

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

DARGEL RICARDO SUAREZ GOMEZ

**PROPOSTA DE INTERVENÇÃO PARA HIPERTENSOS ATENDIDOS
PELA EQUIPE DR. GENÉSIO DO MUNICÍPIO DE BOM
DESPACHO/MG**

Bom Despacho/ MG

2015

DARGEL RICARDO SUAREZ GOMEZ

**PROPOSTA DE INTERVENÇÃO EDUCATIVA PARA HIPERTENSOS
ATENDIDOS PELA EQUIPE BÁSICA DE SAÚDE DR. GENÉSIO DO
MUNICÍPIO DE BOM DESPACHO/MG**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientador: Profª Dr. Ailton de Souza Aragão.

Bom Despacho/ MG

2015

DARGEL RICARDO SUAREZ GOMEZ

**PROPOSTA DE INTERVENÇÃO EDUCATIVA PARA
HIPERTENSOS ATENDIDOS PELA EQUIPE BÁSICA DE SAÚDE DR.
GENÉSIO DO MUNICÍPIO DE BOM DESPACHO/MG**

Banca examinadora

Examinador 1: Prof. Dr. Ailton de Souza Aragão

Examinador 2 – Prof. Nome - Instituição

Aprovado em Belo Horizonte, em de de 2016.

DEDICATÓRIA

Esta pesquisa é dedicada às pessoas que me transformaram numa pessoa melhor. Meu pai que apesar de Deus você tem em sua glória sempre está presente em todos os meus pensamentos, minhas duas mulheres favoritas que poderiam educar o jovem, que se tornou um homem de ideias fortes e profunda convicção (minha mãe e minha avó), meu filho amado, por ser o principal motivo que move os meus dias e todos aqueles que foram encontrados ao meu lado quando eu precisei. Obrigado a todos.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus primeiramente por ter sido o guia dos meus dias, segundo a minha família por ser a fonte de confiança e ser a principal razão para obter melhores resultados. E finalmente, todos os meus professores porque sem eles eu não seria capaz de chegar a atingir as habilidades necessárias para empreender o caminho da medicina, para agradecer a todos.

“La verdadera medicina no es la que cura, sino la que precave”

(José Martí, Obras Escogidas, 2002).

Resumo

Realizou-se uma proposta para projeto de intervenção educativa com o objetivo de elevar o nível de conhecimentos sobre a hipertensão arterial em pacientes pertencentes à área da Equipe Dr. Genésio. O universo de estudo foi constituído por 100 % dos pacientes cadastrados como hipertensos. Foi possível planejar um plano de ação onde foram divulgadas medidas de controle e prevenção para diminuir a aparição de novas complicações e diminuir as que estão identificar os principais fatores de risco que afetam os pacientes hipertensos, medir o nível de conhecimento sobre a doença, fatores precipitantes e tratamento antes de intervenção educativa e aplicada uma vez estabelecer algoritmos de trabalho.

Palavras-chaves. Hipertensão arterial, pacientes, fatores de risco.

Abstract

We conducted a proposal for educational intervention project with the aim of raising the level of knowledge about hypertension in patients belonging to the area of Dr. Genésio team. The universe of study was composed of 100 % of patients registered as hypertensive. It was possible to devise a plan of action where prevention and control measures have been disclosed to reduce the appearance of new complications and decrease those to identify the main risk factors affecting the hypertensive patients, measure the level of knowledge about the disease, precipitants and treatment before educational intervention and applied once establish working algorithms.

