusivo de bebidas alcoólicas foi mais frequente entre os mais jovens e aumentou com o nível de escolaridade (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

A exposição coletiva ao risco e como consequência da estratégia, a redução dessa exposição, tem um efeito multiplicador quando alcançada por medidas populacionais de maior amplitude (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2016).

Devem-se considerar no diagnóstico da HAS, além dos níveis tensionais, o risco cardiovascular global estimado pela presença dos fatores de risco, a presença de

lesões nos órgãos-alvo e as comorbidades associadas (TIARAJU; BATTISTELLA; NETO, 2010).

A HAS frequentemente se associa a distúrbios metabólicos, alterações funcionais e/ou estruturais de órgãos-alvo, sendo agravada pela presença de outros fatores de risco, como dislipidemia, obesidade abdominal, intolerância à glicose e DM (WILLIAM, 2010). Mantém associação independente com eventos como morte súbita, acidente vascular encefálico (AVE), infarto agudo do miocárdio (IAM), insuficiência cardíaca (IC), doença arterial periférica (DAP) e doença renal crônica (DRC), fatal e não fatal (MACHADO; PIRES; LOBÃO, 2012).

Usualmente, é uma doença silenciosa: não dói, não provoca sintomas, entretanto, pode matar. Quando ocorrem sintomas, já decorrem de complicações. Apesar de ser uma ocorrência grave, muitas pessoas não percebem ou ignoram que estão em risco de ter HAS (SILVA, LIMA, SOUZA, 2004).

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. Estes são os principais fatores que determinam um controle muito baixo da HAS aos níveis considerados normais em todo o mundo, a despeito dos diversos protocolos e recomendações existentes e maior acesso a medicamentos. Modificações de estilo de vida são de fundamental importância no processo terapêutico e na prevenção da hipertensão (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2016).

Algumas estratégias são estimuladas para controle e abordagens na HAS, como, alimentação adequada, sobretudo quanto ao consumo de sal, controle do peso, prática de atividade física, tabagismo e uso excessivo de álcool são fatores de proteção que devem ser adequadamente abordados e controlados, sem o que, mesmo doses progressivas de medicamentos não resultarão alcançar os níveis recomendados de pressão arterial (MACHADO; PIRES; MENDES, 2016).

Estudos demonstram que estratégias que visem modificações de estilo de vida são mais eficazes quando aplicadas a um número maior de pessoas geneticamente predispostas e a uma comunidade. A exposição coletiva ao risco e como consequência da estratégia, a redução dessa exposição, tem um efeito multiplicador quando alcançada por medidas populacionais de maior amplitude (OMS, 2011).

Os profissionais de saúde da Atenção Primária têm papel fundamental nas ações individuais e coletivas de controle da HAS, como reconhecimento do grupo de risco, diagnóstico precoce, conduta terapêutica e educação em Saúde (BRASIL, 2006). Médicos do Programa de Saúde da Família (PSF) estão aptos para identificar os casos que necessitam de outros níveis de atenção à saúde, mas, a maioria dos hipertensos consegue controlar a HAS na própria Atenção Primária à Saúde (APS).

Na assistência integral à saúde, é necessário tratar o indivíduo como um todo e a Unidade de Atenção Primária à Saúde (UAPS) é que se inclui neste contexto de prevenção, promoção e assistência, a fim de evitar complicações muitas vezes incapacitantes (BRASIL, 2002).

No município de Acaraú, os dados são similares ao referencial teórico consultado e ainda são identificados pacientes com HAS que não foram diagnosticados. Por isso, faz-se relevante o diagnóstico e tratamento oportunos para estes pacientes, além do estabelecimento de ações de promoção de saúde como método de tratamento e de prevenção da HAS tornando essencial para melhoria da qualidade de vida desta população.

A equipe de saúde da família de Espiraiado, admite que um dos grandes problemas das pessoas que eram acolhidas na UBS, principalmente os idosos, era o baixo nível de conhecimento sobre a HAS e as formas de prevenção e controle desta doença e as possíveis complicações que ocasiona. Desta maneira, torna-se primordial a promoção de estratégias de educação em saúde para elevar o nível de conhecimento sobre a HAS na população, melhorar a adesão ao tratamento e conseqüentemente, a qualidade de vida.

Neste sentido, faz-se necessária uma ação conjunta entre a equipe de saúde, os familiares e os hipertensos na realização de atividades de educação em saúde para hipertensos. As atividades podem ser desde orientações nas salas de espera, coordenação de caminhadas e cafés da manhã que visem a participação da população e uma melhor compreensão, prevenção e tratamento da HAS. Objetiva-se elaborar um projeto de intervenção, sobre os fatores de riscos da hipertensão arterial, na área de abrangência da Estratégia de Saúde da Família (ESF) Espiraiado, no Município Acaraú, Ceará.

