

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

WASHINGTON HENAN DE SOUSA SAMPAIO

HIPERTENSÃO ARTERIAL: ENFRENTAMENTO DA  
DOENÇA NA ATENÇÃO BÁSICA

MARIOPOLIS

2021

## HIPERTENSÃO ARTERIAL: ENFRENTAMENTO DA DOENÇA NA ATENÇÃO BÁSICA

TCC apresentado no curso de Pós-Graduação em Atenção Básica, Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, como requisito parcial à obtenção do título de Especialista em Atenção Básica.

Orientadora: Vitor Pintarelli

MARIOPOLIS

2021

## TERMO DE APROVAÇÃO

### HIPERTENSÃO ARTERIAL: ENFRENTAMENTO DA DOENÇA NA ATENÇÃO BÁSICA

TCC apresentado ao curso de Pós-Graduação em Atenção Básica, Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, como requisito parcial à obtenção do título de Especialista em Atenção Básica.

---

Orientadora – Departamento \_\_\_\_\_, UFPR

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>./Msc/Esp. \_\_\_\_\_

Departamento \_\_\_\_\_, INSTITUIÇÃO

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. /Msc/Esp. \_\_\_\_\_

Departamento \_\_\_\_\_, INSTITUIÇÃO

Cidade, \_\_ de \_\_\_\_\_ de 2021.

## **AGRADECIMENTOS**

Este trabalho é dedicado a Estratégia da Saúde da Família II em Mariópolis-PR.

Citação  
(autor, ano)

## RESUMO

A hipertensão arterial é a principal doença crônico-degenerativa do aparelho circulatório encontrada na população brasileira e fator de risco para complicações cardiovasculares, sendo seu controle uma das principais metas existentes na atenção primária em saúde. Trata-se de um estudo de intervenção educativa, com o objetivo de Implementar estratégias de saúde no controle da Hipertensão Arterial Sistêmica nos pacientes da Estratégia da Saúde da Família II (ESF II), em Mariópolis-PR, com 453 pacientes hipertensos cadastrados nessa ESF II, fazem acompanhamento em nossa unidade, inseridos no Programa de Hipertensão. Existem múltiplas intervenções não-medicamentosas para diminuir a hipertensão arterial. As ações da equipe de saúde, principalmente de nós médicos profissionais, no combate da hipertensão arterial, deveriam seguir algumas metas, entre elas: compreensão do processo patológico, do tratamento, incentivo do indivíduo a participação de programas de auto cuidado, bem como a certificação da ausência de complicações para controlar a hipertensão com tratamento medicamentoso e não-medicamentoso.

Justificando assim, a motivação e a orientação à população quanto à importância do tratamento-não medicamentoso para hipertensão arterial, através de mudanças no estilo de vida.

**Palavras - Chave:** Hipertensão Arterial Sistêmica, Equipe de Saúde da Família, Estratégias de Saúde.

## **ABSTRACT**

Arterial hypertension is the main chronic-degenerative disease of the circulatory system found in the Brazilian population and a risk factor for cardiovascular complications, its control being one of the main goals in primary health care. This is an educational intervention study, with the objective of implementing health strategies in the control of Systemic Arterial Hypertension in patients of the Family Health Strategy II (ESF II), in Mariópolis-PR, with 453 hypertensive patients registered in our ESF II, follow up in our unit, inserted in the Hiperdia Program. There are multiple non-drug interventions to reduce high blood pressure. The actions of the health team, mainly of us professional doctors, in the fight against arterial hypertension, should follow some goals, among them: understanding of the pathological process, treatment, encouraging the individual to participate in self-care programs, as well as certification the absence of complications to control hypertension with drug and non-drug treatment.

Thus justifying the motivation and guidance to the population regarding the importance of non-drug treatment for arterial hypertension, through changes in lifestyle.

