

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
CAMPUS VII
LICENCIATURA INTERDISCIPLINAR EM CIÊNCIAS NATURAIS - BIOLOGIA

LUZIANE MORAES VIEIRA
RAIANA ROCHA LIMA

**PREVENÇÃO E CONTROLE DA HIPERTENSÃO ARTERIAL NA UNIDADE
BÁSICA DE SAÚDE DE CODÓ/MA**

CODÓ - MA
2019

LUZIANE MORAES VIEIRA
RAIANA ROCHA LIMA

**PREVENÇÃO E CONTROLE DA HIPERTENSÃO ARTERIAL NA UNIDADE
BÁSICA DE SAÚDE DE CODÓ/MA**

Monografia apresentada ao Curso de Licenciatura Interdisciplinar em Ciências Naturais – Biologia, da Universidade Federal do Maranhão – UFMA – Campus VII – Codó, como requisito para obtenção do título de Licenciada em Biologia.

Orientador: Prof. Dr. Dilmar Kistemacher

**Ficha gerada por meio do SIGAA/Biblioteca com dados fornecidos pelo(a) autor(a).
Núcleo Integrado de Bibliotecas/UFMA**

Vieira, Luziane Moraes.

Prevenção e Controle da Hipertensão Arterial na Unidade Básica de Saúde de Codó/Ma / Luziane Moraes Vieira, Raiana Rocha Lima. - 2019.

53 f.

Orientador(a): Dilmar Kistemacher.

Monografia (Graduação) - Curso de Ciências Naturais - Biologia, Universidade Federal do Maranhão, Codó-MA, 2019.

1. Educação em Saúde. 2. Hipertensão Arterial. 3. Políticas de Saúde. I. Kistemacher, Dilmar. II. Lima, Raiana Rocha. III. Título.

LUZIANE MORAES VIEIRA
RAIANA ROCHA LIMA

**PREVENÇÃO E CONTROLE DA HIPERTENSÃO ARTERIAL NA UNIDADE
BÁSICA DE SAÚDE DE CODÓ/MA**

Monografia apresentada ao Curso de Licenciatura Interdisciplinar em Ciências Naturais – Biologia, da Universidade Federal do Maranhão – UFMA – Campus VII – Codó, como requisito para obtenção do título de Licenciada em Biologia.

APROVADO EM: _____ / _____ / _____ NOTA: _____

BANCA EXAMINADORA:

Prof.: Dr. Dilmar Kistemacher
Universidade Federal do Maranhão – UFMA (Campus Codó)

Profa. Dra. Camila Campelo de Sousa
Universidade Federal do Maranhão – UFMA (Campus Codó)

Prof. Dr. Jackson Ronie Sá da Silva
Universidade Estadual do Maranhão – UEMA (Campus São Luis)

AGRADECIMENTOS

LUZIANE MORAES VIEIRA

Agradeço a Deus por ter me dado força e coragem para seguir em frente e não desistir. Ao meu pai João Costa Vieira in *memorian*, minha mãe Maria do Amparo Moraes Vieira que assumiu o papel de pai e mãe ao mesmo tempo, que me apoia, e sempre me dá força e coragem para conquistar os meus objetivos é a razão do meu viver.

Agradeço também as minhas irmãs que sempre estão presente em minha vida, em especial ao meu irmão Lucival, que me acompanhou ao longo do curso.

Agradeço a Minha avó que eu amo incondicionalmente.

Agradeço aos meus tios que são como meus pais, que me acompanham ao longo da minha trajetória, e as minhas tias mães que sempre estão comigo e a todos os meus familiares. Aos amigos(a) Ideane, Valéria, Leidivana, Laesio, Laelton, Laura, Raiana, Raissa e Marinalva.

Agradeço ao meu orientador e amigo Dilmar Kistemacher que admiro muito que me deu força e coragem.

Agradeço aos profissionais de Saúde, que nos disponibilizaram os dados para realização da nossa pesquisa de Tcc, aos colaboradores enfermeira chefe Vanessa Morais Pinto, da Unidade Básica de Saúde Maria Ferreira, coordenadora de doenças crônicas Rogéria Valéria Cardozo da Secretaria Municipal de Saúde. Aos técnicos em Sistema Wuldson Santos da Silva e o Francisco Rangel Oliveira Silva da Secretaria Municipal de Saúde.

Agradeço a todo o corpo docente da UFMA em especial aos meus professores do curso.

Agradeço a minha amiga Josinete de Fátima Pereira Passos, funcionária da UFMA, que sempre me ajudou ao longo do curso.

Agradeço a Professora Katione Valéria Amorim de Sousa Cardozo que me ajudou durante os meus estágios, é uma pessoa maravilhosa pra mim.

Agradeço a banca examinadora composta pela Prof. Dra. Camila Campelo de Sousa e o Prof. Dr. Jackson Ronie Sá da Silva.

RAIANA ROCHA LIMA

Agradeço primeiramente a Deus pela as bênçãos alcançadas e conquistas dos meus objetivos, por ter me dado saúde e força para superar as dificuldades. Gratidão ao meu Senhor por tudo.

Aos meus pais Ana Regina e Luiz Carlos e a minha vó paterna Francisca Cunha, pelo amor, carinho, companheirismo, dedicação e incentivo ao logo da minha caminhada desde o jardim de infância até a minha vida acadêmica da UFMA-Codó. A minha vó materna *in memorian* pelo amor e carinho, sempre vai estar em meu coração.

Agradeço a toda a minha família e também ao meu avô materno *in memorian* e amigos que sempre me apoiaram nessa caminhada e a todos que direta ou indiretamente fizeram parte da minha formação acadêmica.

Agradeço ao meu orientador Prof. Dr. Dilmar Kistemacher pelo suporte no pouco tempo que lhe coube, pela paciência, correções e incentivos.

Agradeço aos profissionais de Saúde, que nos disponibilizaram dados para realização da nossa pesquisa de Tcc, os colaboradores enfermeira chefe Vanessa Morais Pinto da UBS Maria Ferreira, coordenadora de doenças crônicas Rogéria Valéria Cardozo da Secretaria Municipal de Saúde. Wuldson Santos da Silva e o Francisco Rangel Oliveira Silva técnicos em sistema da Secretaria Municipal de Saúde.

Agradeço a banca examinadora composta pela Prof. Dra. Camila Campelo de Sousa e o Prof. Dr. Jackson Ronie Sá da Silva.

Agradeço a todo corpo docente e funcionários da UFMA-Campus VII-Codó. Agradeço a professora Katione Valéria Amorim de Sousa Cardozo que me ajudou durante os estágios no Centro de Ensino Colares Moreira.

RESUMO

A pressão arterial é a força do sangue contra as paredes das artérias quando o coração bombeia o sangue. Se a pressão se eleva e permanece alta ao longo do tempo, pode gerar inúmeros danos ao organismo. Este trabalho teve por objetivo fazer um levantamento dos pacientes que apresentam Hipertensão Arterial e participam do programa Hiperdia na Unidade Básica de Saúde Maria Ferreira no Bairro São Francisco, procurando analisar como é trabalhada a educação em saúde no Município de Codó/ Ma. A pesquisa foi realizada junto à Secretaria Municipal de Saúde, onde foram coletados os dados sobre a quantidade de hipertensos que se encontram cadastrado no Programa Hiperdia de todas as UBS da cidade, tanto nas zonas rural e urbana. Foram coletados os dados de óbitos por causa original, ou seja, por pressão alta e outros tipos de doenças entre os anos de 2015 a 2019. Foram entrevistados 33 pessoas, que fazem tratamento no Posto de Saúde foco da pesquisa. Para a análise tomamos em consideração as variáveis de gênero, faixa etária, nível de escolaridade, tratamento, fatores de riscos e as principais causas da Hipertensão. Ao analisamos os resultados das tabelas e dos questionários, verificou-se que as mulheres estão mais preocupadas com a saúde, a maioria dos entrevistados tem o conhecimento sobre os benefícios de como levar uma vida saudável, mais não procuram meios de prevenir e controlar a hipertensão. As políticas públicas do município, precisam estar mais centradas na qualidade de vida dos indivíduos, e assim criando ações mais eficientes, para combater os fatores de riscos das doenças nas gerações futuras.

PALAVRA CHAVE: Hipertensão Arterial, Educação em Saúde, Políticas de Saúde.

ABSTRACT

Blood pressure is the force of blood against the artery walls when the heart pumps the blood. If the pressure rises and stays high over time, it can cause numerous damage to the body. This study aimed to make a survey of patients who have Hypertension and participate in the program Hiperdia in the Basic Health Unit Maria Ferreira in Bairro São Francisco, seeking to analyze how health education is worked in the municipality of Codó / Ma. The research was held at the Municipal Health Secretariat, where data were collected on the number of hypertensive patients who are registered in the Hiperdia Program of all UBS in the city, both in rural and urban areas. We collected data on deaths from the original cause, that is, from high blood pressure and other types of diseases between 2015 and 2019. We interviewed 33 people who are treated at the Health Center focus of the research. For the analysis, we considered the variables of gender, age, education level, treatment, risk factors and the main causes of hypertension. By analyzing the results of the tables and questionnaires, it was found that women are more concerned with health, most respondents have knowledge about the benefits of how to lead a healthy life, but do not seek ways to prevent and control hypertension. . The public policies of the municipality need to be more focused on the quality of life of individuals, and thus creating more efficient actions to combat disease risk factors in future generations.

KEYWORDS: Arterial Hypertension, Health Education, Health Policies.