Keywords. Arterial hypertension, patients, riskfactors.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária de Saúde
AVCS	Acidentes Vasculares Encefálicos
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
CEABSF	Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família
ESF	Estratégia de Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
NESCON	Núcleo de Educação em Saúde Coletiva
OMS	Organização Mundial da Saúde
PA	Pressão Arterial
PAS	Pressão Arterial Sistólica
PAD	Pressão Arterial Diastólica
PES	Planejamento Estratégico Situacional
SES/MG	Secretaria de Estado De Saúde De Minas Gerais
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica

LISTA DE QUADROS

Quadro 1. Classificação da hipertensão em adultos pelo relatório do 7º informe.	18
Quadro 2. Operações sobre o baixo nível de conhecimento da população hipertensa sobre o controle da doença, na população sobre responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Dr. Genésio, em Bom Despacho, Minas Gerais.....	20
Quadro 3. Operações sobre a não aderência terapêutica ao tratamento, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Dr. Genésio, em Bom Despacho, Minas Gerais.....	21
Quadro 4. Operações sobre o sedentarismo e obesidade assim como maus hábitos tanto alimentarias como de outra índole (estilos de vida inadequados), na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Dr. Genesio, em Bom Despacho, Minas Gerais.	22

SUMÁRIO

I. INTRODUÇÃO	13
II. JUSTIFICATIVA	15
III. OBJETIVOS	15
III.1. Objetivo Geral	15
III.2. Objetivos específicos	16
IV. METODOLOGIA	16
V. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA.....	17
VI. PROPOSTA DE INTERVENÇÃO	20
VII. CONSIDERAÇÕES FINAIS	23
VIII. REFERÊNCIAS	24

I. INTRODUÇÃO

Bom Despacho é um município brasileiro, localizado no centro oeste de Minas Gerais, a 156 km de Belo Horizonte, o município fica a 768 m de altitude. Também é considerada pólo para algumas cidades menores próximas. De acordo com o censo realizado pelo IBGE em 2014, sua estimativa de população é de 48.802 habitantes.

A História da formação de Bom Despacho iniciou-se na ponte do Lambari, alongando-se para oeste, até atingir as nascentes do Picão, daí em diante, à fazenda da Piraguara e ao Rio São Francisco.

No início da segunda metade do séc. XVII cessada a febre do ouro e com as minas quase já sem exploração, ocorreu uma decadência de Pitangui assim como toda a Capitania.

Muitos dos que viviam nessa região partiram para a região entre os rios Lambari e São Francisco em busca de subsistência por meios de outras atividades econômicas. Na área deu formação de quilombos, mas que foram liquidados.

As áreas conquistadas foram sendo distribuídas em sesmarias, resultando na formação das primeiras fazendas de criação de gado. O município só foi criado em 1911, em 30 de agosto, que o desmembrou de Santo Antônio do Monte. A Vila foi efetivamente instalada em 1º de junho de 1912, contando com dois distritos: Bom Despacho e Engenho do Ribeiro. (PREFEITURA MUNICIPAL DE BOM DESPACHO, 2014).

Possui 14 Unidades Básicas de Saúde (UBS) a qual a Equipe Dr. Genésio vai ser objeto de estudo. A mesma conta com um área de abrangência de aproximadamente 7000 pessoas delas estão cadastradas ate o momento 4000; conta com 9 recursos humanos: 1 médico 1 lic. em enfermagem 1 tec. de enfermagem e 6 agentes comunitários. Podemos observar que a pesar de ser uma equipe relativamente temos cadastrado mais do 50 % da área assim como a maioria dos pacientes crônicos dentre eles os pacientes hipertensos com 90 casos cadastrados, representando o 2,25 % da população cadastrada.

Dentre dos problemas identificados:

1. Alta prevalência das doenças crônicas na área de abrangência, entre elas a hipertensão arterial.
2. Desconhecimento da população do programa de atenção à família.
3. Existe pouca orientação a população quanto a fatores de risco e prevenção de doenças
4. Insuficientes espaços para a realização de grupos operativos.
5. Abusos de psicotrópicos.
6. Pouca cobertura por parte da unidade nas visitas domiciliares.
7. Dificuldade da unidade de saúde na triagem diária.
8. Dificuldade com o a marcação de exames de alto custo.

No mundo cerca de 691 milhões de pessoas sofre com Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS). Das 15 milhões de mortes por doenças do aparelho circulatório, 7,2 milhões são para doença coronariana do coração e 4,6 milhões por doença vascular cerebral; a HAS está presente na maioria deles (AL-TAMER, 2008).