**Key-words:** Systemic Arterial Hypertension, Family Health Team, Health Strategies.

## SUMÁRIO

|   |           |
|---|-----------|
| <b>1. INTRODUÇÃO .....</b>                            | <b>8</b>  |
| <b>1.2 Diagnóstico Situacional .....</b>              | <b>8</b>  |
| <b>1.3 Justificativa .....</b>                        | <b>10</b> |
| <b>1.4 Objetivos.....</b>                             | <b>10</b> |
| <b>1.4.1 Objetivo geral .....</b>                     | <b>10</b> |
| <b>1.4.2 Objetivos específicos.....</b>               | <b>11</b> |
| <b>2. MÉTODOS.....</b>                                | <b>11</b> |
| <b>3. REVISÃO DE LITERATURA.....</b>                  | <b>13</b> |
| <b>4. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS/DISCUSSÃO .....</b> | <b>17</b> |
| <b>5. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>                   | <b>18</b> |
| <b>REFERÊNCIAS.....</b>                               | <b>19</b> |
| <b>APÊNDICE A – Folder (REA).....</b>                 | <b>20</b> |
| <b>APÊNDICE B – ATIVIDADES 2019.....</b>              | <b>21</b> |

## 1. INTRODUÇÃO

### 1.2 Diagnóstico Situacional

O município de Mariópolis foi colonizado a partir da década de 1940, quando chegaram as primeiras famílias, na sua grande maioria de origem italiana, mas também poloneses e alemães, oriundas do Rio Grande do Sul e Santa Catarina. (<https://pt.wikipedia.org/wiki/Mariópolis>).

Conforme o censo 2010 a população de Mariópolis é distribuída entre homens e mulheres. A população masculina representa 3.116, enquanto a população feminina é de 3.152 e com total de 6.268 habitantes, (<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pr/mariopolis>).

QUADRO 1 - FAIXA ETÁRIA

|              | <b>FAIXA ETÁRIA</b> | <b>MASCULINA</b> | <b>FEMININA</b> | <b>TOTAL</b> |
|--------------|---------------------|------------------|-----------------|--------------|
| Criança      | 0 – 11 ANOS         | 525              | 523             | 1048         |
| Adolescente  | 12 – 19 ANOS        | 486              | 457             | 943          |
| Adulto       | 20 – 59 ANOS        | 1.726            | 1.738           | 3.464        |
| Idoso        | > 60 ANOS           | 379              | 434             | 813          |
| <b>TOTAL</b> | -                   | <b>3.116</b>     | <b>3.152</b>    | <b>6.268</b> |

Fonte: IBGE, 2010

A população do município existe duas zonas urbana e rural. No contexto do Programa Nacional Saneamento Rural (PNSR), a definição de zonas rurais e urbanas original do IBGE foi modificada de modo a expressar melhor a realidade. Em Mariópolis apresenta uma distribuição da população por moradia sendo, 680 na zona rural e 1.559 na zona urbana com total de 2.239 domicílios.

Referente ao serviço de saúde, o município de Mariópolis-PR possui duas Estratégia da Saúde da Família (ESF), I e II, na ESF II, existe 3.134 pacientes cadastrados e gerando em média de 600 atendimentos mensal, onde as principais queixas são, Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), Diabetes Mellitus Tipo 2 (DM2) e problemas respiratórios.

Dentre as doenças crônicas existe prevalência da HAS e abaixo veremos um quadro comparativo outras doenças crônicas:

| <b>DOENÇAS</b>    | <b>Qtd</b> |                        |        | <b>TOTAL</b> |
|-------------------|------------|------------------------|--------|--------------|
| Hipertensão       | 453        |                        |        | <b>453</b>   |
| Diabetes Mellitus | 28         | 20 com uso de insulina | 1 DMT1 | <b>49</b>    |
| HAS + DM*         | 118        |                        |        | <b>118</b>   |
| Dislipidemia      | 46         |                        |        | <b>46</b>    |

Nesse sentido, HAS constitui-se um grave risco para as doenças cardiovasculares, acidentes vasculares e caracteriza-se como umas das mais importantes doenças na área da saúde pública devido às altas taxas de morbidade e mortalidade.