LISTAS DE TABELAS

Tabela 1. Quantidade de Hipertensos em 2019, conforme dados dos hipertensos da Secretária Municipal de Saúde, fornecidos pelas Unidades Básicas de Saúde da cidade de Codó.....	30
Tabela 2. Quantidade de Hipertensos da Unidade Básica de Saúde no ano de 2019 conforme dados de Hipertensos que faz acompanhamento na Unidade Básica de Saúde Maria Ferreira.	31
Tabela 3. Organização da Idade e do gênero dos hipertensos, conforme dados sobre acompanhamento na Unidade Básica de Saúde Maria Ferreira no ano de 2019.....	32
Tabela 4. Aspectos sociais dos Hipertensos da Cidade de Codó - MA	33
Tabela 5. Dados das perguntas e respostas dos Hipertensos	36
Tabela 6. Frequência por faixa etária (13) segundo Ano do Óbito – Hipertensão de todos os tipos, causa básica original: 2015-2019 /Codó –MA	39
Tabela 7. Frequência por Sexo segundo o ano do óbito – Hipertensão de todos os tipos, causa básica original: 2015-2019 /Codó - Ma.....	40
Tabela 8. Frequência por Raça/Cor segundo o ano do óbito – Hipertensão de todos os tipos, causa básica original:2015-2019 Codó - Ma	41
Tabela 9. Frequência Por Pré-eclâmpsia e óbitos Maternos segundo o ano do óbito – Eclampsia de todos os tipos, causa básica original: 2015-2019/Codó – Ma.....	41
Tabela 10. Frequência por óbitos Maternos segundo o ano do óbito – óbitos maternos declarados de todos os tipos, causa básica original: 2015 a 2019-Codó – Ma.....	42

LISTA DE SIGLAS

ACS – Agentes Comunitários de Saúde

APS- Atenção Primária à Saúde

AVC- Acidente Vascular Cerebral

CFM – Conselho Federal de Medicina

ESF – Estratégia de Saúde da Família

DHEG - doença hipertensiva específica da gravidez

FIOCRUZ- Fundação Osvaldo Cruz

HA – Hipertensão Arterial

HAE – Hipertensão Arterial Essencial

HAS- Hipertensão Arterial Sistemática

HIPERDIA - Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos

IBGE- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

MAPA – Monitorização Ambulatorial da Pressão Arterial

MS - Ministério da Saúde

OMS - Organização Mundial da Saúde

PA – Pressão Arterial

PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PSE – Programa Saúde na Escola

PSF- Programa Saúde da Família

PAS - pressão arterial sistólica

PAD - pressão arterial diastólica

PE - Pré – eclampsia

SAMU – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

SEMUS- Secretaria Municipal de Saúde

SUDS-Sistema Único e Descentralização de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

UBS- Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
2. CONTEXTUALIZAÇÃO DA CIDADE DE CODÓ.....	15
3. HIPERTENSÃO ARTERIAL: SINTOMAS, CAUSAS, CONSEQUÊNCIAS, TRATAMENTO, DIAGNÓSTICO, PRÊ-ECLAMPSIA.....	16
3.1 Sintomas da Pressão Alta	16
3.2 Causas da Pressão Alta.....	16
3.3 Consequências da Pressão Alta.....	16
3.4 Tratamento da Pressão Alta	17
3.5 Diagnóstico da Pressão Alta.....	18
3.6 Pré-eclâmpsia na Gravidez	18
4. POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE E EDUCAÇÃO	20
4.1 Sistema Único de Saúde (SUS).....	23
4.2 Programa Hiperdia.....	24
4.3 Programa Saúde na Escola	25
4.4 Programa Saúde da Família	26
4.5 Programa Farmácia Popular	27
4.6 Unidade Básica de Saúde	27
4.7 Programa agente de Saúde	28
5. A HIPERTENSÃO EM CODÓ: UM OLHAR A PARTIR DA EDUCAÇÃO.....	29
5.1 Local da Pesquisa.....	29
5.2 Análise dos Dados	30
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	45
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	47
APÊNDICES	52

1 INTRODUÇÃO

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial (PA). Associa-se frequentemente a alterações funcionais e/ ou estruturais dos órgãos – alvo como o coração, cérebro, rins e vasos sanguíneos e a alterações metabólicas, com consequente aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não – fatais (HENRIQUE, et al. 2012).

Para Santos (2012), a hipertensão arterial sistêmica (HAS) é considerada um dos grandes problemas para a saúde pública no Brasil, agravada por sua prevalência e detecção quase sempre tardia, além de constituir um dos principais fatores de risco para as doenças cardiovasculares e cerebrovasculares. Se o controle de casos existentes, assim como controle e prevenção dos fatores de risco desta doença não forem implementados, esta problemática irá afetar grande proporção da população em nosso país, a qual em 2020, terá um aumento significativo de pessoas com mais de 60 anos.

Segundo as Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial, são hipertensos os adultos cuja pressão arterial sistólica (PAS) atinge valores iguais ou superiores a 140 mmHg, e/ou cuja pressão arterial diastólica (PAD) seja igual ou maior que 90mmHg, em duas ou mais ocasiões, na ausência de medicação anti-hipertensiva. Foram classificados como PA normal registros inferiores a 130/85 mmHg, e PA ótimas valores inferiores a 120/80 mmHg. A hipertensão arterial é considerada uma síndrome por estar frequentemente associada a um agregado de distúrbios metabólicos, tais como obesidade, aumento da resistência à insulina, diabetes mellito e dislipidemias, entre outros. A presença desses fatores de risco e lesões em órgãos – alvo, quando presentes, é importante e deve ser considerada na estratificação do risco individual, com vistas ao prognóstico e decisão terapêutica (ROSÁRIO et al., 2009).

Para Henrique et al. (2012), a pressão arterial é a força do sangue contra as paredes das artérias quando o coração bombeia o sangue. Se a pressão se eleva e permanece alta ao longo do tempo, pode gerar inúmeros danos ao organismo.

Na maior parte dos casos, a hipertensão não tem uma causa conhecida sendo chamada de hipertensão essencial ou primária, mas em uma pequena parte, a hipertensão pode ser causada por outras doenças, ou efeito de medicações, denominada hipertensão secundária. Apesar da maioria das vezes não conseguirmos saber com precisão a causa da hipertensão arterial, sabemos que muitos fatores podem ser responsáveis: hereditariedade, idade, raça, obesidade, tabagismo, sedentarismo, stress e o uso de bebidas alcoólicas (BRASIL, 2011).

A pressão se eleva por vários motivos, mas principalmente porque os vasos nos quais o sangue circula se contraem. O coração e os vasos podem ser comparados a uma torneira aberta ligada a vários esguichos, se fecharmos a ponta dos esguichos a pressão lá dentro aumenta. O mesmo ocorre quando o coração bombeia o sangue, se os vasos são estreitados a pressão sobe (BRASIL, 2017).

Para Lessa (2006) o controle da HA se faz com a participação ativa do hipertensos e coparticipação da família, dos profissionais da saúde e do correto desempenho dos programas de saúde gerenciados pelo Ministério da Saúde.

A Hipertensão Arterial é muito comum, acomete uma em cada quatro pessoas adultas, estima-se que atinja em torno de, no mínimo, 25 % da população brasileira adulta, chegando a mais de 50% após os 60 anos está presente em 5% das crianças e adolescentes no Brasil. É responsável por 40% dos infartos, 80% dos derrames e 25% dos casos de insuficiência renal terminal. As graves consequências da pressão alta podem ser evitadas, desde que os hipertensos conheçam sua condição e mantenham-se em tratamento com adequado controle da pressão (BRASIL, 2017).

Segundo Lomba (2016) na prevenção da Hipertensão Arterial, podemos destacar a realização de exames médicos periódicos, a monitoração ambulatorial da pressão arterial (MAPA), dieta alimentar balanceada, controle da ingestão dos níveis de sal na alimentação e a realização de atividades físicas, evitando-se o sedentarismo.

Uma dieta equilibrada, com a escolha dos alimentos mais adequados, faz toda a diferença para o controle da pressão arterial. O ideal é adquirir um padrão alimentar que deverá fazer parte de um estilo de vida saudável, como o aumento do consumo de fibras, vegetais, cálcio, legumes, verduras e a diminuição da gordura saturada (BRASIL, 2017).

Conforme Lomba (2016) a hipertensão é uma doença grave com sérios riscos para o sistema cardiovascular e um dos principais fatores de risco para o aparecimento de acidente vascular cerebral e coronariano. Um grande problema é que essa doença quase sempre é um achado ocasional, pois seus sintomas passam geralmente despercebidos. Alguns se queixam de leve dor de cabeça na região occipital, visão dupla, palpitação e, após muitos anos, falta de ar e comprometimento de vários órgãos. Um dos motivos por passar despercebida é que em 90% das vezes sua causa não é conhecida (hipertensão essencial ou idiopática). Apenas 10% tem causas conhecidas, facilitando o combate à causa geradora. Essas são as hipertensões secundárias (HAS), que ocorrem geralmente antes dos 30 e após os 50 anos.

Pessoas negras possuem um fator predisponente à HAE, deixando as pessoas afro-brasileiras expostas ao desenvolvimento de uma hipertensão mais severa, como também um

maior risco de ataque cardíaco e morte súbita quando comparadas às pessoas brancas. Pessoas negras parecem apresentar um defeito hereditário na captação celular de sódio e cálcio, assim como em seu transporte renal, o que pode ser atribuído à presença de um gene economizador de sódio que leva ao influxo celular de sódio e ao fluxo celular de cálcio, facilitando deste modo o aparecimento de HAE. Associados ao fator de herança da própria etnia, encontramos os fatores ambientais, tais como o fumo, álcool e estresse, dentre outros que irão se unir ao primeiro e potencializar os riscos para o desenvolvimento da HAE (CRUZ; LIMA, 1999, p. 3).

Segundo Minayo (2002, p.161) “Um município saudável, segundo o consenso atual, é aquele que busca atingir a atenção universal em saúde, o objetivo fundamental da gestão pública é expressar compromisso de governabilidade para melhorar a saúde”.

Para Gomes et al. (2014), a adesão ao tratamento é considerada um processo comportamental complexo fortemente influenciado pelo meio ambiente, indivíduo, profissionais de saúde, assistência médica, que abrange as dimensões biológica, psicológica, socioeconômica e cultural. Observa – se que tanto as orientações de saúde recebidas quanto hábitos e condições de vida como excesso de peso, ingestão de álcool, tabagismo, má alimentação, e estresse, dentre outros, se constituem em fatores de risco para a não manutenção do controle pressórico.

A escolha desse tema se deu a carência de ações educativas em relação a educação em saúde e políticas públicas no município, observamos que esse tema e pouco abordado em Codó, a não adesão ao tratamento, as grandes dificuldades que os hipertensos enfrentam para marcar consultas, receber medicamentos, aderir corretamente o tratamento da doença, por se tratar de pessoas que são muitos pobres e a maioria são pessoas idosas, creio que o município e as equipes de saúde deveria fazer mas ações educativas envolvendo a sociedade em geral, em relação as doenças e os riscos que eles (a) podem correr se não aderir corretamente o tratamento.

Para Santos (2012) a população, principalmente a mais vulnerável à HAS, necessita ampliar o conhecimento sobre os fatores de risco da HAS, para aderir às condutas de controle e tratamento. A intermediação neste processo deve ser feita predominantemente pela educação em saúde, por sua capacidade de transformar indivíduos, tornando – os mais autônomos para tomar as suas decisões sobre o próprio corpo, com base nos conhecimentos cada vez mais aprimorados sobre a saúde, tendo a opção de adotar ou não, hábitos e atitudes saudáveis. O autor ressalta que a educação é ação primordial da atenção básica, pois possibilita a promoção da saúde sendo assim, pode – se admitir que o acompanhamento da pessoa hipertensa, em parceria com a família, implementando com ações educativas, possibilitará adesão desta às

condutas terapêuticas de controle da HAS e demais condutas, como vista à promoção da saúde de si e da família.

Este trabalho teve por objetivo fazer um levantamento dos pacientes que apresentam Hipertensão Arterial e participam do programa Hiperdia na Unidade Básica de Saúde Maria Ferreira no Bairro São Francisco, procurando analisar como é trabalhada a educação em saúde no Município de Codó - MA. A partir daí analisar os perfis dos hipertensos na Unidade Básica de Saúde, investigar meios de prevenção e controle da pressão arterial e por fim fazer um levantamento dos dados dos hipertensos que faz acompanhamento na Unidade Básica de Saúde.