Numerosos estudos têm mostrado a associação da hipertensão com o desenvolvimento dessas doenças mais mortais, então seu controle reduz a morbidade e mortalidade da doença vascular cerebral, insuficiência cardíaca, Doença isquêmica do coração e insuficiência renal (CORSI, 2008).

Quanto à sua etiologia a HTA é desconhecido em 95% dos casos, identificados como essencial ou primária. Os restantes 5% é devido a causas secundárias. Tendências globais para o aumento da expectativa de vida na maioria dos países levou a muitas pessoas, ao trânsito em direção a envelhecimento. A frequência de hipertensão aumenta com a idade, demonstrando que, após a idade 50 quase 50% da população sofre de hipertensão. Em muitos países é a causa mais frequente de consulta médica e aumento da demanda por uso de drogas (BARRY, 2006).

Tudo isso se deve a vários fatores de risco presentes na maioria dos pacientes da área: obesidade, tabagismo, estresse, alto consumo de sal, altas cifras de colesterol, Diabetes Mellitus, consumo de bebidas alcoólicas, e sedentarismo. Por tudo isso e por ser uma equipe relativamente nova propõe fazer uma

intervenção para diminuir o nível de incidência na área e diminuir as complicações assim como modificar os conhecimentos nos pacientes hipertensos.

II. JUSTIFICATIVA

A intervenção foi justificada pela alta prevalência da doença na Comunidade. A percepção de baixo risco pela população e o alto grau de desconhecimento em relação os fatores predisponentes, precipitantes e agravantes. Dentre dos problemas identificados e citados se prioriza como primeiro da seleção a alta prevalência de doenças crônicas na área de abrangência e a mais importante neste caso a Hipertensão Arterial, a mesma representa em sua grande maioria a causa principal de complicações renais, cardiovascular, cerebral; vascular e oftálmicas.

Em nossa área de abrangência nota-se um aumento da morbidade e mortalidade por Hipertensão Arterial e suas complicações como acidentes vasculares encefálicos e infarto agudos do miocárdio: principal causa de urgências e emergências no pronto atendimento do município, assim como as complicações renais sendo causa frequente de internamento hospitalar.

Não só a execução irá afetar o controle da doença em pessoas que sofrem com isso, incentiva a divulgação de diferentes medidas necessárias para o controle da doença e a prevenção das complicações nossa área de abrangência.

Irá impactar de forma positiva na população selecionada já que irá modificar os conhecimentos dos pacientes hipertensos pertencentes a área de abrangência da Equipe mudando assim os estilos de vidas e melhor aderência terapêutica.

III. OBJETIVOS

III.1. Objetivo Geral

Elevar o nível de conhecimento sobre as diferentes complicações ou agravantes da Hipertensão Arterial em pacientes cadastrados do território da Unidade Básica de Saúde Dr. Genésio, no município de Bom Despacho/MG.

III.2.Objetivos específicos

1. Divulgar medidas de controle e prevenção para diminuir a aparição de novas complicações e diminuir as que estão.
2. Identifica os principais fatores de risco que afetam os pacientes hipertensos.
3. Medir o nível de conhecimento sobre a doença, fatores precipitantes e tratamento antes de intervenção educativa e aplicada uma vez.
4. Estabelecer algoritmos de trabalho.

IV. METODOLOGIA

O plano de ação foi elaborado utilizando da metodologia do Planejamento Estratégico Situacional (PES) estudado no Modulo de Planejamento das Ações em Saúde do CEABSF e na biblioteca virtual da plataforma do programa AGORA do NESCON, que consiste na identificação e priorização dos problemas e serem enfrentados através de um processo participativo e elaboração de soluções para o enfrentamento destes problemas através de estratégias viáveis para alcançar os objetivos propostos.