Muitas vezes, os usuários não têm consciência das possíveis complicações da hipertensão, desta forma não se envolvem, nem buscam formas de controle dos níveis pressóricos (BRASIL, 2013).

A HAS é responsável por 14% do total de internações do Sistema Único de Saúde (SUS), sendo 17,2% por acidente vascular cerebral e infarto agudo do miocárdio (BRASIL, 2013).

Esta doença requer cuidados essenciais do usuário e um estilo de vida adequado, por isso a equipe de saúde precisa envolver-se nesta problemática. Para Oliveira et al. (2013), as equipes da saúde da família possuem boas condições para gerarem a adesão ao tratamento de doenças como a hipertensão, pois estimulam o bom relacionamento usuário e profissional e favorecem a corresponsabilidade do tratamento. As ações educativas promovidas pelos profissionais estimulam o desenvolvimento da autonomia do indivíduo e possibilitam as discussões e orientações quanto à adoção de novos hábitos de vida.

Diante disso, a problemática da HAS está presente na rotina da equipe da ESF II, conforme pode ser observado no sistema de informações (prontuário eletrônico) e com ela surgem outras consequências na saúde da população, por isso da escolha de interferir junto aos pacientes portadores de HAS. É uma questão que toda a equipe verifica ser necessária intervenção específica e conta com o apoio da administração da Secretaria Municipal de Saúde e da 7ª Regional de Saúde.

### **1.3 Justificativa**

A oferta dos serviços de saúde com qualidade, equidade e atendimento integral aos usuários é preconizada pelo Ministério de Saúde tendo como “porta de entrada” a Atenção Primária a Saúde (APS) e a implantação da ESF II. A efetividade comprovada da ESF é fundamental para que a sociedade, a família e os cidadãos sejam beneficiados pela oferta de ações de saúde voltadas ao atendimento das necessidades e demandas de uma população definida bem como ao atendimento das doenças e agravos mais prevalentes na população (Brasil, 2000).

Considerando que hipertensão e diabetes são agravos de saúde que mais causam morbidades o tema é de extrema relevância, pois os cuidados aos hipertensos e diabéticos aliados ao HIPERDIA (Sistema de cadastramento e acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos) devem ser realizados de forma continuada, semanalmente, individualmente e em grupos.

Na ESF II nem sempre o comparecimento do usuário é programado percebe-se que comparecem na ESF quando seu medicamento termina para buscar mais e quando é realizada busca ativa em dias próximos da data do seu controle no HIPERDIA. Não há estratificação de risco e os protocolos específicos para estes agravos não são adotados pelos profissionais. A importância do cuidado aos pacientes crônicos e a baixa cobertura do acompanhamento destes pacientes na ESF II.

### **1.4 Objetivos**

#### **1.4.1 Objetivo geral**

Propor um plano de intervenção para controle dos níveis pressóricos dos usuários hipertensos.

### 1.4.2 Objetivos específicos

- Oferecer oficinas educativas que abordem o tema de HAS;
- Proporcionar educação em saúde e correto manejo da doença para a equipe de saúde e para aqueles que lidam diretamente com o usuário.

## 2. MÉTODOS

A saúde pública é um assunto muito importante a ser debatido, precisa de uma equipe empenhada e alinhada com um único objetivo em envolver outros profissionais para ter resultados satisfatórios.

A equipe multiprofissional é um diferencial que abre um leque para que os profissionais colaborar de forma direta. O Educador Físico ajudando e incentivando exercício físico, quebrando a inércia para uma vida saudável deixando de lado o sedentarismo. Por sua vez a nutricionista fazendo orientações sobre alimentação saudável e elaborando cardápio compatível a cada cidadão e ESF II realizando busca ativa, agendado visitas domiciliares e consulta para e revisão de doses e se necessário solicitar exames.