O desenvolvimento deste trabalho se deu segundo os parâmetros de uma pesquisa quantitativa e qualitativa, buscou-se o conhecimento teórico sobre as questões relacionadas a hipertensão arterial em relação a Educação em Saúde e políticas públicas. O estudo foi realizado no Município de Codó-MA entre os meses de abril a junho de 2019 na Secretaria Municipal de Saúde e na Unidade Básica de Saúde Maria Ferreira. Foram entrevistados 33 pessoas com visitas nas residências do Bairro São Francisco com questões relacionadas ao gênero, faixa etária, nível de escolaridade, tratamento, fatores de riscos e as principais causas da Hipertensão.

Para Paulilo (1999), a investigação quantitativa atua em níveis de realidade na qual os dados se apresentam aos sentidos e tem como campo de práticas e objetivos trazer à luz fenômenos, indicadores e tendências observáveis. Já a investigação qualitativa trabalha com valores, crenças, hábitos, atitudes, representações, opiniões e adequa-se a aprofundar a complexidade de fatos e processos particulares e específicos a indivíduos e grupos. A abordagem qualitativa é empregada, portanto, para a compreensão de fenômenos caracterizados por um alto grau de complexidade interna.

O presente estudo está dividido em quatro capítulos: o primeiro a introdução da Hipertensão Arterial, o segundo capítulo aborda a contextualização do município de Codó Maranhão, o terceiro destaca os sintomas, as causas, consequências, tratamento, diagnósticos e a pré-eclâmpsia na gravidez, enquanto o quarto capítulo fala sobre políticas públicas de Saúde e Educação e o quinto capítulo discorre um olhar a partir da educação.

2. CONTEXTUALIZAÇÃO DO MUNICÍPIO DE CODÓ

Codó foi a pequena povoação do século XVIII. O marco inicial da cidade foi a construção de um Armazém de mercadorias, situado à margem esquerda do Rio Itapecuru. Primitivamente o local era habitado pelos índios Barbados e Guaranis. Um dos principais colonizadores a chegar ao município foi o Comendador Luís Henrique, cognominado de “Pau Real”, em 1820 (SILVA, 2013). O povoado foi elevado à categoria de Vila pela Lei Estadual nº 38/38, de 21.07.1838, sancionada pelo Presidente da Província do Maranhão Vicente Tomás Pires de Figueiredo Camargo. A Vila do Codó foi elevada à categoria de Cidade através da Lei Estadual nº 133/96, de 16.04.1896, sancionada pelo Governador Alfredo da Cunha Martins. A origem do nome Codó, relaciona-se com charco, pântano, alagadiço, brejo. Para outros, tem sua origem etimológica em Codorna ou Codorniz, ave que povoava o município nos primeiros tempos (SILVA, 2013).

O atual prefeito é Francisco Nagib Buzar de Oliveira, o vice-prefeito Ricardo Torres e o secretário de saúde Ricardo Torres. Segundo os dados do IBGE a estimativa da população de Codó, no interior do Maranhão, é de 122.597 habitantes (BRASIL, 2017). O atual prefeito é Francisco Nagib Bazar de Oliveira, o vice-prefeito Ricardo Torres e o secretário de saúde Ricardo Torres.

Os fatores de grande importância que contribuíram para o desenvolvimento do município de Codó foram as atividades agrícolas mantidas pelos senhores da aristocracia rural maranhense e por agricultores portugueses instalados na Colônia Petrópolis, numa iniciativa de Francisco Marques Rodrigues, bem como, a imigração de sírios e libaneses, a partir da segunda metade do século XVIII, em especial, dos anos 1887 (SILVA, 2013).

3. HIPERTENSÃO ARTERIAL: SINTOMAS, CAUSAS, CONSEQUÊNCIAS, TRATAMENTO, DIAGNÓSTICO, PRÊ-ECLAMPSIA.

3.1 Sintomas da Pressão Alta

Na maioria dos indivíduos a hipertensão arterial não tem causa e nem sintomas, apesar da coincidência do surgimento de determinados sintomas, que muitos, de maneira equivocada, consideram associados à doença. Por exemplo, dores de cabeça, vômito, agitação e visão borrada podem ser decorrentes de lesões que afetam o cérebro, os olhos, o coração e os rins. Outros como sangramento pelo nariz, tontura, rubor facial e cansaço, na maioria das vezes são comuns apenas quando a pressão sobe muito. (BRASIL, 2017).

3.2 Causas da Pressão Alta

Os principais causadores da hipertensão arterial são: elevado consumo de sal, alimentos industrializados, consumo excessivo de bebidas alcoólicas, obesidade, estresse, níveis altos de colesterol, tabagismo, falta de atividade física, além de fatores emocionais como tensão e ansiedade, além do histórico da doença na família. Sabe-se que a incidência da pressão alta é maior na raça negra, em diabéticos, e conforme o aumento na idade, sendo que dados mostram que no Brasil 388 pessoas morrem por dia por hipertensão arterial (BRASIL, 2013).

3.3 Consequências da Pressão Alta

A pressão alta é um dos principais fatores de risco para a ocorrência de infarto, aneurisma arterial, doenças cardíacas, insuficiência renal crônica e doenças cardiovasculares. Ela pode levar a uma hipertrofia do músculo do coração, causando arritmia cardíaca, angina (dor no peito), perda da visão, entupimento ou rompimento de um vaso no cérebro que leva ao "derrame cerebral" ou AVC e aterosclerose. Os hábitos de vida do indivíduo também são um dos fatores que influenciam nos níveis de pressão arterial, o problema 90% dos casos é herdado dos pais (BRASIL, 2013).

Para Fernandes (2010, p. 110), o “Acidente Vascular Cerebral (AVC) é popularmente conhecido como derrame cerebral e, além de ser uma das principais causas de morte no Brasil é também um distúrbio que envolve muito sofrimento, porque pode deixar sequelas, que alteraram significativamente a qualidade de vida do paciente e de sua família”. O

autor ressalta que a obesidade tem relação direta com a pressão arterial, pois o peso interfere no mecanismo do sistema nervoso simpático que entre várias e outras funções, controla a dilatação e a concentração dos vasos sanguíneos.

Segundo Fernandes (2010, p.96) “doenças cardiovasculares também podem ser hereditárias, pois fatores genéticos provavelmente desempenham algum papel na pressão alta, doença cardíaca e outras condições vasculares”. Entretanto, é provável que pessoas com o histórico familiar de doenças cardiovasculares também compartilhem o mesmo ambiente e mantenham os mesmos fatores de risco.

3.4 Tratamento da Pressão Alta

Apesar da existência de diferentes fármacos nos programas de atenção primária do Sistema Único de Saúde (SUS), a falta de produtos é frequente, resultando na descontinuidade do tratamento e no difícil controle da HAS das classes sociais mais baixas, propiciando o abandono ou a não adesão (LESSA, 2006).

Aferir a pressão regularmente é a única maneira de diagnosticar a hipertensão. Pessoas acima de 20 anos de idade devem aferir a pressão ao menos uma vez por ano. Se houver casos de pessoas com pressão alta na família, deve-se aferir no mínimo duas vezes por ano (BRASIL, 2013).

Diversos fatores podem interferir para que não ocorra adequada adesão ao tratamento, dentre eles destacam-se: a demora do atendimento, ausência de sintomas, normalização da PA, distância do domicílio ao serviço, falta de conhecimento por parte do paciente sobre a doença, dificuldades na marcação de consultas, custo elevado dos medicamentos e ocorrência de efeitos indesejáveis. Considerando que o não acesso aos medicamentos pode ser um fator para a não adesão ao tratamento, o governo federal implantou em 2004 o programa Farmácia Popular do Brasil, em parceria com o setor privado varejista farmacêutico, com o objetivo de viabilizar a dispensação de medicamentos anti-hipertensivos, gratuitamente (COLET et al., 2014).

3.5 Diagnóstico da Pressão Alta

A pressão alta deve ser aferida com o paciente na posição sentada, respeitando um período de repouso de 5 minutos. Medidas com valores iguais ou superiores a 140/90 são consideradas altas, mas não é possível basear o diagnóstico apenas em uma leitura. Muitas vezes são necessárias várias leituras para estabelecer o diagnóstico. Se a leitura inicial apresentar um valor alto, deve-se então, medi-la novamente, em seguida, mais duas vezes e, em pelo menos mais dois outros dias, para assegurar o diagnóstico de hipertensão arterial. As leituras revelam a presença da hipertensão arterial e auxiliam na classificação de sua gravidade (BRASIL, 2017).

3.6 Pré-eclâmpsia na Gravidez

A pré-eclâmpsia ocorre quando uma mulher grávida tem pressão arterial elevada (acima de 140/90 mmHg) a qualquer momento após a sua 20ª semana de gravidez, com desaparecimento até 12 semanas pós-parto. Além da pressão arterial elevada, outras complicações como excesso de proteína na urina e edema devem acontecer para se ter o diagnóstico de pré-eclâmpsia. O nome pré-eclâmpsia foi dado uma vez que essa condição favorece a eclampsia, que é um tipo de convulsão que acontece na gravidez e pode ser fatal para a mãe e bebê (BRASIL, 2019).

A hipertensão arterial em mulheres grávidas constitui um dos principais problemas de pesquisa para a obstetrícia contemporânea, sendo uma das principais causas de mortalidade e morbidade perinatal. Ou seja,

A mensuração isolada da PA continua sendo a principal maneira de diagnóstico da pré-eclâmpsia, condição que pode evoluir e conduzir a um quadro de hemorragia cerebral na gestante e também prematuridade e hipóxia fetal, entre outros. A fim de obter um diagnóstico precoce desta variável é fundamental durante a atividade física (FINKELSTEIN et al., 2006, p.377).

A atividade física na gestação é recomendada na ausência de qualquer anormalidade, mediante avaliação médica especializada e prescrição realizada por um profissional de educação física. Durante uma gestação normal, mulheres praticantes de exercícios podem continuar a fazê-lo, com uma adequada prescrição para cada período gestacional. As mulheres grávidas têm que seguir uma dieta controlada, diminuir o sal na comida, consumir pouco açúcar, diminuir na gordura, ter o peso controlado e fazer exercícios físicos regulares sobre orientação médica, evitando assim uma gravidez sem riscos (FINKELSTEIN et al., 2006).

O tratamento da pressão alta em estado leve durante a gravidez, deve ser focado em medidas não farmacológicas. Já nas formas moderada e grave pode-se optar pelo tratamento usual recomendado para cada condição clínica específica (BRASIL, 2013).

4. POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE E EDUCAÇÃO

Entende-se que desde a antiguidade, é preocupação do homem proteger a saúde, ou seja, a arte de curar por muitos anos ficou entregue a curandeiros, que se incumbiam da assistência a populações. Os maiores problemas de saúde que os homens enfrentaram estiveram relacionados com a natureza da vida comunitária, em destaque temos o controle das doenças transmissíveis, o controle e a melhoria do ambiente físico (saneamento) e a assistência médica. Atenção à saúde limitava-se aos próprios recursos da terra (plantas, ervas) aqueles que, por conhecimentos empíricos (curandeiros) desenvolviam as suas habilidades na arte de curar (POLIGNANO, 2001).