A proposta é que seja realizada uma intervenção educativa com o intuito de elevar o nível de conhecimento sobre as diferentes precipitantes ou agravantes da hipertensão arterial em pacientes Hipertensos da unidade básica de Saúde Dr. Genésio do município Bom Despacho do estado de Minas Gerais. Para a proposta de elaboração da intervenção serão realizadas três etapas: o diagnóstico situacional em saúde, a revisão da literatura e a elaboração de um plano de ação.

O Diagnostico Situacional realizado em 2012 embasou-se no método de Estimativa Rápido, que segundo Campos, Faria e Santo (2010) constitui-se em um modo de se obter informações sobre um conjunto de problemas e de recursos potenciais para o seu enfrentamento, no curto período de tempo e sem altos gastos, estabelecendo importante ferramenta para apoiar um processo de planejamento participativo. Seu objetivo é envolver a população na identificação de suas

necessidades e problemas, e também dos atores sociais que controlam os recursos para os encontros dos problemas.

O universo de estudo será composto de 100% dos pacientes cadastrados como pacientes hipertensos naquela área. Serão utilizados descritores como intervenção educativa, pacientes, fatores de risco.

V. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

De acordo com relatórios de 400 anos antes de Cristo, Relatos Hipocráticos de artérias e veias reconhecem pressão arterial elevada. A primeira medição da pressão arterial é produzida em 1773, e a partir daí uma revolução ocorreu na identificação desse processo e sua consideração como uma condição de importância para a saúde humana (PÉREZ OLEA, 2008).

Não há uma linha divisória entre o normal e a pressão arterial elevada, para que se estabeleçam níveis arbitrários para definir as pessoas com maior risco de sofrer de uma complicação cardiovascular ou quem vai beneficiar de tratamento médico, portanto é hipertensão definida como as figuras maiores ou iguais a 140 mmHg de pressão sistólica e diastólica de 90 mmHg ou esta história ocorrerem em indivíduos com números normais no momento da tomada , mas sobre a pressão arterial, reduzindo a medicação (PARATI, 2010).

A pressão arterial oscila espontaneamente ao longo do dia. Alcançado seus valores mais altos pela manhã quando se levanta, e o mínimo de horas de sono. Além disso, varia consideravelmente dependendo da atividade física e mental. Pode ser influenciado por vezes pela presença do médico, agora conhecido como de 'fenômeno da pelagem branca'(DELFIN, 2006).

A falta de uma fronteira tensional entre o normotensão e a hipertensão tem sido responsável por importante discrepância entre o painel da pressão arterial que deve ser considerado normal. Neste sentido, senhor George Pickering disse em 1972 que a relação entre a pressão arterial e a mortalidade é quantitativa: quanto maior é o pior prognóstico de pressão (GOROSTIDI, 2004).

É sabido que ninguém morre de hipertensão como um diagnóstico final ou a causa da morte. AVC's são complicadas e morrem por eventos tão complexo e dissimilares como infarto agudo do miocárdio, acidente vascular cerebral, insuficiência cardíaca, insuficiência renal e o aneurisma dissecante da aorta, como os mais frequentes. A maioria deles têm um substrato comum, compromisso aterotrombótico nas paredes arteriais dos órgãos envolvidos ou "corpo branco", derivado de alterações de alteração hemodinâmica que provoca alta BP (insuficiência cardíaca, dilatação da aorta. Complicações que podem, em grande parte, controlar ou impedir a prática de estilos de vida saudáveis (RODRÍGUEZ MARTÍN,2009).

Devido a novos dados de risco vital de hipertensão e o aumento impressionante nas complicações de risco cardiovascular associado com níveis de PA, anteriormente considerados normais, o 7º Relatório do Comitê Nacional comum na prevenção, detecção, avaliação e tratamento da pressão arterial alta (JNC 7) introduziu uma nova classificação que inclui o termo "pré hipertensão" para todos aqueles que estão na faixa de 120 a 139 mmHg de PAS e/ou 80 para 89 mmHg, PAD. Esta nova designação visa identificar indivíduos que intervenção precoce através da adoção de estilos de vida saudáveis pode reduzir o PA, diminuir a progressão da PA para Estados de hipertensos com idade ou prevenir hipertensão todas. Outras alterações à classificação do JNC 6, é a combinação de estágios 3 e 4 em uma única categoria 2 HTA em classe. Esta revisão reflete que, de fato, a abordagem da gestão da hipertensão anteriormente é semelhante em dois grupos (BROWN, GOLBERG, 2010).