Envolvendo o NASF temos grandes ganhos com o Assistente Social atuando com paciente que necessitam ajuda além dos âmbitos relacionado a saúde com ajuda na questão de moradia, temos casos com resultados positivos envolvendo à Assistente Social ajudando as famílias sem rendas e escolas. Um reforço bem valido é atuando diretamente com equipe no município de Mariópolis é a Psicóloga, organizando as palestras para uma

A estratégia como roda de conversa e palestra tem um impacto mais direto com o público alvo, onde podem ser realizados na sala na sala de espera, onde pode ser visualizado em slide e entrega de flyer.

| Problema priorizado   | Manter níveis dentro das metas pressóricas e glicêmicas conforme cada característica de cada individual e patologia. |  |                                   |                                   |  |
|---|--|--|-----------------------------------|-----------------------------------|--|
| Ações   | Indicadores  | Parâmetros   | Finalidade                        | Momento da Realização             | Natureza   |
| 1ª<br>Prestar orientações à população assistida sobre MEV (mudança do estilo de vida) | % Quantas pessoas aceitaram o MEV  | Ótimo 40%<br>Bom 25%<br>Regular 20%<br>Ruim 10%<br>Péssimo 5%  | Orientação, controle (Gerência)   | Reavaliação em 6 meses<br>Ex-post | Quantidade de pessoas melhoraram os níveis pressóricos e glicêmicos. (Pesquisa avaliativa) |
| 2ª<br>Reavaliar doses medicamentosas  | % com ajuste de doses  | 85% ótimo<br>15% ruim  | Controle e supervisão (Gerência)  | Reavaliação em 3 meses<br>Ex-post | Avaliar pessoas com tratamento correto. (Pesquisa avaliativa)                              |
| 3ª<br>Palestras educativas.   | % Quantidade de pessoas atingidas.   | Ótimo 90%<br>Bom 5,5%<br>Regular 3%<br>Ruim 1%<br>Péssimo 0,5% | Orientação, prevenção, (Gerência) | Reavaliação em 1 ano<br>Ex-post   | Abranger o conhecimento do público alvo para adaptação na nova vida (Pesquisa avaliativa)  |

| Objetivo                 | Estratégia       | Duração | Envolvidos                             | População alvo        | Data    | Recursos Educacionais utilizados | Locais de divulgação dos recursos educacionais |
|--------------------------|------------------|---------|--|-----------------------|---------|----------------------------------|--|
| Dicas nutricionais       | Roda de conversa | 20 min  | Médicos<br>Enfermeira<br>Nutricionista | Paciente HAS<br>DM2   | Definir | Flyer                            | Reuniões da equipe de Trabalho de pesquisa     |
| Avaliação das Atividades | Palestra         | 40 min  | Médicos<br>Enfermeira                  | Gestores<br>População | Definir | Datashow<br>Slide                | Auditório ESF II                               |

### 3. REVISÃO DE LITERATURA

Segundo Brasil (2013) as Doenças Crônicas compõem o conjunto de condições crônicas que, em geral, estão relacionadas a causas múltiplas e são caracterizadas por início gradual de prognóstico usualmente incerto, com longa ou indefinida duração.

As doenças crônicas apresentam evoluções clínicas variáveis que podem mudar constantemente ao longo do tempo, com possíveis períodos de agudização, podendo gerar incapacidades. Requerem intervenções com o uso de tecnologias associadas a mudanças de estilo de vida, em um processo de cuidado contínuo que nem sempre leva à cura (BRASIL, 2013).

Atualmente, as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) são um dos principais problemas de saúde na atualidade, principalmente em países de baixa e média renda. As estimativas da Organização Mundial de Saúde (OMS) indicam que as doenças crônicas não transmissíveis são responsáveis por 58,5% de todas as mortes ocorridas no mundo e por 45,9% da carga global de doença (Silva et al., 2016).

No Brasil, as DCNT vêm se tornando uma das principais prioridades para o sistema de saúde, pois representam a maior carga de morbimortalidade chegando a ser responsável por cerca de 72% do total de mortes (TANAKA et al., 2019).