No início do século XX começaram a existir no Brasil as políticas de saúde, com ações sob responsabilidade do Estado. Mas, apenas nos meados de 1900, o governo começou a se preocupar com as condições de vida e de saúde principalmente das populações que moravam nas capitais dos Estados, a principal fonte de renda da economia brasileira era a agricultura de exportação. A partir desse quadro que o governo começa a atuar na saúde pública, preocupado com os trabalhadores das capitais, das cidades portuárias e os que trabalhavam nos portos (VIANA et al., 2012).

No Brasil, a política de saúde pública engloba serviços sanitários que são desenvolvidos pelos Governos Federais, Estaduais, Municipais e, por Fundações Públicas e Privadas, Organizações de Prestação de Serviço Assistencial, Entidades Filantrópicas, Instituições com Fins Lucrativos, Serviços Médico-Hospitalares das Forças Armadas, Empresas de Medicina de Grupo, Cooperativas Médicas, Instituições Universitárias, Sindicatos, Serviços Próprios do Empresariado e outros afins (VIANA et al., 2012).

A Reforma Sanitária surgiu no Brasil em meados da década de 70, foi um movimento da Saúde, justamente no período no qual novos sujeitos sociais que emergiram nas lutas contra ditadura. O movimento constitui-se no processo de amplas mobilizações brasileiras pela redemocratização, expressando a indignação frente as desigualdades. A mercantilização da Saúde configurou-se como uma ação política concentrada em torno de um projeto civilizatório de sociedade inclusiva e solitária (SOUTO et al., 2016).

Na década de 1930, surgiram os Centros de Saúde em todos os estados brasileiros, local onde seriam realizadas as ações de promoção e de proteção à saúde por meio da educação sanitária, que tinha como objetivo implantar hábitos de higiene individual, desde a infância até a fase adulta, passando pelo pré-natal e pela idade escolar. Os centros de saúde sanitárias ficavam perto da população e atuavam de modo constante. Os Centros de Saúde que existem

até hoje em muitas cidades, foram a realização do projeto de criar serviços permanentes (VIANA et al., 2012).

De acordo com a Constituição Federal (BRASIL, 1988) a saúde é direito de todos e dever do estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 2016).

A crise do sistema de saúde no Brasil está presente no nosso dia-a-dia podendo ser constatada através de fatos amplamente conhecidos e divulgados pela mídia. Dentre outros problemas relacionados à saúde destacamos: as filas frequentes de pacientes no serviço de saúde, falta de leitos hospitalares para atender a demanda da população, escassez de recursos financeiros, falta de materiais de saúde operando com eficácia e eficiência, atraso no repasse dos pagamentos do ministério da saúde para os serviços conveniados, baixos valores pagos pelo SUS aos procedimentos médicos hospitalares, aumento de incidência e o ressurgimento de diversas doenças transmissíveis e denúncias de abusos cometidos pelos planos de saúde privado e pelos seguros da saúde (POLIGNANO, 2001).

A atenção primária à saúde (APS) é entendida como o primeiro nível do sistema de Serviços de saúde, devendo funcionar como porta de entrada preferencial com ações resolutivas sobre os problemas de saúde, articulando-se com os demais níveis de complexidade, formando uma rede de serviços (SOUSA et al, 2011, p.51).

Mudanças no perfil epidemiológico e os desafios sociopolíticos e culturais enfrentados nas últimas décadas têm encorajado o aparecimento de novas visões sobre o pensar e o fazer sanitários. Os paradigmas da Saúde coletiva no Brasil e a promoção da saúde nos países em desenvolvimento merecem destaque, já que ambos influenciaram o desenvolvimento do Sistema Único de Saúde que foi adotado pela Constituição Federal de 1988 e normalizado pela Lei nº 8.080 e pela nº 8.142 de 1990, deixando um grupo de sanitaristas que acreditavam na importância do social, da determinação do processo saúde e doença, responsável pela gestão desse sistema (BRASIL, 2016). Ou seja,

As estratégias e os programas na área da promoção à saúde devem adaptar-se às necessidades locais e às possibilidades de cada região, bem como levar em conta as diferenças em seus sistemas sociais, culturais e econômico. A promoção da saúde aponta para a necessidade de se constituírem políticas saudáveis, de se criarem ambientes favoráveis à saúde das pessoas, ao lado do desenvolvimento de habilidades pessoas e do reforço da ação comunitária ((BRASIL, 2016, pag.5).

Promoção da Saúde é nome dado ao processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo. Consequentemente, promoção de saúde não é apenas responsabilidade

de um setor e vai além dos estilos de vida saudáveis, está associada a um conjunto de valores: vida, saúde, solidariedade, equidade, democracia, cidadania, desenvolvimento, participação e parceria, valores que estão inter-relacionados e contribuem para uma melhor qualidade de vida em sociedade (VIANA et al., 2012).

Segundo Almeida, Moutinho e Leite (2014, p.330) “A educação em saúde é um instrumento que contribui para as escolhas conscientes dos usuários, considerando-se os saberes populares, a fim de refletir autonomia e favorecer um cuidado direcionado para suas reais necessidades”. A educação prevê a interação entre as pessoas envolvidas dentro do contexto educativo e destas com o mundo que as cerca, visando a modificação de comportamento de ambas as partes. Porém, é um processo complexo e não existe uma definição única.

Já o termo educação em saúde é um paralelo entre as duas áreas, tendo a educação ocupando-se dos métodos pedagógicos para transformar comportamentos e a saúde dos conhecimentos científicos capazes de intervir sobre as doenças. O termo educação em saúde vem sendo utilizado desde as primeiras décadas do século XX, inicialmente chamada de Educação Sanitária, que surge no Brasil a partir da necessidade do Estado Brasileiro de controlar as epidemias de doenças infectocontagiosas (HORTA, 2018).

Atualmente tanto a saúde quanto a educação buscam caminhos para construir um sujeito em estado de permanente aprendizagem aprendendo a aprender, aprendendo a ensinar e ensinando a aprender, conspirando para o contexto da qualificação das práticas de saúde do SUS (MACHADO et al., 2015).

A educação pode desenvolver no indivíduo a consciência acerca de seus problemas de saúde e da responsabilidade, pela parte que lhe cabe, de seu cuidado. O desenvolvimento da educação em saúde permite gerar transformações, ao modo como tal ação está sendo desenvolvida pelos profissionais com a população. Os conhecimentos sobre saúde devem ser debatidos com os usuários para que, após essa discussão, eles possam optar por uma vida saudável, essa abordagem focaliza a mudança de estilo de vida (ALMEIDA; MOUTINHO; LEITE, 2014).

Educação em saúde preventiva ou tradicional, trabalha com a ideia de que os modos de vida dos indivíduos estão baseados no regime alimentar pobre, falta de exercícios e tabagismo. Nesse novo paradigma, o indivíduo deve ser estimulado a tomar decisões sobre a sua própria vida, com uma noção de autonomia que cria um ideal de autogoverno. O objetivo da prevenção de doenças deve ser alcançado por meio da persuasão aos indivíduos, para que esses adotem um modo de vida ou comportamentos saudáveis. A adoção desse modo de viver é uma questão pessoal e individual (OLIVEIRA, 2005).

Segundo Campos (2018), inserir o paciente nas práticas de cuidado e colaborar na promoção de um estilo de vida mais saudável para o controle da doença, pode causar impacto não somente no dia a dia do mesmo, mas também no hábito da sua família. Assim, o paciente se sente mais instigado a manter o cuidado consigo mesmo, e esse já pode ser considerado um resultado positivo no tratamento e acompanhamento da doença.

Conforme se evidencia uma educação em saúde voltada para o cotidiano, que não se centrou nos conceitos relacionados ao adoecimento, mas procurou discutir sobre a qualidade de vida, na perspectiva da saúde integral.

Educar para a saúde implica ir além da assistência curativa, significa dar prioridade a intervenções preventivas e promocionais. Deste modo, o desenvolvimento de práticas educativas no âmbito do PSF, seja em espaços convencionais, a exemplo dos grupos educativos, ou seja, em espaços informais como consulta médica na residência das famílias em ocasião da visita domiciliar (ALVES, 2005, p. 50).

Segundo Oliveira (2005) na velha saúde pública, a educação em saúde tinha um único enfoque, o da prevenção de doenças. A nova educação em saúde deve superar a conceituação biomédica de saúde e abranger objetivos mais amplos, uma vez que a saúde deixa de ser apenas a ausência de doenças para ser uma fonte de vida.

A educação em saúde é como um processo político pedagógico que requer o desenvolvimento de um pensar crítico e reflexivo, permitindo desvelar a realidade e propor ações transformadoras que levem o indivíduo a sua autonomia e emancipação enquanto sujeito histórico e social capaz de propor e opinar nas decisões de saúde para o cuidar de sua família e da coletividade. Embora esteja intrinsecamente ligada à prática profissional do enfermeiro, ela não deve ser competência exclusiva dessa categoria profissional, ela deve contar com a participação de toda a equipe de saúde (FALKENBERG et al., 2014, p.848).

4.1 Sistema Único de Saúde (SUS)

O Sistema Único de Saúde (SUS) é um dos maiores e mais complexos sistemas de saúde pública do mundo, abrangendo desde o simples atendimento para avaliação da pressão arterial por meio da Atenção Básica, até o transplante de órgãos, garantindo acesso integral, universal e gratuito para toda a população do país. O SUS proporcionou o acesso universal ao sistema público de saúde, sem discriminação (BRASIL, 2013).

Em 1987, foi criado o Sistema Único e Descentralização de Saúde (SUDS), que teve como princípios: a universalização da assistência, a equidade no acesso aos serviços de saúde, a integração e a regionalização dos serviços de saúde, a integralidade dos cuidados

assistenciais, a descentralização das ações de saúde, a integração dos serviços de saúde, a implementação de distritos sanitários e a constituição e o pleno desenvolvimento de instâncias colegiadas gestoras das ações de saúde (VIANA et al, 2012).

De acordo com a Lei nº 8.080/1990 o Sistema Único de Saúde se constitui de um conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público (LEI nº 8.080, 1990, art. 4º).

A gestão das ações e dos serviços de saúde dever ser solidária e participativa entre os três entes da Federação: a União, os Estados e os Municípios. A rede que compõe o SUS é ampla, tanto direcionada as ações quanto aos serviços de saúde, englobando a atenção básica, média e alta, os serviços de urgência e emergência hospitalar, as ações e serviços das vigilâncias epidemiológica, sanitária e ambiental e assistência farmacêutica (BRASIL,2013).

Os cuidados aos indivíduos com pressão alta, com exames e procedimentos mais complexos provenientes dessa doença, são realizados no âmbito da média e alta complexidade pelo SUS. Estes indivíduos devem ser encaminhados para pontos de atenção de densidade tecnológica equivalente e com equipes de saúde preparadas para a abordagem (BRASIL, 2013).