Quadro 1. Classificação da hipertensão em adultos pelo relatório do 7º informe.

Categoria	PA sistólica (mmHg)	PA diastólica (mmHg)
Normal	Menos de 120	Menos de 80
Pre hipertensão	120-139	80-89
Hipertensão		
Estadio I	140-159	90-99
Estadio II	≥160	≥100

Fonte: 7º Relatório do Comitê Nacional.

A pré-hipertensão não é uma categoria de doença. Prefiro essa designação para identificar indivíduos com alto risco de desenvolver hipertensão, para pacientes

e médicos estão cientes dos riscos e estar preparado para intervir ou retardar a progressão da doença. Indivíduos pré - hipertensos pacientes não são candidatos à terapia de drogas com base em seus níveis de PA e devem ser firmemente advertidos a conveniência de levar um estilo de vida saudável para reduzir o risco de desenvolvimento de hipertensão no futuro. Além disso, há pré hipertensos diabéticos ou com doença renal devem ser considerados candidatos para uma terapia de droga adequada se a tentativa de modificação do estilo de vida falhar na redução da sua PA acima de 130/80 mm Hg ou menos. Esta classificação estratificada não indivíduos de hipertensos de acordo com a presença ou ausência de fatores de risco ou dano de órgãos vulneráveis para fazer recomendações de tratamento diferentes, como alguns deles ou ambos estão presentes. O JNC sugere que todas as pessoas com hipertensão (fases 1 e 2) são tratadas. O objetivo do tratamento para indivíduos hipertensos sem outras patologias que acompanha é de < 140/90 mmHg. Para os pre-hipertensos sem objetivos de doenças associadas para reduzir BP ao normal com a modificação de estilos de vida e evitar o aumento progressivo da PA usando estas recomendações (CHOBANIAN, 2003).

A adoção de estilos de vida saudáveis para todas as pessoas é fundamental para a prevenção da elevação da PA e é uma parte indispensável para a gestão dos pacientes hipertensos com ou sem outros fatores de risco tais como a síndrome metabólica, diabetes ou obesidade. A diminuição de peso aproximadamente 4,5 kg reduziu o PA e/ou prevenir a hipertensão em uma alta proporção de pessoas obesas, embora o ideal é manter o peso corporal normal. O PA também beneficia o plano dietético DASH (abordagens dietéticas para parar a hipertensão), uma dieta rica em vegetais, frutas e produtos todos os dias baixo teor de gordura reduzido em gorduras saturadas e totais (modificação da dieta total). Sódio dietético deve ser reduzido para não mais que 100 mmol por dia (2.4-3 g de sódio). Todos devem se envolver em atividade física regular aeróbica, tão acelerado pelo menos 30 minutos a pé um dia quase todos os dias da semana (CANO PÉREZ, 2007).

Mudanças de estilo de vida reduzem o PA, prevenir ou retardar a incidência de hipertensão, melhorar a eficácia dos anti-hipertensivos e diminuem o risco cardiovascular e o custo do sistema de saúde pública. A HTA tornou-se um dos fatores de risco com as piores taxas de controle em pacientes com e sem

compensação. Esta situação revela as dificuldades implicadas na regulamentação e controle da PA, abrangendo os estilos de vida e alimentação, bem como a tolerância e o cumprimento das diferentes famílias de tratamento anti-hipertensivo (BERT V, 2009).