Dentre as DCNT, a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é a causa de maior prevalência, apresentando no Brasil, taxas de 21,4% entre as pessoas acima de 18 anos, segundo dados da pesquisa nacional de saúde realizada recentemente, o que representa cerca de 31 milhões de portadores (TANAKA et al., 2019).

No entanto, a HAS é um agravo controlável, no sentido de manter os níveis pressóricos dentro dos limites de normalidades e evitar complicações, mediante cuidado continuado, realizado de preferência por equipe de saúde multiprofissional (TANAKA et al., 2019).

De acordo com Silva et al. (2016) a HAS é considerada um importante problema de saúde pública devido à sua alta prevalência e baixas taxas de controle, contribuindo significativamente nas causas de morbidade e mortalidade cardiovascular. Segundo os autores, no Brasil, 25% da população adulta

apresenta essa doença e se estima que em 2025 esse número sofrerá acréscimo de 60%, atingindo uma prevalência de 40%.

A HAS é caracterizada como uma doença crônica não transmissível, de causas multifatoriais associada a alterações funcionais, estruturais e metabólicas. Silva et al. (2016) afirmam que os principais fatores de risco para a HAS são a idade, raça, sexo, sobrepeso ou obesidade e hábitos de vida pouco saudáveis como sedentarismo, consumo abusivo de bebidas alcoólicas, tabagismo e consumo excessivo de sal. Ressaltam que outros fatores de risco estão associados com a pressão arterial elevada, como a predisposição genética e o estresse.

Entretanto, a literatura aponta diferentes dados na prevalência da HAS entre os sexos. Nas mulheres o nível da pressão arterial pode ser influenciado por algumas situações como o uso de contraceptivo, síndrome do ovário policístico, gestação, reposição hormonal e menopausa, podendo em algumas dessas situações levar ao aumento significativo da pressão arterial e ao desenvolvimento da HAS. Destaca-se que ainda não estão totalmente distinguidos os mecanismos que são responsáveis pelas diferenças na regulação da pressão entre os sexos, mas podem estar envolvidos com os efeitos dos hormônios sexuais na manipulação de sódio pelo sistema renal (Silva et al., 2016).

Silva et al. (2016) também afirmam que outros fatores podem ser responsáveis pelo aumento da pressão arterial nas mulheres, como por exemplo a inserção no universo doméstico e profissional. Devido a essa mudança no perfil feminino, em que houve o aumento da participação das mulheres no mercado de trabalho, as mulheres passaram a sofrer com a sobrecarga das exigências profissionais e mais as atribuições domésticas, o que pode explicar os níveis mais elevados de estresse nas mulheres quando comparadas aos homens, e isto é um fator importante para o aumento da pressão arterial. Além disso, Silva et al. (2016) também alertam para o fato das mulheres perceberem seus problemas de saúde mais do que os homens e por esse motivo procuram mais pelos serviços de saúde, tendo mais acesso aos diagnósticos de doenças.

No que se refere aos homens, vários aspectos podem estar relacionados à saúde masculina, mas a mais evidente é que os homens não têm o hábito de buscar por práticas preventivas. As práticas em saúde de ordem preventiva, ou

seja, os autocuidados com a saúde, fazem parte da rotina das mulheres e, dessa forma, essa explicação é uma questão de gênero (SILVA et al., 2016).

De acordo com Lolio et al. (1993) a hipertensão arterial tem maior frequência de diagnóstico em grupos etários mais avançados; em relação à cor, pesquisas indicam que os negros têm maior prevalência de hipertensão arterial do que os brancos; quanto à ocupação, renda familiar e escolaridade, que podem ser considerados indicadores de classe social, a hipertensão tem se mostrado mais frequente em trabalhadores situados nas classes menos favorecidas e com menor nível de escolaridade e referente ao peso, a HAS tem mostrado associação com a obesidade.