2 PROBLEMA

O desconhecimento dos fatores de risco por parte de pacientes e familiares com Hipertensão Arterial Sistêmica na ESF Espiraiado. A inexistência de um grupo que oportunize educação em saúde e autocuidado em HAS com hipertensos na área da ESF Espiraiado em Acaraú-CE.

A ESF Espiraiado atende a um total de 1909 pessoas, agrupadas em 547 famílias, com uma elevada taxa de prevalência de hipertensos comparada às outras enfermidades crônicas não transmissíveis.

A ESF possui 245 hipertensos cadastrados, escolhendo-se uma mostra aleatória de 155 pacientes. Os participantes desta intervenção incluem os pacientes idosos e adultos jovens portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica da área de abrangência do Posto de saúde da Estratégia da Família Espiraiado. Esta foi a queixa mais comum que levou a população a procurar a unidade de saúde em 2017.

Os pacientes com HAS geralmente procuram a UBS em situações descompensadas, geralmente devido ao desconhecimento sobre a doença da qual sofrem, à não adesão ao tratamento e os cuidados necessários.

A equipe deliberou ser essa situação um grande problema de saúde, o que implica a intervenção nos pacientes idosos hipertensos da população, que alcançaria um maior autocontrole da doença e uma melhor qualidade de vida e adesão adequada ao tratamento.

3 JUSTIFICATIVA

A Hipertensão Arterial Sistêmica é a doença de maior prevalência na população idosa como jovem na área de abrangência da Equipe de Saúde da Família de Espiraiado, do município Acaraú. O que aumenta as complicações relacionadas com a mortalidade. Em média, 70% dos pacientes com hipertensão buscam a unidade de saúde já descompensados.

A equipe entende esta situação como um grande problema de saúde, o que traz a necessidade da melhoria dos cuidados em saúde com este público para alcançar ótima qualidade de vida, visto que é um problema que atinge um percentual muito elevado da população.

A expansão das ações com esse grupo de risco deve ser preconizada, em virtude do custo-benefício do controle da hipertensão arterial (consultas periódicas, grupos educativos, visitas domiciliares) em detrimento do custo do tratamento dos agravos (hemodiálise, cirurgias de repercussão em infarto cardíaco, tratamento da retinopatia hipertensiva, internações, fisioterapia) (BRASIL, 2002).

Os gastos em saúde são minimizados se a intervenção for realizada na atenção primária, e não na secundária ou terciária, havendo possibilidade de promover melhor qualidade de vida para a comunidade com menores custos (NASCENTE, 2010).

O projeto de intervenção é elaborado, a fim de realizar um programa educativo com pessoas que vivem com hipertensão arterial sistêmica, pela necessidade de melhorar o nível de conhecimento sobre características da doença e assim, provocar uma redução de fatores de risco como alimentação adequada, sobretudo quanto ao consumo de sal, controle do peso, prática de atividade física, tabagismo e uso excessivo de álcool que devem ser adequadamente abordados e controlados, sem o que, mesmo doses progressivas de medicamentos não resultarão alcançar os níveis recomendados de pressão arterial inerentes na população de hipertensos.

A educação das pessoas com hipertensão é o elemento chave no controle da pressão arterial (RAMOS, 2011) pois assim, as pessoas podem entender melhor sua doença e suas consequências, proporcionando-lhes bom controle, adesão adequada para tratamento e melhor qualidade de vida. A implementação deste projeto de intervenção é fundamental para promover o redirecionamento dos conhecimentos, atitudes e práticas educativas de

promoção de saúde com a participação e apoio de toda equipe da saúde e os demais grupos de apoio no público alvo e na região. A HAS é das doenças de maior prevalência na população (BARBOSA, 2008; BARRETO, 2001).

No Brasil, a Sociedade Brasileira de Hipertensão (SBH) estima que haja 30 milhões de hipertensos, cerca de 30% da população adulta. Entre as pessoas com mais de 60 anos, mais de 60% têm hipertensão. No mundo, são 600 milhões de hipertensos (BARROS, 2011; FERREIRA, 2009; KEARNEY, 2005).

Modificações de estilo de vida são de fundamental importância no processo terapêutico e na prevenção da hipertensão. Alimentação adequada, sobretudo 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, 2010).

Ressalta-se que a comunicação adequada entre equipe de saúde e usuários é essencial, sendo necessário que a equipe adeque o diálogo com a população e consiga compartilhar a responsabilidade do tratamento, entre ESF e paciente (MANFROI, 2006).

4 OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GERAL

Elaborar um projeto de intervenção, sobre os fatores de riscos da hipertensão arterial, na área de abrangência do PSF Espreado, no Município Acaraú, Ceará.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

➤ Formular atividades educativas para a comunidade adquirir novos comportamentos que permitam a melhora da qualidade de vida;

➤ Estimular, mediante estas ações educativas, a prevenção das principais complicações da HAS.