VI. PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

Dentre dos problemas identificados e citados se prioriza como primeiro da seleção a alta prevalência de doenças crônicas na área de abrangência, sendo a mais importante neste caso a Hipertensão arterial, a mesma representa em sua grande maioria a causa principal de complicações renais, cardiovascular, cerebral; vascular e oftálmicas. Em 2013 segundo dados do SIAB o 9,53 % das pessoas no município Bom Despacho padecia de Hipertensão Arterial o que representa em torno de 4500 pessoas hipertensas. Na área há, aproximadamente, 200 pessoas hipertensas, o que representa 4,4 %, delas, 90 estão cadastradas.

Quadro 2. Operações sobre o baixo nível de conhecimento da população hipertensa sobre o controle da doença, na população sobre responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Dr. Genésio, em Bom Despacho, Minas Gerais.

Nó crítico 1	Baixo nível de conhecimento da população hipertensa sobre o controle da doença
Operação	Melhorar o nível de informação da população hipertensa sobre hipertensão arterial e suas complicações.
Projeto	Construindo Saber
Resultados esperados	Melhoria do conhecimento sobre a hipertensão na população hipertensa através de meios que utilizem formas mais populares de divulgar a hipertensão arterial
Produtos esperados	População doente mais informada sobre a hipertensão arterial. Capacitação da equipe para a educação à população.
Atores sociais/ responsabilidades	Secretaria municipal de Saúde.
Recursos necessários	Estrutural

	Cognitivo Financeiro Político
Recursos críticos	Estrutural: aulas didáticas para aumentar o conhecimento sobre a hipertensão arterial. Cognitivo: conhecimento sobre o tema. Financeiro: disponibilização de materiais educativos sobre a hipertensão arterial. Político: parcerias y mobilização social
Controle dos recursos críticos / Viabilidade	Ator que controla: Secretaria municipal de saúde. Motivação: favorável.
Ação estratégica de motivação	Não é necessária.
Responsáveis:	Dr. Dargel Suarez Gomez. Enf. Matheus Henrique Couto.
Cronograma / Prazo	Início 4 meses termino em 6 meses.

Quadro 3. Operações sobre a não aderência terapêutica ao tratamento, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Dr. Genésio, em Bom Despacho, Minas Gerais.

Nó crítico 2	A não aderência terapêutica ao tratamento.
Operação	Aumentar o nível de conhecimentos sobre a adesão ao tratamento anti-hipertensivo
Projeto	Cuidar de Você
Resultados esperados	Inclusão do tratamento e acompanhamento dos pacientes hipertensos.
Produtos esperados	Maior número de pessoas participando e acompanhando o tratamento da hipertensão arterial.
Atores sociais/ responsabilidades	Secretaria municipal de assistência social. Associações de Bairros.
Recursos necessários	Cognitivo Financeiro Político
Recursos críticos	Cognitivo: Conhecimento sobre o tema. Financeiro: Disponibilização de materiais. Político: Parcerias y mobilização social.

Controle dos recursos críticos / Viabilidade	Ator que controla: Secretaria municipal de assistência social. Associações de Bairros. Motivação: Favorável
Ação estratégica de motivação	Apresentar o projeto a associação de Bairros.
Responsáveis:	Dr. Dargel Suárez Gómez.
Cronograma / Prazo	Apresentar o projeto em 3 meses e iniciá-lo em 4 meses.

Quadro 4. Operações sobre o sedentarismo e obesidade assim como maus hábitos tanto alimentarias como de outra índole (estilos de vida inadequados), na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Dr. Genésio, em Bom Despacho, Minas Gerais.