Lessa (2010) afirma que a HAS, com sua característica silenciosa, é a mais prevalente doença vascular no mundo e o mais potente fator de risco para doenças cerebrovasculares, predominante causa de morte no Brasil.

É importante ressaltar que a HAS é um importante fator de risco para doenças decorrentes de aterosclerose e trombose, que se exteriorizam, predominantemente, por acometimento cardíaco, cerebral, renal e vascular periférico. É responsável por 25 e 40% da etiologia multifatorial da cardiopatia isquêmica e dos acidentes vasculares cerebrais, respectivamente (PASSOS; ASSIS; BARRETO, 2006).

Passos; Assis; Barreto (2006) explicam ainda que essa multiplicidade de consequências coloca a HAS na origem das doenças cardiovasculares e, portanto, caracteriza-a como uma das causas de maior redução da qualidade e expectativa de vida dos indivíduos.

Quanto a HA constituir-se em grave risco de desenvolvimento de outras doenças cardiovasculares ressalta-se o seguinte:

As Doenças Cardiovasculares (DCV) são, atualmente, a maior causa de mortes no mundo. Elas foram responsáveis por mais de 17 milhões de óbitos em 2008, dos quais três milhões ocorreram antes dos 60 anos de idade, e grande parte poderia ter sido evitada. A Organização Mundial de Saúde estima que em 2030 quase 23,6 milhões de pessoas morrerão de doenças cardiovasculares (RADOVANOVIC, 2014).

No Brasil, as doenças cardiovasculares são responsáveis por 33% dos óbitos com causas conhecidas e, estudos indicam que essas doenças foram a primeira causa de hospitalização no setor público, entre os anos de 1996 e 1999,

respondendo por 17% das internações de pessoas de pessoas com idade entre 40 e 59 anos e 29% daquelas com 60 ou mais anos (PASSOS; ASSIS; BARRETO, 2006).

Estes autores explicam que a maioria dos eventos cardiovasculares ocorrem em pessoas com alterações leves dos fatores de risco que, se deixados sem tratamento por muitos anos, podem produzir uma doença manifesta. Passos; Assis; Barreto (2006) comentam que vários estudos epidemiológicos e ensaios clínicos já demonstraram a drástica redução da morbimortalidade cardiovascular com o tratamento da hipertensão arterial e que existe evidência médica de que medidas de pressão arterial podem identificar adultos com maior risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, devido a HAS. Ressaltam ainda que diretrizes de serviços preventivos dos Estados Unidos da América (EUA) e do Canadá recomendam o rastreamento sistemático da HAS em adultos, considerando os benefícios do tratamento precoce (PASSOS; ASSIS; BARRETO, 2006).

Nos países em desenvolvimento, como o Brasil, o crescimento da população idosa e o aumento da expectativa de vida, associados a mudanças nos padrões alimentares e no estilo de vida, têm forte repercussão sobre o padrão de morbimortalidade. Em nosso país, projeções da Organização das Nações Unidas (ONU), de 2002, indicam que a média da idade da população passará de 25,4 anos em 2000, para 38,2 anos em 2050 e uma das consequências desse envelhecimento populacional é o aumento das prevalências de doenças crônicas, como a hipertensão arterial.

Por esses motivos, a hipertensão arterial é um problema de saúde pública pela sua cronicidade, pelos custos com internações, pelas incapacidades que causa e a necessidade de aposentadoria precoce. Além disso, por ser uma doença de início assintomática que por esse motivo leva o paciente a não buscar estratégias de controle da doença, a não aderir ao tratamento de forma ativa, não se conscientizando da importância de adequar o tratamento à sua condição, com o intuito de minimizar os agravos da mesma.