➤ **REVISÃO DE LITERATURA**



O EPIDEMIOLOGIA DA HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA



➤ A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é a mais frequente das doenças cardiovasculares. É também 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 (CHÁVEZ, 2010).

➤ No Brasil, são cerca de 17 milhões de portadores de hipertensão arterial, 35% da população acima de 40 anos. Com tendência de crescimento, o aparecimento da HAS está cada vez mais precoce, estima-se que cerca de 4% das crianças e adolescentes também sejam portadoras (BRASIL, 2002). Trata-se de uma doença cardiovascular na qual os valores de pressão arterial ficam acima dos valores normais. Embora seja uma doença que pode acarretar muitas consequências para a saúde, geralmente, ela se apresenta de forma assintomática (SILVA, LIMA, SOUZA, 2004).

➤ A mortalidade por doença cardiovascular (DCV) aumenta progressivamente com elevação da pressão arterial (PA) a partir de 115/75mm/Hg de forma lineal, continua e independente (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010). Em 2001 cerca de 7.6 milhões de mortes no mundo foram atribuídas a elevação da PA (54% por acidente vascular encefálico e 47% por doença isquêmica do coração), ocorrendo a maioria delas em países de baixo e médio desenvolvimento entre 45 e 69 anos (WILLIAMS, 2010).

➤ Define-se como a Pressão Arterial Sistólica (PAS) de 140 mm Hg ou superior, (se tem em conta a primeira aparição dos ruídos de Korotcoff) ou uma Pressão Arterial Diastólica (PAD) de 90 mm Hg ou superior (se tem em conta a desaparecimento dos ruídos de Korotcoff) ou ambos os valores inclusive ou que este antecedente esteja presente em indivíduos com valores normais no momento da aferição. Este limite inferior é aceito de maneira geral como o ponto de partida do qual se incrementa de maneira significativa a morbidade e mortalidade relacionadas com o aumento tensional. Esta definição é aplicável a adultos (LOPEZ, 2010).

➤ A carga de doenças representada pela morbimortalidade devida à doença é muito alta e por tudo isso a HAS é um problema grave de saúde pública no Brasil e no

mundo. Sendo responsável por pelo menos 40% das mortes por acidente vascular cerebral e por 25% das mortes por doença arterial coronariana. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa, 2013. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

➤ Sua prevalência no Brasil varia entre 22% e 44% para adultos (32% em média), chegando a mais de 50% para indivíduos com 60 a 69 anos e em indivíduos com mais de 70 anos (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

➤ A tendência mundial ao aumento da expectativa de vida na maioria dos países propiciou que uma quantidade de pessoas transite até o envelhecimento. Na maioria dos países, a prevalência fica entre 15 a 30% (ROMÉU, 2011).

➤

0 ETIOLOGIA E FATORES DE RISCO RELACIONADOS À HAS

➤

➤ De acordo com a Sociedade Brasileira de Hipertensão, existem dois tipos de HAS, a hipertensão idiopática, também conhecida como primária ou essencial, que está presente em 95% dos pacientes e resulta da interação entre fatores genéticos e de estilo de vida e a hipertensão secundária, com prevalência de 3 a 5% que está relacionada a disfunções renais, renovasculares e adrenais. Existe ainda, a hipertensão maligna que é uma forma fulminante da doença, podendo se desenvolver nos dois tipos.

➤ Para efeitos de diagnóstico, a HAS é classificada segundo as VII Diretrizes Brasileiras de Hipertensão (2016), a saber:

➤

➤ Figura 1 – Classificação da PA de acordo com a medição casual ou no consultório a partir de 18 anos de idade.

Classificação	PAS (mm Hg)	PAD (mm Hg)
Normal	≤ 120	≤ 80
Pré-hipertensão	121-139	81-89
Hipertensão estágio 1	140 – 159	90 – 99
Hipertensão estágio 2	160 – 179	100 - 109
Hipertensão estágio 3	≥ 180	≥ 110

Quando a PAS e a PAD situam-se em categorias diferentes, a maior deve ser utilizada para classificação da PA.

Considera-se hipertensão sistólica isolada se PAS ≥ 140 mm Hg e PAD < 90 mm Hg, devendo a mesma ser classificada em estágios 1, 2 e 3.

➤ Fonte: Diretrizes Brasileiras de Hipertensão, 2016.

➤

➤ Os fatores de risco para HAS podem ser divididos em duas classes: modificáveis e não modificáveis. Os fatores de risco não modificáveis ou irreversíveis são aqueles que não podemos mudar e por isso não podemos tratá-los, são eles: idade, hereditariedade, sexo e raça. Os fatores de risco modificáveis são: uso de anticoncepcionais, sedentarismo, obesidade, tabagismo, estresse, níveis aumentados de colesterol e triglicérides, maus hábitos alimentares e ingestão de bebidas alcoólicas (NASCENTE, 2010; PORTAL DA SAÚDE, 2012).

O DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DA HAS

➤

➤ O tratamento da hipertensão e a prevenção das complicações crônicas exigem uma abordagem multiprofissional. Assim como todas as doenças crônicas, a hipertensão arterial necessita de um processo contínuo de motivação para que a pessoa não abandone o tratamento (BRASIL, 2013).

➤ O tratamento não farmacológico da Hipertensão Arterial consiste em estratégias que visam mudar o estilo de vida e que podem levar a diminuição da dosagem dos medicamentos ou até mesmo a sua dispensa. Tem como principal objetivo diminuir a morbidade e a mortalidade cardiovasculares por meio de modificações que favoreçam a redução da pressão arterial (OLIVEIRA, 2011).

➤ Dentre essas modificações, recomendada pela Sociedade Brasileira de Cardiologia (2010) as que comprovadamente reduzem a pressão arterial são: Redução do peso corporal, da ingestão do sal e do consumo de bebidas alcoólicas pratica de exercícios físicos com regularidade, e a não utilização de drogas que elevam a pressão arterial.

➤ O padrão alimentar ideal consiste em consumir dieta rica em frutas e vegetais e alimentos com baixa densidade calórica e baixo teor de gorduras saturadas e totais (MANO, 2005). A dieta deve ser pobre em sal, o que equivale a 100 ml de sódio que não pode ultrapassar 5 gramas de sal por dia. Assim como, limitar o consumo de 30 g/dia de etanol para os homens e 15 g/dia para mulheres. Resultando na redução e/ou controle de Peso, objetivando atingir uma circunferência abdominal adequada (Inferior a 94 cm nos homens e 80 cm nas mulheres) e um índice de massa corporal inferior a 25 kg/m² (LÓPEZ, 2010).

➤ Faz-se importante que os indivíduos se habituem à prática regular de atividade física aeróbica, como caminhadas pelo menos, 30 minutos por dia, 3 vezes/semana, para prevenção e diariamente para tratamento e associar abandono de tabagismo, para reduzir o risco cardiovascular (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

➤ O tratamento farmacológico da Hipertensão Arterial está baseado numa escolha do medicamento de forma individualizada, considerando a presença de morbididades, tolerabilidade ao medicamento, resposta individual da pressão arterial (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006). A adesão ao tratamento reflete, ao menos em parte, o modo como às pessoas compreendem e assumem o cuidado com sua saúde. Nesse sentido, contém um forte componente relacional manifesto nos processos interativos entre pessoas que necessitam de cuidado e o serviço de saúde que deve presta-lo. Assim, é lícito tomar a adesão à terapêutica como parte do resultado desejável do cuidado em saúde e, por conseguinte, tomar a prevalência de não adesão como indicador de problemas na qualidade do processo de cuidado em saúde (TIARAJU; BATTISTELLA; NETO 2010).

➤

O ESTRATÉGIAS DE PROMOÇÃO DA SAÚDE PARA CONTROLE E PREVENÇÃO DA HAS

➤

➤ É importante que não só o hipertenso, mas toda sua família se conscientize acerca da importância dos hábitos saudáveis de vida como principais medidas de prevenção contra a hipertensão (SARAIVA et al., 2007).

➤ Pode-se dizer que um dos maiores desafios para equipe de saúde pública é conscientizar seus pacientes hipertensos de que sua patologia é crônica e que, apesar de ter falta de sintomas em ocasiões, é um risco potente para diferentes comorbidades que podem afetar seu estilo de vida (SILVA; SOUZA, 2004).

➤ Mano e Perin (2005), apontaram para a necessidade de melhor integração multidisciplinar, melhoria na organização das funções e atividades dos profissionais da ESF, e atividades com os usuários hipertensos, para promover melhor adesão ao tratamento,

não medicamentoso e medicamentoso, melhorando o controle da HAS, prevenindo complicações que comprometem a saúde dos portadores de HAS.

➤ **METODOLOGIA**



➤ Diante do que foi descrito ao longo desse trabalho, e cientes da necessidade que a unidade alvo desta problemática, a equipe de saúde da UBS Espraiado propõe a realização de um projeto de intervenção educativa que tem como base a ideia de uma relação dialética entre pesquisa e ação, assumindo que a pesquisa deve ter como função a transformação da realidade. Visa unir a pesquisa à ação prática, isto é, desenvolver o conhecimento e a compreensão como parte da prática.



0 TIPO E LOCAL DE ESTUDO



➤ Trata-se de estudo descritivo através da pesquisa-ação quase experimental, prospectivo, comparativo, a realizar-se na ESF Espraiado, município Acaraú, Estado Ceará. O plano de intervenção será implementado entre partir de junho de 2018 a junho de 2019, sendo que ao longo do processo serão desenvolvidas ações de monitoramento e de ajustes no mesmo.