Nó crítico 3	Sedentarismo e obesidade assim como maus hábitos tanto alimentarias como de outra índole (estilos de vida inadequados).
Operação	Promover a pratica de atividade física, assim como modificar os estilos de vida dos pacientes hipertensos.
Projeto	Viva Melhor.
Resultados esperados	Diminuição do número de pessoas sedentárias num 60 %. Redução dos hábitos tóxicos. Modificação dos hábitos alimentares do 50 % dos pacientes hipertensos.
Produtos esperados	Participação do programa de caminhada orientada, assim como num programa de alimentação saudável.
Atores sociais/ responsabilidades	Secretaria municipal de saúde e esporte.
Recursos necessários	Estrutural Cognitivo Financeiro Político
Recursos críticos	Estrutural: Organização de caminhadas. Cognitivo: Informações sobre o tema. Financeiro: Folhetos educativos e meios audiovisuais relacionados com alimentação saudável. Político: Conseguir espaço local e articulação intersetorial.
Controle dos recursos críticos / Viabilidade	Ator que controla: Secretaria municipal de saúde e esporte. Motivação: Favorável.

Ação estratégica de motivação	Divulgação das práticas de atividade física nos bairros.
Responsáveis:	DargelSuárez Gómez. Matheus Henrique Couto.
Cronograma / Prazo	Início em 4 meses termino em 6 meses.

VII. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com a aplicação da intervenção educativa vai se lograr a divulgação de medidas de controle para prever a aparição de complicações e diminuir as que estão. Vão ser identificados os fatores de riscos mais importantes que afetam os pacientes hipertensos. Vai ser possível medir o nível de conhecimentos sobre as diferentes precipitantes e/ou agravante da doença antes da intervenção e aplicada uma vez.

Espera-se que a proposta possibilite trazer uma melhora nos conhecimentos dos pacientes hipertensos, aumentando assim seu controle e complicações e melhor qualidade de vida. Acredito que a própria equipe de saúde será beneficiada por melhorar seu trabalho e sua relação com os usuários.

A utilização do Planejamento Estratégico Situacional permitiu a formulação de propostas baseadas em evidencias e com grandes chances de ser resolutivas.

VIII. REFERÊNCIAS

CAMPOS, F. C. C.; FARIA, H.P.; SANTOS, M.A.; **Elaboração do plano de ação**. In:

CAMPOS, F.C.C.; FARIA, H.P.; SANTOS, M.A..**Planejamento e avaliação das ações em saúde**. 2ª ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010. 118p.

CORRÊA, E. J; VASCONCELOS, M.; SOUZA, M. S. L. **Iniciação à metodologia: textos científicos**. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2013.

GILLON, R.R, Risk factors for stroke. Critican Review AM J of epid. 2007; 150 (2): 1266-74.

CASTILLO, H;JOSE, A. **La hipertensión arterial primaria en edades tempranas de la vida, un reto a los servicios de salud**. Rev Cubana InvestBioméd, Set 2009, vol.28, no.3, p.147-157. ISSN 0864-0300

SCHETTIMI, M.C.R; Moreira BE. **Nuevos conceptos para evaluar el riesgo cardiovascular hipertensivo: sobrecarga vascular y variabilidad hemodinámica**. Arch Med Inter. 2007; 22 (12): 161-6.

AI-TAMER, Y. Y; AI-HAYALI, J. M. T. **"Seasonality of Hipertensión."** *TheJournal of ClinicalHypertension*. 2008[citado 13 febrero 2008]; 10(2):125. Disponible en URL: <http://hinarigw.who.int/whalecomwww.ncbi.nlm.nih.gov/whalecom0/sites/entrez>

CORSI, P.H;DUARTE,D;Azevedo,P.S, Minicucci, et al. **"Perfil clínico e fatores de predição de mortalidade em pacientes com emergência hipertensiva."** *RevSocBrasClinMed*. 2007[citado 13 febrero 2008]; 5(4):114-8. Disponible en URL: <http://www.sbcm.org.br>.

BARRY,M.M.Hipertensión Sistémica. En Lawrence M. Tierney JR; Stephen J. Meplhee; Maxime A. Papadakis. **Diagnóstico clínico y tratamiento**. Ed. El Manual Moderno, México 2006: 447 – 472.