A atenção integral à saúde, e não somente aos cuidados assistenciais, passou a ser um direito de todos os brasileiros, desde a gestação e por toda a vida, com foco na saúde com qualidade de vida, visando a prevenção e a promoção da saúde (BRASIL, 2013).

4.2 Programa Hiperdia

O Hiperdia foi criado por meio Portaria nº 371/GM, em 4 de março de 2002, por um plano de reorganização da atenção a Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus, estabelecendo metas e diretrizes para ampliar ações de prevenção, diagnóstico, tratamento e controle dessas doenças, mediante a reorganização do trabalho de atenção à saúde. Trata-se de reuniões voltadas para hipertensos e diabéticos acompanhados em unidades de saúde nas quais esses pacientes recebem orientação sobre suas doenças, compartilham suas dificuldades e recebem os medicamentos necessários ao tratamento. “Uma meta primordial no direcionamento das ações da equipe de saúde ao hipertenso é garantir a adesão do indivíduo ao tratamento” (GOMES et al., 2010. p. 134).

Os pacientes são atendidos na rede ambulatorial do Sistema Único de Saúde, através do programa Hiperdia que se destina ao cadastramento e acompanhamento de portadores de hipertensão arterial (Hiper) e diabetes mellitus (Dia) em todo país. Tem como objetivos evitar

as desmarcações sucessivas de consultas, diminuir o intervalo entre as consultas de controle, prevenção e diagnóstico, aumentando o acesso aos cuidados e orientações complementares a terapêutica, evitando o uso incorreto de medicamentos pelos pacientes e criando uma rotina com maior responsabilidade e fidelização (BRASIL, 2011).

De acordo com Paula (2011) um dos objetivos desse programa consiste no repasse dos medicamentos aos portadores de Hipertensão Arterial e de Diabetes mellitus. Os medicamentos utilizados para o tratamento dessas doenças são distribuídos pelo SUS. São eles: Captopril 25mg, Hidroclorotiazida 25mg e Cloridrato de Propranolol 40 mg (anti-Hipertensivos); Insulina NPH – 100, Glibenclamida 5 mg e Metformina 850 mg (hipoglicemiantes), (PAULA et al., 2011).

4.3 Programa Saúde na Escola

De acordo com o Ministério da Educação o Programa Saúde na Escola (PSE) é mais do que uma estratégia de integração das políticas setoriais. Propõe-se um novo desenho das políticas de educação e saúde, uma vez que as considera parte de uma formação ampla para a cidadania e usufruto dos direitos humanos. Com base nos documentos normativos do programa, a intervenção permitirá a ampliação das ações realizadas no âmbito da saúde e da educação, visando à atenção integral à saúde de crianças e adolescentes, articulação de saberes, participação de estudantes, pais, comunidade escolar e sociedade em geral na construção e controle social da política (GOMES, 2012).

O papel da Estratégia de Saúde da Família é garantir o acesso e a parceria da escola com a Unidade de Saúde da Família, na realização de ações contínuas e longitudinais. Do mesmo modo, os profissionais da educação podem apoiar essas equipes na utilização e incorporação de ferramentas pedagógicas e educacionais na abordagem da educação em saúde (GOMES,2012). O autor também ressalta que o PSE é uma proposta que pretende exprimir uma nova perspectiva no desenho da política de saúde na escola, ultrapassando as dimensões biométricas do processo de saúde e de doença, tendo como referência o conceito de saúde que engloba os diversos aspectos determinantes da qualidade de vida.

Educação para a saúde na escola significa a formação de atitudes e valores que levam o escolar ao comportamento inteligente, revertendo em benefício de sua saúde e da saúde dos outros. Não se limita a dar conhecimentos, preocupa-se em motivar a criança para aprender, analisar, avaliar as fontes de informações, em torna-la capaz de escolher inteligentemente seu comportamento com base no conhecimento. A escola deve estabelecer comunicação com a

comunidade onde está inserida, trazendo-a para participar de seu programa de saúde, devendo participar ativamente dos programas de saúde da comunidade (MARCONDES, 1972). O autor ressalta que trabalhar a educação em saúde nas escolas é essencial, para a qualidade de vida do ser humano, tendo que ser uma escola sem muros, totalmente aberta e atraente aos membros da comunidade.

4.4 Programa Saúde da Família

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) foi criada em 1994 e tem se fortalecido como uma porta de entrada no Sistema Único de Saúde. No entanto, inicialmente, não era uma estratégia, mas sim um “programa” do Ministério da Saúde, chamado de Programa Saúde da Família – PSF – e regularizado em 1994 (BRASIL, 2018). Devido ao seu impacto positivo na saúde brasileira, teve sua abrangência aumentada, bem como caráter estendido ao nível de estratégia. Desta forma, passa a ser entendido como estratégia a partir do ano de 2003 (BRASIL, 2013).

A Estratégia Saúde da Família (ESF) é composta por uma equipe multiprofissional que possui, no mínimo, um médico generalista ou especialista em saúde da família ou um médico de família e comunidade, um enfermeiro generalista ou especialista em saúde da família, um auxiliar ou técnico de enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde (ACS) (BRASIL, 2013).

A ESF busca promover a qualidade de vida da população brasileira e intervir nos fatores que colocam a saúde em risco, como falta de atividade física, má alimentação, uso de tabaco, dentre outros. Com atenção integral, equânime e contínua, a ESF se fortalece como a porta de entrada do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2013). Conhecer a comunidade é fundamental nessa estratégia pois cada cidade, região ou bairro tem características específicas e, portanto, necessidades diferentes no que diz respeito à saúde.

A Estratégia Saúde da Família como um novo paradigma de promoção da saúde, focado principalmente no estabelecimento de vínculos e criação de laços de compromisso e corresponsabilidade entre os profissionais de saúde e a população (SOUSA et al, 2011).

4.5 Programa Farmácia Popular

O Programa Farmácia Popular do Brasil é criado em 13 de abril de 2004, pela Lei nº 10.858, e regulamentado pelo Decreto nº 5.090, de 20 de maio de 2004. A legislação autoriza a Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) a disponibilizar medicamentos mediante ressarcimento, através de unidades próprias. Funciona por meio do credenciamento de farmácias e drogarias comerciais, aproveitando a dinâmica da cadeia farmacêutica (produção x distribuição x varejo). Os medicamentos para o tratamento de hipertensão, diabetes e asma são dispensados de forma gratuita. Já os demais medicamentos, indicados para dislipidemia (colesterol), rinite, doença de Parkinson, osteoporose, glaucoma e anticoncepcionais, assim como as fraldas geriátricas, são dispensados com até 90% de desconto (BRASIL, 2013).

Em 09 de março de 2006, por meio da Portaria nº 491, o Ministério da Saúde (MS) expande o Programa Farmácia Popular do Brasil, aproveitando a rede instalada do comércio varejista de produtos farmacêuticos, bem como a cadeia do medicamento, são disponibilizados medicamentos contra hipertensão (pressão alta) e diabetes até 90% mais baratos, para identificar se uma farmácia ou drogaria é credenciada basta verificar se há, na frente do estabelecimento, o banner oficial do Programa (BRASIL, 2013).

O Sistema Único de Saúde (SUS) oferece gratuitamente medicamentos nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) e pelo programa Farmácia Popular. Para retirar os remédios, basta apresentar um documento de identidade com foto, CPF e receita médica dentro do prazo de validade, que são 120 dias. A receita pode ser emitida tanto por um profissional do SUS quanto por um médico que atende em hospitais ou clínicas privadas (BRASIL, 2013).

O Programa, uma iniciativa do Governo Federal, cumpre uma das principais diretrizes da Política Nacional de Assistência Farmacêutica, com o objetivo de oferecer mais uma alternativa de acesso da população aos medicamentos considerados essenciais (BRASIL, 2013).

4.6 Unidade Básica de Saúde

A Unidade Básica de Saúde (UBS) é o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e centro de comunicação com toda a Rede de Atenção à Saúde. É instalada perto de onde as pessoas moram, trabalham, estudam e vivem e, com isso, desempenha um papel central na garantia de acesso à população a uma atenção à saúde de qualidade (BRASIL, 2007).

Nas Unidades Básicas de Saúde a equipe dos agentes comunitários de saúde são profissionais que compõe uma equipe multiprofissional nos serviços de atenção básica à saúde, suas atividades transcendem o campo da saúde na medida em que requerem atenção a múltiplos aspectos relacionados as condições de vida da população. Realizam ações de apoio em orientação, acompanhamento e educação popular em saúde a partir de uma concepção de saúde como promoção da qualidade de vida e de desenvolvimento da autonomia diante da própria saúde, interagindo em equipe de trabalho e com os indivíduos, grupos sociais e populações (BRASIL, 2009).

4.7- Programa de Agentes Comunitários de Saúde

O Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) teve início no fim da década de 1980, sendo implantado pelo Ministério da Saúde como uma iniciativa de algumas áreas do Nordeste (e outros lugares, como o Distrito Federal e São Paulo). Na época, a iniciativa visava a busca por alternativas para melhorar as condições de saúde de suas comunidades. Era uma nova categoria de trabalhadores, formada pela própria comunidade, atuando e fazendo parte da saúde prestada nas localidades (BRASIL,2013).

O Agente Comunitário de Saúde tem um papel importante no acolhimento, pois ele é um membro da equipe que faz parte da comunidade, o que ajuda a criar confiança e vínculo, facilitando o contato direto com a equipe. Atenção Primária a Saúde tem a capacidade de resolver grande parte dos problemas de saúde da população, mas em algumas situações há a necessidade de referenciar seus usuários a outros serviços de saúde, cada equipe composta, minimamente, por um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem ou um técnico de enfermagem e ACS, cujo total não deve ultrapassar de 12 pessoas. Essa equipe pode ser ampliada com a incorporação de profissionais de Odontologia: cirurgião-dentista, auxiliar de saúde bucal ou um técnico em saúde bucal. Cabe ao gestor municipal à decisão de incluir ou não outros profissionais as equipes. Essa estratégia visa buscar a melhoria da saúde, com o apoio dos profissionais e com a contribuição da sociedade (BRASIL, 2009).

5. A HIPERTENSÃO EM CODÓ: UM OLHAR A PARTIR DA EDUCAÇÃO

A hipertensão nos dias atuais são consideradas as doenças que mais mata no mundo. No município há uma grande preocupação em relação a essa questão. O campo da educação é essencial para os grandes desafios que a população vem enfrentando na questão de saúde. Educar para a saúde envolve os profissionais da saúde, o campo da educação e a população em geral. Essas ações podem ser desenvolvidas nas unidades básicas de saúde, escolas, em hospitais, locais públicos, ambientes de trabalhos, cabe aos profissionais de saúde, junto com os profissionais de educação e o município criarem meios que envolva a população a ter informações necessárias sobre as doenças, os riscos que elas provocam e as mortes que elas podem causar. Essas ações podem ser feitas através de palestras, rodas de conversas, meios de comunicação, eventos, entregas de panfletos e caminhadas.