0 CENÁRIO DA INTERVENÇÃO E PERÍODO



➤ O projeto de intervenção será realizado na área de abrangência do USF Espraiado qual se localiza no município de Acaraú. É um município que pertence a parte serrana, com uma estima de 61.210 habitantes, onde sua população é predominantemente da zona rural. Vizinho aos municípios de Cruz, Jijoca de Jericoacoara, Acaraú se situa a 82 km ao Norte-Leste de Camocim. Situado a 24 metros de altitude, de Acaraú tem as seguintes coordenadas geográficas: Latitude: 2° 53' 23" Sul, Longitude: 40° 6' 31" Oeste.

➤ Na Unidade de Saúde da Família Espraiado, localizada no município de Acaraú, Ceará, com uma população adstrita de 1909 habitantes, com 547 famílias na zona rural, observou-se a necessidade de dar mais destaque à melhoria da qualidade dos cuidados para pessoas com HAS.

➤ O projeto de intervenção será realizado no período de junho de 2018 a junho 2019 conforme descrito no cronograma de atividades. Ao longo do processo serão desenvolvidas ações de monitoramento e de ajustes no mesmo.

➤

➤

0 POPULAÇÃO E AMOSTRA

➤

➤ A comunidade é constituída por 245 pacientes hipertensos cadastrados na UBS pelos ACS. Escolhendo uma mostra aleatória de 60 pacientes. Os participantes desta intervenção incluem os pacientes idosos e adultos jovens portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica da área de abrangência do ESF Espreado.

➤

▪ ELEGIBILIDADE

➤

➤ A amostra será composta por hipertensos, de ambos sexos, cadastrados como hipertensos na UBS, voluntários em participar da intervenção, residir na área de abrangência do PSF, possuir aptidão física e mental para participar das aulas. Serão excluídos os que estejam internados no hospital, faltar à três encontros ou mais, durante a execução do projeto.

➤

▪ RECUSA

➤

➤ Caso algum sujeito desista voluntariamente de participar do estudo (retirada voluntária), será garantido o direito de desistência.

➤

0 ETAPAS DA INTERVENÇÃO

➤

▪ ETAPA 1: EDUCAÇÃO PERMANENTE DA ESF

➤

➤ Para o projeto de intervenção, serão agendados encontros semanais com toda equipe de trabalho de profissionais e fundamentalmente os Agentes Comunitários de Saúde (ACS), oferecendo aos mesmos uma capacitação para ter conhecimentos necessários sobre a hipertensão arterial e estratégias de comunicação sobre o tema.



▪ ETAPA 2: DIAGNÓSTICO



➤ Na etapa diagnóstica, os pacientes serão informados sobre o estudo e seu consentimento será solicitado para participar do mesmo, de forma escrita. (Apêndice - A), na mesma os participantes serão divididos em dois grupos de 30 pacientes em cada grupo, para alcançar uma maior eficácia das técnicas de ensino. Onde deverão ser avaliados por meio de um questionário que mostrará o nível de conhecimento sobre a doença antes e depois das atividades educativas (Apêndice -B).



▪ ETAPA 3: INTERVENÇÃO EDUCATIVA



➤ Os pacientes hipertensos serão convocados para uma consulta médica, às quintas feiras à tarde que serão os dias para este atendimento específico. Cada encontro do grupo terá duração média de 30 minutos.

➤ O período e espaço da sala de espera será utilizado para a realização da oficina educativa, e serão aplicados os questionários.

➤ Nesses grupos serão aplicadas as técnicas afetivo-participativas como foi utilizado no trabalho sobre Importância de Aleitamento Materno Exclusivo em crianças menores de 6 meses como a discussão em grupo, a chuva de ideias, entre outras.

➤ Os temas serão programados visando modificar os fatores de risco identificados no questionário, mas poderão ter variações conforme o interesse dos participantes. Estarão focadas no conhecimento da hipertensão arterial como suas complicações, uso correto da medicação prescrita, como modificar os fatores de risco através das atividades físicas, alimentação saudável, redução de sal, gorduras e bebidas alcoólicas, redução do estresse, qualidade do sono assim como a introdução da medicina natural e tradicional.

➤ Durante as consultas, será realizada a avaliação física, com aferição da pressão arterial e peso para avaliar possíveis mudanças de acordo com a implantação dos novos hábitos alimentares e a introdução da atividade física e a medicina natural e tradicional.

➤ As informações obtidas durante as consultas de acompanhamento médico serão registradas no prontuário dos pacientes, as palestras públicas e outras atividades participativas na comunidade serão registradas na pasta de atividades de educação para a saúde, e se oferecera informação à secretaria da saúde do município. As técnicas que serão utilizadas para a evolução de nosso trabalho incluem: técnica de exposição e demonstrativa.