PEREZ,Olea. J. **Historia de la hipertensión** [Serie en Internet] 2008[Consultado el 20 de Mayo 2008]. Disponible em: <http://www.udec.cl/~ofe.m/revista/revista02/revista.html>

KOTSIS,V; STABOULI,S; PAPAKATSIKA, S, . **Mechanisms of obesity-induced hypertension**. Hypertens Res 2010 May; 33(5):386-93.

DELFIN, M; DUEÑAS, A; ALFONSO, J; VAZQUEZ A. Hipertensión Arterial. **Guía para la prevención, diagnóstico y tratamiento**. La Habana. Ecimed; 2006: p 29.

JOHNSON, R. Papel **del ácido úrico en la patogénesis de la hipertensión arterial**. <<http://www.mednet.cl/link.cgi/Medwave/Congresos/Hipertension/689>> [consulta: 11 julio 2010].

GOROSTIDI, M; MARIN, R. **Tratamiento de la hipertensión arterial en enfermos con insuficiencia renal**. [Artículo en línea]. RevNefrol 2004; 24. <<http://www.revistanefrologia.com/revistas/P7-E237/P7-E237-S141-A3106.pdf>> [consulta: 15 julio 2010]. Marcos Troccoli H. Isquemia Cerebral Transitoria. Med Interna (Caracas) 2009; 25 (4): 214 – 229.

RODRIGUEZ, M; CARMELA et al. **Eficacia de una intervención educativa grupal sobre cambios en los estilos de vida en hipertensos en atención primaria: un ensayo clínico aleatorio**. Rev. Esp. Salud Pública, Jun 2009, 83 (3): 441-452. ISSN 1135-5727

BROWN, A; GOLBERG,K; LAVINE, K. Cardiología preventiva y cardiopatía hipertensiva. En: **Manual Washington de Terapéutica Médica**. 33 ed.Foster C, Mistry N, PeddiP,Sharma S editores. Wolters Klumers Health España, 2010, pp 65-67.

ARAM,V;CHOBANIAN, G. I;BAKRIS, H.R.the national high blood pressure education program coordinating committee. **Séptimo informe del comité nacional conjunto en prevención, detección, evaluación y tratamiento de la hipertensión arterial**. 2003; 42: 1206–1252.

MARTIN,Z. A; CANO,P .**Atención Primaria: Conceptos, organización y práctica clínica**. 5 ed. Madrid: Mc Graw-Hill Interamericana, 2007; t1:821-4.

TJUGEN, T.B.The **Prognostic Significance of Heart Rate for Cardiovascular Disease and Hypertension**. CurrHypertens Rep 2010; 12(3):162-9.

KOTSEVA, K;WOOD, D. **Cardiovascular prevention guidelines in daily practice: a comparison of EUROASPIRE I, II, and III surveys in eight European countries**. Lancet. 2009. Pubmed; 373:929-40.

BERTOMEU, V; CORDERO, A; Bueno, H. **Control de los factores de riesgo y tratamiento de la cardiopatía isquémica: Registro TRECE**. Rev EspCardiol. 2009; 62:807-11.

BOS, S; CICCONE, G; BALDE,C, et al. Effectiveness of a lifestyle intervention on metabolic syndrome. **A randomized controlled trial**. J Gen Intern Med. 2007; 22/12:1695-703.

RODRIGUEZ, M; CARMELA et al. Eficacia de una intervención educativa grupal sobre cambios en los estilos de vida en hipertensos en atención primaria: un ensayo clínico aleatorio. **Rev. Esp. SaludPublica**, Jun 2009, vol.83, no.3, p.441-452. ISSN 1135-5727.

LOURDES,G ; ALEJANDRO, C. Algunas variables relacionadas con la hipertensión arterial en una población venezolana de Colinas de los Rosales. **MEDISAN**. 2011; 15 (7). ISSN 1029-3019.

VAZQUEZ, L; ALICIA, H;**Factores asociados a la hipertensión arterial en ancianos del Policlínico Milanés.** 2003- 2006. Rev. Med. Electrón., Abr 2012, vol.34, no.2, p.121-130. ISSN 1684-1824.