A educação se constitui numa das intervenções mais bem sucedidas para melhoria da adesão e autogestão da pessoa com doenças crônicas, especialmente se a proposta educativa estiver centrada nas crenças e preocupações sobre suas condições de saúde e de tratamento. Daí percebe-se a necessidade de um maior número de investigações quanto à mudança de hábitos autorreferidas, no sentido de se avaliar a efetividade e a qualidade das orientações prestadas pelos profissionais de saúde (GOMES et al., 2014)

5.1 Local da Pesquisa

A pesquisa foi realizada na cidade de Codó no estado do Maranhão, junto à Secretaria Municipal de Saúde é a Unidade Básica de Saúde Maria Ferreira no Bairro São Francisco nos meses de abril a junho de 2019. O Município de Codó localizado no leste maranhense.

A sua localização faz com que a cidade seja cortada pela BR-316 e a linha ferroviária São Luís - Teresina que segue até Fortaleza e serve de principal porta de escoamento da produção agroindustrial (CODÓ, 2016).

Dados do Conselho Federal de Medicina (CFM) demonstram que a cidade de Codó investiu apenas R\$ 88,16 na saúde de cada habitante durante todo o ano de 2017, entre os 5.570 municípios do Brasil. No Maranhão, o município de Codó lidera o ranking estadual dos que tiveram menor desempenho na aplicação de recursos da saúde, sendo que é a primeira vez que Codó investe menos de R\$ 100 na saúde de cada habitante nos últimos 5 anos (SILVA, 2019).

O presidente do Conselho Regional de Medicina no Maranhão, Abdon Murad, diz que é preciso investir na qualidade da saúde, pois caso contrário a população deixará de receber os serviços que são essenciais para o seu bem-estar. Ou seja, o Maranhão é muito grande e esse

dinheiro para gastar com uma pessoa por ano é extremamente insignificante perto dos gastos. Se falta dinheiro falta quase tudo porque o medicamento começa a faltar, a reposição de materiais cirúrgicos começa a faltar, compra de fios para a cirurgia começa a faltar, começa a atrasar pagamento de oxigênio, começa a atrasar médicos, enfermeira e técnicos (SOARES, 2018).

5.2 Análise e discussões

Nas análises foram coletados dados de pessoas que sofrem de hipertensão arterial em Codó Maranhão, dados fornecidos pela Secretaria municipal de Saúde, onde também foram feito um levantamento de pessoas que vieram a óbitos entre 2015 à 2019 até o mês de junho, óbitos de mortes por causa básica: Hipertensão, Pré-eclâmpsia e óbitos maternos, foram aplicados 33 questionários em pessoas que sofrem de Hipertensão Arterial, em seguida foram tabulados em tabelas.

Tabela 1. Quantidade de Hipertensos em 2019, conforme dados dos hipertensos da Secretária Municipal de Saúde, fornecidos pelas Unidades Básicas de Saúde da cidade de Codó.

MESES	QUANTIDADE	PORCENTAGEM
Janeiro	1.113	26,5%
Fevereiro	996	23,5%
Março	962	22,5%
Abril	1.157	27,5%

Fonte: Elaborado pelas autoras.

Segundo as informações repassadas pela coordenadora de doenças crônicas da Secretaria Municipal de Saúde, encontram-se instaladas na Cidade de Codó 19 unidades básicas de Saúde, distribuídas na zona urbana e rural, essas UBS têm como objetivo atender as demandas mais simples dos usuários, sendo realizados atendimentos de consultas, recebimentos de medicamentos e acompanhamento de pessoas com doenças crônicas. Os casos mais graves são encaminhados para o hospital da cidade.

De acordo com o a enfermeira chefe da Unidade Básica de Saúde, o programa Hiperdia foi implantado no município de Codó no ano de 2014, esse programa é destinado ao cadastramento e acompanhamento de portadores de Hipertensão Arterial e Diabetes de mellitus.

Os pacientes que são cadastrados pelo programa Hiperdia e são acompanhados pela Unidade Básica de Saúde. Esses pacientes são atendidos pela equipe da Unidade, onde é feita as marcações de consultas de Segunda a Sexta, realizada a aferição da pressão arterial nos pacientes hipertensos, e solicitações de medicamentos a cada 15 dias, devido a demanda ser muito grande de pacientes que fazem o tratamento e recebem o medicamento na unidade básica de saúde os pedidos são feitos duas vezes ao mês.

Os dados da Secretaria de Saúde são fornecidos pelas UBS de cada bairro da cidade, são monitorados e controlados durante os 12 meses do ano. A Secretaria Municipal de Saúde mantém esses dados fornecidos pelas UBS de cada bairro, para monitorar e controlar a quantidade de pessoas que sofrem de doenças crônicas da cidade de Codó.

Ao analisarmos a quantidade de Hipertensos verificamos que no mês de janeiro houve uma quantidade de 26,5% pessoas, no mês fevereiro 23,5%, março 22,5% e abril 27,5%.

Segundo as informações da coordenadora geral de doenças crônicas a quantidade de Hipertensos (Figura 1) seria maior, mas a maioria das pessoas abandonam o tratamento, por esse motivo, não tem como ter um controle geral das pessoas que fazem acompanhamento nas Unidades Básicas de Saúde da Cidade de Codó.

Tabela 2. Quantidade de Hipertensos da Unidade Básica de Saúde no ano de 2019 conforme dados de Hipertensos que faz acompanhamento na Unidade Básica de Saúde Maria Ferreira.

Meses	Feminino	Porcentagem	Masculino	Porcentagem	Total	Porcentagem
Janeiro	40	26%	28	39%	68	30%
Fevereiro	37	24%	15	21%	52	23%
Março	34	22%	7	10%	41	18%
Abril	43	26%	22	30%	65	29%
Total	154		72		226	

Fonte: Elaborado pelas autoras.

Os dados coletados foram sobre a quantidade de pessoas que sofrem de Hipertensão Arterial que são cadastrados no programa Hiperdia na Unidade Básica de Saúde Maria Ferreira localizada no Bairro São Francisco. Os pacientes cadastrados no programa Hiperdia, tem o acompanhamento na unidade, realizam consultas com o médico, recebem medicamentos gratuitamente na UBS ou através do programa Farmácia Popular do Brasil, instalados nas farmácias credenciadas pelo Ministério da Saúde.

No mês de janeiro tiveram 26% em mulheres e 39% em homens, fevereiro 24% em mulheres e 21% em homens, março 22% em mulheres e 10% em homens, durante o mês de abril 26% em mulheres e 30% em homens. Observou-se que o mês de janeiro, a demanda por consultas foram em maior proporção.

Segundo as informações da enfermeira Chefe da Unidade Básica de Saúde Maria Ferreira, os pacientes que mais abandonam o tratamento são do sexo masculino, ressalta também que a desistência dessas pessoas em abandonar o tratamento dificulta o controle e o monitoramento da doença na Cidade de Codó.

Tabela 3. Organização da Idade e do gênero dos hipertensos, conforme dados sobre acompanhamento na Unidade Básica de Saúde Maria Ferreira no ano de 2019.

Idade/gênero	Masculino	Porcentagem	Feminino	Porcentagem	Total	Porcentagem
21-30	1	2%	3	3%	4	2,8%
31-40	4	8,5%	8	8%	12	8,4%
41-50	6	13%	9	9,5%	15	10,5%
51-60	15	32%	19	20%	34	23,8%
61-70	9	19%	24	25%	33	23%
71-80	4	8,5%	20	21%	24	16,8%
81-90	8	17%	12	12,5%	20	14%
91-100	0	0%	1	1%	1	0,7%
Total	47		96		143	

Fonte: Elaborado pelas autora

Ao analisamos os dados identificamos que 96 mulheres frequentaram a Unidade Básica de Saúde Maria Ferreira. Observou-se que o gênero feminino tem maior proporção quando comparado ao masculino. A quantidade de homens por faixa etária que fazem o tratamento na UBS foram de 47 hipertensos. O total de pacientes entre homens e mulheres que frequentaram a unidade entre o mês de janeiro a abril foram 143 hipertensos.

Em relação a faixa etária, as mulheres que apresentam idade entre 61 a 70 anos, 25% são predominantes, enquanto os homens a faixa etária que mais prevaleceu foi entre 51 a 60 anos de idade 32% apresentam hipertensão. Observou-se que as pessoas com mais idades aderem tratamento, e fazem acompanhamento na UBS.

Tabela 4. Aspectos sociais dos Hipertensos da Cidade de Codó - MA

Variáveis	Quantidade	Porcentagem
SEXO		
Homem	14	42,5%
Mulher	19	57,5%
TOTAL	33	
IDADE		
21-30	1	7%
31-40	3	21,5%
41-50	0	0%
51-60	0	0%
61-70	0	0%
71-80	8	57,5%
81-90	1	7%
91-100	1	7%
TOTAL	14	
RAÇA		
Negra	14	42,5%
Parda	13	39,5%
Amarela	4	12%
Branca	2	6%
Indígena	0	0%
TOTAL	33	
ESCOLARIDADE		
Ensino Fundamental Completo	1	3%
Ensino Fundamental Incompleto	10	30,5%
Não alfabetizado	14	42,5%
Ensino Médio Completo	2	6%
Ensino Médio Incompleto	4	12%
Ensino da Cartilha ABC	1	3%
Ensino Braile	1	3%
TOTAL	33	
QUANTAS VEZES VOCÊ REALIZOU CONSULTA MÉDICA NESSE ANO PARA ACOMPANHAR A PRESSÃO ARTERIAL		
33 entrevistados	33	100%
TOTAL		
TABAGISMO		
Fuma	8	24,5%
Parou de fumar	9	27%
Nunca fumou	16	48,5%
TOTAL	33	
ATIVIDADES FÍSICAS		
SIM	15	45,5%

NÃO	18	55,5%
TOTAL	33	
ALGUMA VEZ TEVE PROBLEMAS NO CORAÇÃO		
SIM	14	42,5%
NÃO	19	57,5%
TOTAL	33	
VOCÊ JÁ SOFREU AVC? QUANTOS		
SIM	11	33,5%
NÃO	22	66,5%
TOTAL	33	
VOCÊ FAZ DIETA ALIMENTARES		
SIM	23	70%
NÃO	10	30%
TOTAL	33	
VOCÊ FAZ ACOMPANHAMENTO NAS UBS DA CIDADE?		
SIM	27	82%
NÃO	6	18%
TOTAL	33	
SEGUE O TRATAMENTO?		
SIM	20	60%
NÃO	7	22%
NÃO RESPONDEU	6	18%
TOTAL	33	
USA MEDICAMENTOS PARA CONTROLAR A PRESSÃO?		
SIM	32	97%
NÃO	1	3%
TOTAL	33	
VOCÊ RECEBE OS MEDICAMENTOS GRATUITAMENTE OU OS COMPRA		
SIM	29	88%
NÃO	1	3%
RECEBE E COMPRA	2	6%
NÃO RESONDEU	1	3%
TOTAL	33	
SOBRE FATORES HEREDITÁRIOS, SUA FAMÍLIA E HIPERTENSA		
SIM	27	82%
NÃO	6	18%
TOTAL	33	
ALGUÉM DE SUA FAMÍLIA JÁ MORREU DE DOENÇAS CARDIOVASCULARES, OU JÁ SOFREU AVC		
SIM	22	66,5%
NÃO	11	33,5%
TOTAL	33	
VOCÊ CONSOME ALGUM TIPO DE BEBIDA ALCOÓLICA		
SIM	7	21%
NÃO	25	76%
BEBEU MAS PAROU	1	3%
TOTAL	33	

Fonte: Elaborado pelas autoras

Em relação ao sexo 42,5 % são homens e 57,5 % são mulheres que sofrem de hipertensão arterial, quanto a idade 7 % tem entre 21 a 30 anos, 21,5% tem entre 31 a 40, 0 % tem entre 41 a 50, 0 % tem entre 51 a 60, 0 % tem entre 61 a 70, 57,5 % tem entre 71 a 80, 7 % tem entre 81 a 90, 7 % tem entre 91 a 100, quanto a raça 42, 5% são negras, 39, 5% são pardas, 12% são amarela, 6% são branca, 0% são indígena.