➤ Ao concluir as oficinas, será disponibilizada, aos participantes uma folha em branco, será solicitado que ele escreva sua opinião sobre a atividade e os conhecimentos adquiridos. Também será solicitado ao paciente que ele descreva dúvidas não solucionadas quanto a sua patologia e sugira questões para as próximas oficinas.

0 PLANO DE INTERVENÇÃO



➤ AÇÃO	➤ RESPONSÁVEL	➤ INDICADOR	➤ RESULTADOS ESPERADOS	➤ RECURSOS
➤ Apresentação do projeto a equipe da CSF	➤ Médico	➤ Realização da ação	➤ Empoderar a equipe e sensibilizá-la	➤ Datashow
➤ Educação permanente da ESF	➤ Médico	<ul style="list-style-type: none"> ➤ - Número de participantes. ➤ - Realização da ação 	➤ Capacitar a equipe para uma abordagem adequada.	➤ Canetas, folhas, Datashow e cadeiras
➤ Apresentação do projeto aos pacientes participantes	➤ Médico, Enfermagem, Técnico de enfermagem, ACS	<ul style="list-style-type: none"> ➤ - Realização da ação. ➤ - Número de participantes. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Sensibilização e adesão dos participantes. ➤ 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Datashow
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Solicitação do consentimento aos pacientes participantes (Apêndice -A) 	➤ Médico, Enfermagem, Técnico de enfermagem, ACS	➤ Número de participantes.	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Sensibilização e adesão dos participantes. ➤ 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Canetas, Folhas, Mesa e ➤ Cadeiras
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Aplicação do questionário aos pacientes participantes (Apêndice - B) 	➤ Médico, Enfermagem, Técnico de enfermagem, ACS	<ul style="list-style-type: none"> ➤ ➤ Número de questionários preenchidos 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ ➤ Identificar fragilidades no processo. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Canetas, Folhas, Mesa e ➤ Cadeiras

<p>➤ Avaliação em equipe do resultado do questionário e determinação dos aspectos principais a modificar dentro do programa educativo</p>	<p>➤ Médico, Enfermagem, Técnico de enfermagem, ACS</p>	<p>➤ Realização da ação</p>	<p>➤ Conhecimento sobre fragilidades e potencialidades do processo.</p>	<p>➤ Canetas, folhas, Datashow e cadeiras</p>
<p>➤ Aplicação do programa educativo em relação a conhecimentos e comportamentos relacionados com Hipertensão arterial e a consequências de a doença</p>	<p>➤ Médico, Enfermagem, Técnico de enfermagem, ACS</p>	<p>➤ Número de participantes.</p>	<p>➤ Aumentar os conhecimentos quanto a hipertensão.</p> <p>➤</p> <p>➤</p> <p>➤</p>	<p>➤ Datashow, Cartilhas educativas, cartolinas, Mesas e cadeiras</p>

➤

➤ **RECURSOS NECESSÁRIOS**



➤ Para o desenvolvimento desta intervenção serão necessários os recursos humanos e materiais, assim um local adequado para as realizações das atividades.



0 RECURSOS HUMANOS



➤ Equipe de Saúde da família (1 médico, 1 enfermagem, 1 auxiliar de enfermagem, 4 agentes comunitários de saúde, 1 Nutricionista, 1 Psicóloga, 1 Fisioterapeuta, 1 assistente social, 1 dentista).



0 RECURSOS MATERIAIS



➤ Não será necessário realizar mudanças na infraestrutura da instituição para promoção do projeto. O PSF tem os recursos humanos e materiais necessários para a sua realização. Os custos de materiais suportados pelo autor da pesquisa e com ajuda dos demais profissionais.

➤ Papel, cartolina, caneta, computador, impressora, livros, cópias xerografadas, pen drive, lápis e borracha.

➤ Os recursos materiais e de infraestrutura se encontram disponíveis na Unidade de Saúde, poderão ser utilizados para a realização do projeto.



➤ **RESULTADOS ESPERADOS**



➤ Espera-se obter, com o progresso deste projeto, uma maior percepção da população sobre a Hipertensão arterial, os principais fatores de risco, e acrescentar o conhecimento sobre a importância da mudança de hábitos e estilos de vida para evitar a doença e suas complicações, sensibilizando-os neste sentido com o objetivo de melhorar sua qualidade de vida.

➤ Assim como, conseguir uma adequada sensibilização das pessoas que participam nesta atividade acabam motivando seus vizinhos, familiares e conhecidos, funcionando como catalisadoras da comunidade e estimular a equipe de trabalho a realizar atividades preventivas sobre Hipertensão Arterial na comunidade e aumentar os conhecimentos quanto a Hipertensão Arterial Sistêmica.