#### 4. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS/DISCUSSÃO

| DATA /HORA/ LOCAL                    | GRUPO                                | OBJETIVO                             | ESTRATÉGIA                              | DURAÇÃO/ PARTICIPANTE         | RECURSOS ADICIONAIS |
|--------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|---|-------------------------------|---------------------|
| ESF II<br>Sala de espera<br>07/12/20 | H<br>I<br>P<br>E<br>R<br>D<br>I<br>A | Orientações nutricionais, cardápios. | Roda de conversas com Nutricionista     | 20 minutos<br>Nutricionista   | Panfletos           |
| ESF II<br>Sala de Espera<br>14/12/20 | H<br>I<br>P<br>E<br>R<br>D<br>I<br>A | Orientações psicoterápicos           | Roda de conversas com psicóloga         | 20 minutos<br>Psicóloga       | Panfletos           |
| ESF II<br>Sala de Espera<br>21/12/20 | H<br>I<br>P<br>E<br>R<br>D<br>I<br>A | Orientações alongamentos             | Roda de conversas e alongamento básico. | 20 minutos<br>Educador físico | Balões Elásticos    |

O quadro acima representa ações realizada no mês de dezembro de 2020, realizando orientações para pacientes do hipertensão direcionado ao hipertenso, devido a pandemia foram realizados rodízios entre os 25 pacientes agendados, evento que sempre contava com outros profissionais com a visão em melhorar as condições de vida de cada paciente.

Devido à restrição da pandemia COVID 2019, não foi possível implementar as ações programadas em 2021, paciente acima de 60 anos não puderam comparecer na ESF II para renovação de receita e avaliação após 3 meses da implementação das ações.

Vale ressaltar que em 2019 foram realizadas orientações, palestras, atividades entre o mês de junho à novembro 2019.

## 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

As Implementações das Estratégias de Saúde trariam significativas melhoria no controle da HAS, mas devido a pandemia não teve uma continuidade deixando uma lacuna dos riscos associados ao controle dos níveis atualmente recomendados. Com a realização deste projeto mostraria uma melhor aderência ao tratamento, controle dos níveis pressórico e organizaria o acolhimento dos pacientes. E com resultados obtidos confirmam o impacto positivo da implementação das Estratégias de Saúde, estratégias estas que priorizam as ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde das pessoas, de forma integral, continua, e essas ações são desenvolvidas por meio de uma equipe mínima composta pelo médico, enfermeiro, auxiliar ou técnico em enfermagem e agentes comunitários de saúde. Acredito que um dos maiores desafios para nós profissionais de saúde é entender as necessidades de educação à saúde como componente especial, estando relacionada à promoção, manutenção e restauração da saúde. O médico como profissional habilitado e voltado para o atendimento das necessidades dos usuários transformando a maneira da população perceber o serviço de saúde. Atender mais rapidamente a demanda com programas de orientações que possibilitam aos familiares à compreensão de prevenção. Identificar grupos de risco, fazer diagnósticos precoces e abordar terapêuticas adequadas, cuidando, educando e preparando portadores e famílias a terem autonomia no autocuidado, monitorando o controle, prevenindo complicações e gerenciando o cuidado a melhoria de qualidade de vida da população.