Quanto ao nível de escolaridade 3 % responderam que tem o ensino fundamental completo, 30,5% tem o ensino fundamental incompleto, 42,5% dos entrevistados (a) responderam que nunca estudaram por falta de oportunidade, devido ser pessoas muito humildes, por esse motivo, tiveram que trabalhar muito cedo para sustentar a família, 6 % responderam que tem o ensino médio completo, 12 % responderam que tem o ensino médio incompleto 3 % responderam que estudou o ABC e a Cartilha, 3 % responderam que não estudaram, devido ter problema de cegueira e não teve oportunidade de estudar, mas agora está estudando em Braille.

No que diz respeito ao grande índice de pessoas com baixa escolaridade, dos 33 entrevistados 42, 5 % não tem escolaridade, o que se torna mais preocupante em relação a saúde, pois se torna mais difícil aderir o tratamento, sem ter conhecimento suficiente da doença, em relação a faixa etária 57, 5 %, tem entre 71 à 80 anos, de acordo com os dados a faixa etária que tem hipertensão e aderi o tratamento em relação a doença e as pessoas idosos.

Segundo Gomes et al. (2014), os indivíduos de baixa escolaridade e com doenças crônicas apresentam dificuldades tanto no entendimento da receita como nas informações obtidas na bula do medicamento no que diz respeito a dosagem correta, indicações, contraindicações e advertências, uma vez que essas limitações de compreensão aumentam o risco de erros com a medicação.

Tabela 5. Dados das perguntas e respostas dos Hipertensos

Perguntas	Respostas
<p>1- Quantas vezes você realizou consulta médica nesse ano para acompanhar a Pressão Arterial?</p>	<p><i>100% responderam que vão as consultas médicas mensalmente, eles controlam a pressão de tempo em tempo. Alguns entrevistados nos relataram, que não podem ir a UBS, porque estão debilitados, mas o médico (a) fazem as visitas e o acompanhamento domiciliar.</i></p> <p><i>Alguns dos entrevistados nos relataram, que participam do Programa Hiperdia e nos disseram que tem acompanhamento dos agentes comunitários de saúde do Bairro. Esses agentes aferi a pressão) regulamente, verifica a receita, caso precisa trocar a medicação os agentes de Saúde já informam a eles, e verifica-se o cartão do SUS está em dia, caso não esteja, eles fazem o cadastro, depois de alguns dias eles recebem em sua residência ou fazem o cadastro em uma unidade do viva cidadão.</i></p> <p><i>Alguns responderam quando a pressão está alta os agentes de Saúde ligam para o SAMU – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência, para fazer o atendimento necessário na própria residência.</i></p>
<p>2-Em relação ao tabagismo O(a) Sr.(a) fuma? O(a) Sr.(a) parou de fumar? O(a) Sr.(a) nunca fumou?</p>	<p><i>Foram perguntados em relação ao tabagismo se eles(as) fumam ou já fumaram, nunca fumaram, 24,5% pessoas responderam que fumam, 27% responderam parou de fumar, 48,5% pessoas responderam que nunca fumaram.</i></p>
<p>3-Você pratica atividades físicas?</p>	<p><i>45,5% pessoas responderam que praticam atividades físicas, por causa da recomendação do médico.</i></p> <p><i>55,5% pessoas responderam que não fazem nenhuma atividade física, eles (as) nos relataram que são conscientes da prática de exercícios físicos, ainda disseram que é essencial para a saúde, mas os 100% entrevistados responderam que tem preguiça, ou seja, não tem tempo porque trabalham.</i></p>
<p>4-Alguma vez teve problemas no coração?</p>	<p><i>42,5% pessoas responderam que tem problemas de coração, pois eles (as) já nasceram esses problemas, outros nos relataram, que descobriram o problema recentemente.</i></p> <p><i>57,5% pessoas responderam que não tem problema de coração, alguns nos relataram que tem tantos problemas de saúde, ou seja, apresentam outros tipos de doença, mas por enquanto o coração deles (as) estão funcionando normalmente.</i></p> <p><i>A maioria dos entrevistados responderam que vivem com esses problemas a vários anos e seguem o tratamento.</i></p>

5- Você já sofreu AVC? Quantos?

33,5% das pessoas responderam que já sofreram AVC, uma das 11 entrevistada respondeu que sofreu um derrame, quando era criança e os demais responderam que já sofreram mais de um derrame cerebral, 66,5% responderam que nunca sofreram AVC.

6-Você faz dieta alimentares?

70% das pessoas responderam que fazem dieta alimentar, 30% das pessoas responderam que não fazem dieta, eles (as) tem consciência que tem que diminuir o excesso de sal, açúcar e comidas gordurosas, mas eles(a) não consomem esse tipo de alimentação. Alguns nos relataram que não gostam do tipo de comida que os médicos e nutricionistas recomendam, outras nos relataram que preferem comidas, mas pesadas.

7.Você faz acompanhamento nas UBS da Cidade? Segue o tratamento?

*82% das pessoas responderam que faz acompanhamento na UBS, e 18% pessoas responderam que não fazem o acompanhamento.
Foi perguntado se seguem o tratamento correto 60% das pessoas nos relataram que vão mensalmente ou todos os dias, alguns disseram que vão todos os dias, porque a pressão fica muito alta e o médico recomenda ir todos os dias para poder monitorar e controlar a pressão
22% das pessoas responderam que não seguem o tratamento corretamente, porque o certo é ir todos os meses para se consultar, eles só vão quando é para trocar a receita para pode receber o medicamento. 18% pessoas não responderam aos questionários*

8.Usa medicamentos para controlar a pressão?

97% pessoas responderam que usam o medicamento e 3% pessoa respondeu que sabe que precisa do medicamento para controlar a pressão, mas não usa.

9.Você recebe os medicamentos gratuitamente ou os compra?

88% pessoas responderam que recebem gratuito os medicamentos, 3% não recebe, 6% pessoa respondeu que recebe e compra os medicamentos e 1 respondeu que compra o medicamento, 3% entrevistado que não quis responder.

10.Sobre fatores hereditários, sua família e hipertensa

82% das pessoas responderam que sua família é hipertensa e 18% das pessoas falaram que não tem familiares que apresentam essa patologia.

11. Alguém de sua família já morreu de doenças cardiovasculares, ou já sofreu AVC?

66, 5% pessoas falaram que já perdeu mais de um familiar devido essas doenças e 33,5% pessoas falaram que não se lembra. Foi perguntado se algum familiar morreu de doenças cardiovasculares ou AVC.

12. Você consome algum tipo de bebida alcoólica?

21% das pessoas falaram que já beberam, 76% das pessoas falaram que nunca beberam, 1 dos 100 % das pessoas entrevistados falou que bebeu mas parou, devido ser hipertenso e apresentam outras doenças.

Fonte: Elaborado pelas autoras.

As entrevistas foram realizadas nas residências localizadas no Bairro São Francisco, o questionário foi aplicado em ruas diferentes durante o mês de junho de 2019, foram elaborados 33 questionários.

No decorrer da entrevista percebemos que alguns dos entrevistados não tem informações suficientes sobre a doença, um dos fatores fundamental está relacionado a escolaridade, devido ser pessoas idosas que não estudaram e que não tem conhecimento suficiente de controlar a doença. Acabam que abandonando o tratamento ou não seguindo correto. A participação da família é essencial em relação ao tratamento, procurando assim acompanhar a pessoa hipertensa, olhar se os medicamentos estão corretos, acompanha nas atividades físicas, na alimentação, durante as entrevistas podemos observar que principalmente os idosos não tem acompanhamento da família, se percebi – se que um dos fatores fundamental para as pessoas não aderir corretamente o tratamento tem haver com a participação da família, pois a partir do momento que a família incentiva a pessoas que tem hipertensão ou outro tipo de doença eles (a) vão buscar meios de cuidarem.

Vale destacar também que os níveis de escolaridade, estão relacionados com as pobres condições financeiras, afetando diretamente o seguimento do tratamento corretamente.

Tabela 6. Frequência por faixa etária segundo ano do óbito – Hipertensão de todos os tipos, causa básica original: 2015-2019 /Codó –MA

Ano do óbito/Idades	2015	2016	2017	2018	2019	Porcentagem	Total
20-29	0	1	0	0	0	0,7%	1
30-39	0	2	1	0	0	2,1%	3
40-49	1	1	0	1	0	2,1%	3
50-59	2	2	6	2	1	9,1%	13
60-69	7	6	6	3	3	18%	25
70-79	5	12	8	8	2	25%	35
80 e +	10	17	14	16	4	43%	61
Total	25	41	35	30	10		141

Fonte: Sistema de Informação sobre Mortalidade DATA: 03/07/2019

Fornecido por: Waldson Santos da Silva, Francisco Rangel Oliveira Silva.

Dados fornecidos pela Secretária Municipal de Saúde (SEMUS) foram das pessoas que sofriam de Hipertensão Arterial e vieram a falecer nesses anos. Em relação a faixa etária, no ano de 2019 a prevalência de óbitos em idosos foram maiores, registrados 43% óbitos em relação ao ano de 2015 de 2018, não tiveram tantos óbitos. A faixa etária das pessoas que vieram a óbitos, com maior recorrência está no ano de 2016, sendo que 41 pessoas vieram a falecer nesse ano com a faixa etária de 80 a 89 anos.

Tabela 7. Frequência por Sexo segundo o ano do óbito – Hipertensão de todos os tipos, causa básica original: 2015-2019 /Codó – Ma

Ano do Óbito	Masculino	Porcentagem	Feminino	Porcentagem	Total	Porcentagem
2015	17	22%	8	12,50%	25	18%
2016	24	31%	17	26,56%	41	29%
2017	18	23%	17	26,56%	35	25%
2018	12	16%	18	28,13%	30	21%
2019	6	8%	4	6,25%	10	7%
Total	77		64		141	

Fonte: Sistema de Informação sobre Mortalidade DATA: 03/07/2019

Fornecido por: Waldson Santos da Silva, Francisco Rangel Oliveira Silva.