1 ASPECTOS ÉTICOS

As pesquisas envolvendo seres humanos devem atender às exigências éticas e científicas fundamentais, definidas na resolução nº 466/12, de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde/ Ministério da Saúde, 2012. (<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/reso466.pdf>). Portanto, a eticidade da pesquisa implica em: consentimento livre e esclarecido por escrito (Apêndice A). Dos indivíduos-alvo e a proteção a grupos vulneráveis e aos legalmente incapazes (autonomia); ponderação entre riscos e benefícios, tanto atuais como potenciais, individuais ou coletivos (beneficência), comprometendo-se com o máximo de benefícios e o mínimo de danos e riscos, garantia de que danos previsíveis serão evitados; relevância social da pesquisa com vantagens significativas para os sujeitos da pesquisa e minimização do ônus para os sujeitos vulneráveis (SPECTOR, 2002).

Logo, a respeitabilidade de tais princípios éticos citados anteriormente proporciona uma maior segurança ética e total liberdade aos participantes da da pesquisa, fato que os valoriza com singular importância como sujeito de estudo e principalmente, como ser humano.

1 CRONOGRAMA

Atividades	2018							2019					
	J	J	A	S	O	N	D	J	F	M	A	M	J
Pesquisa do tema	■	■											
Definição do tema	■												
Estudo do referencial teórico	■	■	■	■	■								
Elaboração do Projeto	■	■											
Identificação da população	■	■											
Implantação do projeto			■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Avaliação das atividades											■		
Análise dos Resultados											■	■	■
Entrega e defesa do projeto													■

REFERÊNCIAS

IBGE, I. B. D. G. E. E. **Pesquisa Nacional de Saúde 2013: percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas-Brasil, Grandes Regiões e Unidades da Federação**: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística Rio de Janeiro 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. (Cadernos de Atenção Básica, n. 16)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção de Atenção à Saúde. Secretaria de Atenção Básica. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa/ Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica –Brasília: Ministério de Saúde ,2006

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Diretrizes e **recomendações para o cuidado especial de doenças crônicas não transmissíveis**. Promoções de saúde vigilância, prevenção e assistência. Ministério da Saúde, Brasília, n.1,2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Cadernos da Atenção Básica. Estratégia para o cuidado da pessoa com doença crônica. Hipertensão Arterial Sistêmica. Brasília: Ministério de Saúde, 2013.

Machado, Mariana, C.; Pires, Cláudia Geovana da Silva; Mendes, William. Concepções dos hipertensos sobre os fatores de risco para a doença Perceptions off hypertensive people on risk factors for the disease. Ciênc. saúde coletiva vol.17 no.5 Rio de Janeiro Mai. 2012 <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232012000500030>

CHAVEZ, H.I.T. Prevalencia de Hipertensión arterial en la comunidad de Monte Claro.2010.Disponivelem:<http://portalesmedicos.com/publicaciones/articles/2209//Prevalencia-en-la-comunidad-de-Monte-Claro.html>. Acesso em:04 fev. 2015.citado página 15.

IBGE.Acarau. [Histórico-IBGE](#)(PDF) biblioteca.ibge.gov.br. 2009. Consultado em 21 de novembro de 2012.

Neder MDM, Borges AAN. Hipertensão arterial sistêmica no Brasil: o que avançamos no conhecimento de sua epidemiologia? Rev Bras de Hipertens, 2017; 13(2): 126-133.

KITHAS, P. A; SUPIANO, M.A. Practical recommendations for treatment of hypertesion in old patiens. Vasc Health Risk Manag., S.I. VOL.6, N9, P.561-569, ago.2

LÓPEZ, M. Hipertensión arterial en el anciano, estudio metacéntrico. Editorial Jusmed. Bolívia: 2010: p.38,39.

MANO, G, M, P.; PIERIN A.M.G. Avaliação de pacientes hipertensos acompanhados pelo programa Saúde da Família em um centro de Saúde Escola* **acta Paul enferm**. 18(3):269-75. 2005.

MINISTERIO DE SAUDE. CADERNOS DE ATENÇÃO BASICA. ENVELHECIMENTO E SAÚDE DA PESSOA IDOSA. Nro19. Brasília- DF .2006: p.71,76,78.

NASCENTE, FM. Hipertensão arterial e sua correlação com alguns fatores de risco em Cidade Brasileira de Pequeno Porte. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*. E pub. 2010 ago.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Hipertensión arterial. Informe de un grupo de científicos de la OMS. Serie de informes técnicos 477. Ginebra: OMS; 2011: p.22-26.

Picon RV, Fuchs FD, Moreira LB, Regel G. Fuchs SC (2012) Trends in Prevalence hypertension in brazil: A systematic review with meta-analysis. *plos one*7(10): e48255.doi: 10.1371/journal.Tehran university of medical Science, Irán (Republic of Islamic) 2012.

RAMOS, I.G. Programa educativo en adultos mayores sobre los factores de riesgos de Hipertensión arterial. [tese]. Policlínico Docente “Plaza”, La Habana. 2010.