## REFERÊNCIAS

- ARTMANN, E.; Azevedo, C.S.; SÁ, M.C. Possibilidades de aplicação do enfoque estratégico de planejamento no nível local de saúde: análise comparada de duas experiências. Rio de Janeiro: **Cadernos de Saúde Pública**, v. 13n. 4, p. 723-740, out-dez, 1997.
- ATLAS DO DESENVOLVIMENTO HUMANO NO BRASIL: base de dados. 2013. Disponível em: [http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/perfil\\_uf/parana](http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/perfil_uf/parana). Acesso em: 22/05/2020.
- CAMPOS, F.C.C, FARIA H. P., SANTOS M.A. **Planejamento e avaliação das ações de saúde**. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2013. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0273.pdf>. Acesso em: 05/10/2020.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: [bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias\\_cuidado\\_pessoa\\_doenca\\_cronica.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_pessoa_doenca_cronica.pdf). Acesso em 25/09/2020.
- KLEBA, Maria Elisabeth; KRAUSER, Ivete Maroso; VENDRUSCOLO, Carine. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 20, n. 1, p. 184-193, Jan-Mar2011.
- LESSA, Ines. Hipertensão arterial sistêmica no Brasil: tendência temporal. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 8, p. 1470-1471, ago, 2010.
- LOLIO, Cecília Amaro; PEREIRA, Júlio César Rodrigues; LOTUFO, Paulo Andrade; SOUZA, José Maria Pacheco de. Hipertensão arterial e possíveis fatores de risco. **Rev. Saúde Pública**, v. 27, n. 5, p. 357-362, 1993.
- OLIVEIRA, T.; MIRANDA, L.; FERNANDES, P.; CALDEIRA, A. **Eficácia da educação em saúde no tratamento não medicamentoso da hipertensão arterial**. *Acta Paul Enferm.* v. 26, n. 2, p.179-84, 2013.
- PASSOS, Valéria Maria de Azeredo; ASSIS, Tiago Duarte; BARRETO, Sandhi Maria. Hipertensão arterial no Brasil: estimativa de prevalência a partir de estudos de base populacional. **Epidemiol. Serv. Saúde**, v.15 n.1 Brasília mar. 2006.
- RADOVANOVIC, Cremilde Aparecida Trindade; SANTOS, Lucimary Afonso dos; CARVALHO, Maria Dalva de Barros; MARCON, Sonia Silva. Hipertensão arterial e outros fatores de risco associados às doenças cardiovasculares em adultos. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 22, n. 4, p. 547-53, jul.-ago. 2014.
- SILVA, Elcimary Cristina; MARTINS, Maria Silvia Amicucci Soares; NEUBER, Lenir Vaz Guimarães; SEGRI, José; LOPES, Maria Aparecida Lima; ESPINOSA, Mariano Martinez. Prevalência de hipertensão arterial sistêmica e fatores associados em homens e mulheres residentes em municípios da Amazônia Legal. **Rev. Bras. Epidemiol.**, v. 19, n. 1, Jan-Mar 2016.
- TANAKA, Oswaldo Yoshimi; DRUMOND HÚNIOR, Marcos; GONTIJO, Tarcísio Laerte; LOUVISON, Marília Cristina Prado; ROSA, Costa Tereza Etsuko. Hipertensão arterial como condição traçadora para avaliação do acesso na atenção à saúde. **Ciênc. saúde colet.**, v. 24, n. 3, Mar 2019.

## APÊNDICE A

### ALIMENTAÇÃO CONTROLADA

Manter uma alimentação balanceada é a primeira medida para ter uma estilo de vida saudável. Com a correria do dia a dia, sabemos que é difícil se alimentar bem e com calma. Nesse caso, uma boa saída é oferecer alimentos saudáveis aos colaboradores, substituindo os lanches gordurosos por frutas e outros aperitivos assados. Trocar o refrigerante por suco ou água também contribui.

### NÃO FUMAR

Estima-se que um fumante viva cerca de 10 anos menos que uma pessoa que nunca fumou. Por isso, promover programas de combate ao tabagismo em empresas é outra medida que melhora a qualidade de vida da população. Além disso, pessoas que não fumam tendem a ter mais disposição para praticar atividades físicas e cuidar da sua saúde.

### ATIVIDADE FÍSICA COM FREQUÊNCIA

A prática de atividades físicas também tem influência em uma vida mais saudável, pois promove a prevenção de doenças, diminuem o estresse e auxiliam o envelhecimento ativo. Praticar algum tipo de exercício durante 30 minutos por dois dias da semana é o mínimo indicado por especialistas. Vale caminhada, natação, andar de bicicleta, entre outros

### REALIZAR EXAMES PREVENTIVOS

A realização de exames preventivos é a peça final para completar um estilo de vida saudável. Aqui é fundamental a atuação das operadoras de planos de saúde com a promoção e programas de medicina preventiva. As ações planejadas devem sempre ter o objetivo de mostrar a importância da prevenção e doenças e, com isso, incentivar a realização de exames.

## APÊNDICE B – ATIVIDADES 2019