ROMÉU, M. E. Evaluación del Paciente Hipertenso. Experiencia de la Consulta Especializada en Hipertensión Arterial. *MediSur*. Colombia. 2011; p. 8.

Saraiva KRO, Santos ZMSA, Landim FLP, Teixeira AC. Saber do familiar na adesão da pessoa hipertensa ao tratamento: análise e base na educação popular em saúde. *Texto e Contexto Enfermagem*. 2007, 16(2): 263–70 [citado em outubro de 2009].

SILVA, Jorge Luis Lima; SOUZA, Solange Lourdes de. Fatores de risco para hipertensão arterial sistêmica versus estilo de vida docente. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, v. 06, n. 03, 2004. Disponível em www.fen.ufg.br

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA / Sociedade Brasileira de Hipertensão / Sociedade Brasileira de Nefrologia. **VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão**. *Arq Bras Cardiol* 2010; 95(1 supl.1): 1-5

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. **7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial**. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*. Volume 107, Nº 3, Supl. 3, setembro de 2016. ISSN-0066-782X •

SPECTOR, N. **Manual para redação de teses, dissertações e projetos**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

TIARAJU, S. H. E.; BATTISTELLA, N. M. I.; NETO, J. E. Avaliação da Assistência a Pessoas com Hipertensão Arterial em Unidades de Estratégia Saúde da Família. *Saúde Soc.*, v.3, n.19, p.614-626. 2010.

WILLIAM, B. The year in hypertension. *Journal of the American College of Cardiology*. New York, v.55, n.1, p.66-73,2010.

APÊNDICE A**Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**

Eu, _____, abaixo assinado, concordo, em participar da pesquisa sobre **EDUCAÇÃO EM SAÚDE SOBRE FATORES DE RISCOS DA HIPERTENSÃO** para melhor qualidade da vida.

Ressalto que estou ciente de terei a garantia de receber esclarecimentos a qualquer dúvida acerca do estudo, a liberdade de retirar meu consentimento a qualquer momento do projeto, a segurança de que haverá divulgação personalizada das informações sobre os resultados do estudo e a manutenção de integridade física e psicológica do paciente.

Eu poderei recusar a participar do estudo, ou retirar meu consentimento a qualquer momento, sem precisar justificar, e de, por desejar sair da pesquisa, não sofrerei qualquer prejuízo à assistência que venho recebendo.

É assegurada a assistência durante toda pesquisa, bem como é garantido o livre acesso a todas as informações e esclarecimentos adicionais sobre o estudo e suas consequências, enfim, tudo o que você queira saber antes, durante e depois da sua participação.

Acaraú/CE..... de de 2018.

Assinatura do Participante

Assinatura do Pesquisado

APÊNDICE B

**EDUCAÇÃO EM SAÚDE SOBRE FATORES DE RISCOS DA HAS NA ESF: Projeto
de intervenção**

QUESTIONÁRIO

Nome:

Idade:.....Sexo:

Endereço:

Escolaridade:.....

Tempo de diagnóstico da hipertensão arterial sistêmica.....

Entrevista para avaliar o nível de conhecimento:

1-O que o senhor (a) conhece sobre esta doença?

(Tem conhecimento da doença 10 pontos)

2-Quais tratamentos para HAS que o senhor (a) conhece?

(Conhece tratamento só farmacológico 5 ptos, conhece tratamento não farmacológico e farmacológico 10 pontos)

3-Quais são os sinais e sintomas da HAS não controlada?

(Conhece não menos de cinco -10 pontos, conhece até 3 - 5 pontos, não conhece -0)

4-Existe cura para HAS? (Não 10 pontos, sim 0 pontos.)

5 - Quais as complicações ou agravo causados pela HAS que o senhor (a) conhece?

(Conhece não menos de 5 -10 pontos, conhece 3-5: 5 pontos, não conhece :0)

6-Quais os fatores de risco da doença o senhor (a) conhece?

(Conhece não menos de 5 -10 pontos, conhece 3-5: 5 pontos, não conhece :0)

7 -Quais alimentos o senhor (a) conhece que podem aumentar a pressão arterial?

(Conhece não menos de 5 -10 pontos, conhece 3-5: 5 pontos, não conhece :0)

8-Quais alimentos o senhor (a) conhece que não aumentam a pressão?

(Conhece não menos de 5 -10 pontos, conhece 3-5: 5 pontos, não conhece :0)

9-Quais são as causas de HAS que você conhece?

(Conhece não menos de 5 -10 pontos, conhece 3-5: 5 pontos, não conhece :0)

10-Quantos dias na semana o senhor (a) faz atividade física? (Dia –Dia – 10 pontos, 3 dias na semana -5 pontos, menor de 2 dias -0) pesquisa, fato que os valoriza com singular importância como sujeito de estudo e principalmente, como ser humano.