Ao analisar os dados observamos que no ano 2015 vieram a falecer 22% do sexo masculino, sexo feminino 12,50% ano 2016 sexo masculino 31%, sexo feminino 26,56%, ano de 2017 sendo do sexo masculino 23% feminino 26,56%, ano de 2018 16% sexo masculino e 28,13% sexo feminino já no ano de 2019 até o mês de junho 8% do sexo masculino e 6,25% do sexo feminino, percebe – se que nos anos de 2016, 2017 e 2018 a prevalência de mortes foi maior em mulheres. Em relação ao sexo a ocorrência de óbitos no ano de 2016 foi maior entre os homens, sendo 31% em homens que vieram falecer, comparando aos outros anos que a prevalência é menor. As causas básicas de pessoas que vieram a óbitos estão relacionadas a doenças hipertensivas, os dados mostram que entre 2015 a 2019. Os dados do ano de 2019, morreram 141 pessoas, sendo 77 homens e 64 mulheres. Observou-se a tabela 6 que a faixa etária é de 80 a 99 anos, de ocorrências de óbitos registrados são de 41 pessoas, na tabela 7 percebe-se que o números de óbitos no ano de 2016 foi maior em mulheres.

Tabela 8. Frequência por Raça/Cor segundo o ano do óbito – Hipertensão de todos os tipos, causa básica original:2015-2019 Codó - Ma

Ano do óbito	Branca	Preta	Parda	Não informado	Porcentagem	Total
2015	1	6	18	0	18%	25
2016	5	8	28	0	29%	41
2017	3	6	26	0	25%	35
2018	2	4	23	1	21%	30
2019	1	0	9	0	7%	10
Total	12	24	104	1		141

Fonte: Sistema de Informação sobre Mortalidade DATA: 03/07/2019

Fornecido por: Waldson Santos da Silva, Francisco Rangel Oliveira Silva.

Em relação a Raça/Cor as pessoas que mais vieram a óbitos são os pardos, sendo 41 pessoas no ano de 2016 que faleceram por complicações dessa patologia, no ano de 2015 a 2019 até o mês de junho foram 104 pessoas da mesma raça que tinham Hipertensão Arterial, percebe-se na tabela 6, 7 e 8 o ano que mais morreram pessoas com Hipertensão arterial foi no ano de 2016. Conclui-se que as variáveis das tabelas são de pessoas hipertensas que e está relacionada a raça, a idade o sexo.

Tabela 9. Frequência por pré-eclâmpsia e óbitos maternos segundo o ano do óbito – Eclâmpsia de todos os tipos, causa básica original: 2015-2019/Codó – Ma.

Ano do óbito	Quantidade	Porcentagem
2016	2	100%
Total	2	

Fonte: Sistema de Informação sobre Mortalidade DATA: 03/07/2019

Fornecido por: Waldson Santos da Silva, Francisco Rangel Oliveira Silva.

Observou-se os dados da tabela nº 9 o município de Codó, foram registrados 2 óbitos maternos por pré-eclâmpsia no ano de 2016, a causa das mortes foi lesão encefálica abnóxia, não classificada em outra parte, devido ou como consequência de: Edema pulmonar, não específico de outra forma devido como consequência: 1 morte por eclampsia no puerpério, 1 morte por Pré-eclâmpsia grave.

Para Costa et al. (2005), a maioria dos casos de edema pulmonar em gestantes hipertensas está associada à hipertensão de difícil controle. Na pré-eclâmpsia, a etiologia do edema pulmonar parece ser multifatorial e sua frequência é maior após parto, associado à infusão excessiva de líquidos. Durante a gestação, o edema pulmonar está mais associado ao

uso de beta – adrenérgicos, medicamento popularmente utilizado para inibir contrações uterinas no trabalho de parto pré-termo. O diagnóstico e o tratamento do edema pulmonar na gestação são semelhantes ao de paciente não-gestantes.

Tabela 10. Frequência por óbitos maternos segundo o ano do óbito – óbitos maternos declarados de todos os tipos, causa básica original: 2015 a 2019-Codó – Ma.

Ano do óbito	Quantidade	Porcentagem
2015	1	7,5%
2016	4	31%
2017	5	38,5%
2018	2	15,5%
2019	1	7,5%
Total	13	

Fonte: Sistema de Informação sobre Mortalidade DATA: 03/07/2019

Fornecido por: Waldson Santos da Silva, Francisco Rangel Oliveira Silva.

Em relação as mulheres que vinham a óbitos: ocorreram 13 mortes por Septicemia não especificada devido ou como consequência de: outras infecções puerperais especificadas, devido ou como consequência de Eclampsia no puerpério. O ano de 2017 ocorreu o maior índice de óbitos maternos no município de Codó, foram registradas 38,5% de óbitos, causada por Hipertensão Arterial e Hipertensão Arterial pré-existente à gestação, no ano de 2015 foram registrados 7,5 % de óbitos, 2016 foram registrados 31% de óbitos, em 2017 foram registrados 38,5% de óbitos, em 2018 foram registrados 15,5% de óbitos, em de 2019 foram registrados 7,5 % mulheres que vieram a orbito.

Para Botelho (2014) a mortalidade materna é uma das mais graves violações dos direitos humanos das mulheres, por ser uma tragédia evitável em 92 % dos casos e por ocorrer principalmente nos países em desenvolvimento. É definida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como a morte de uma mulher durante ou dentro de um período de 42 dias após o término da gestação, devido qualquer causa relacionada com ou agravada pela gravidez ou por medidas em relação a ela, porém não devido a causas acidentais ou incidentais.

Segundo Costa et al. (2005), a hipertensão arterial e percebida antes da 20^o semana de gravidez ou que persiste 12 semanas pós – parto é classificada como hipertensão arterial sistêmica (HAS) crônica, não - especifica da gestação. Essas pacientes em geral têm HAS essencial. A pré – eclampsia (PE) é a doença hipertensiva especifica da gravidez (DHEG), que

manifesta – se após a 20ª semana de gestação, com presença de proteinúria significativa. Os principais fatores de risco para desenvolvimento são: hipertensão crônica, primigestação, diabetes, colágenose, raça negra, obesidade e trombofilas.

Quando se fala nas questões relacionadas a saúde, temos que ter em mente que não envolve só o campo da medicina e sim a população em geral, indivíduo portador de qualquer doença independente da raça, do gênero das condições financeiras. Uma das observações feitas durante as coletas de dados foi que os hipertensos não tem conhecimento suficientes em relação as doenças, há uma grande preocupação nessa questão, percebe-se que falta mais incentivos dos profissionais de saúde, cabe a eles incentivarem a população sobre as doenças, os riscos que elas correm a não aderir o tratamento correto, a pratica exercícios físicos, mudanças de hábitos alimentares, tem que criarem novas estratégias que orientam a população sobre as doenças, sair das Unidades Básicas de saúde e ir para comunidade tendo assim troca de saberes entre ambos, procurando assim saber as dificuldades do indivíduo, há uma grande ausência dos profissionais de saúde no município, no decorrer das nossas análises procuramos identificar com os usuários quais são as dificuldades que eles enfrentam em relação a doença, eles relataram que são as marcações de consultas, recebimentos de remédios, aderir uma alimentação saudável e a questão da ausência familiar, muitos falaram que não tomam os medicamentos corretos porque não sabem ler e tem medo de tomar o medicamento errado, em relação esses fatores há grandes preocupações relacionadas os fatores que levam esses indivíduos a não adesão do tratamento.

Percebe-se que há uma carência não só dos profissionais de saúde mas também da família, nesse contexto ambos tem que incentivarem essas pessoas em relação a doença, criar meios no qual o indivíduo tenha consciência em relação a sua saúde.

Segundo Oliveira e Gonçalves (2004), para alcançar um nível adequado de saúde, as pessoas precisam saber identificar e satisfazer suas necessidade básicas. Devem ser capazes de adotar mudanças de comportamentos, práticas e atitudes, além de dispor dos meios necessários à operacionalização dessas mudanças. Neste sentido a educação em saúde significa contribuir para que as pessoas adquiram autonomia para identificar e utilizar as formas e os meios para preservar e melhorar a sua vida. Considerando que a educação em saúde está relacionada à aprendizagem, desenhada para alcançar a saúde, torna – se necessário que esta seja voltada para atender a população de acordo com sua realidade. Isto porque a educação em saúde deve provocar conflito nos indivíduos, criando oportunidade da pessoa pensar e repensar a sua cultura, e ele próprio transformar a sua realidade.

Para Coutinho e Souza (2012), a adesão ao tratamento é complexa e envolve vários fatores: características do usuário, características da doença, costumes culturais e de vida

(percepção da seriedade do problema, desconhecimento); tratamento medicamentoso (efeitos indesejáveis, esquemas complexos); dificuldades institucionais (acesso, tempo de espera e de atendimento); e relacionamento com a equipe de saúde. Os fatores culturais influenciam na percepção e na adesão ao tratamento, determinam quais sinais e sintomas são percebidos como “anormais” e originam um padrão de adoecimento para o doente e para o doente e para aqueles que o cercam, deste modo, o enfrentamento da cronicidade da hipertensão envolve a compreensão dos doentes, de acordo com suas percepções de saúde/doença, e do apoio que recebem dos profissionais da saúde. Seu controle abrange a co-participação ativa da família e do desempenho dos serviços de saúde.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

As políticas públicas do município, precisam estar mais centradas na Atenção à Saúde Integral, nos investimentos da qualidade de vida dos indivíduos, e assim criando ações mais eficientes, para combater os fatores de riscos das doenças nas gerações futuras, percebe-se que o município precisa inserir a comunidade nas ações educativas e promovendo a saúde da sociedade. Essas políticas de Saúde venham garantir práticas educativas voltados ao modo de vida da comunidade, como ter hábitos alimentares saudáveis, prevenção de doenças e conscientização dos fatores de riscos das doenças crônicas e outros tipos de doenças.

Segundo Gomes et al. (2014), dessa forma, torna-se necessário investir na melhoria da qualidade da atenção oferecida à população, aperfeiçoando o acolhimento dos usuários, aumentando a resolutividade em toda a rede de serviços, incentivando a responsabilização dos profissionais e equipes de saúde pelo cuidado dos pacientes, integrando os serviços através de linhas de cuidado e maior articulação entre os vários níveis do sistema local de saúde.

A Educação em Saúde é compreendida como processo de transformação que desenvolve a consciência crítica das pessoas a respeito de seus problemas de saúde e estimula a busca de soluções coletivas para resolvê-los. A prática educativa, assim entendida, é parte integrante da própria ação de saúde e, como tal, deve ser dinamizada em consonância com este conjunto, de modo integrado, em todos os níveis do sistema, em todas as fases do processo de organização e desenvolvimento dos serviços de saúde (STEFANINI, 2004, p.3).

Um dos objetivos da educação é tornar interior às pessoas uma cultura que as antecede. No entanto, essa cultura é colocada no singular, como se existisse apenas uma: a dominante. A educação em saúde tradicionalmente age nesse sentido, reduzindo os indivíduos a seres que devem se adaptar a essa cultura e às regras que ela impõe. Para que as pessoas possam fazer escolhas mais saudáveis de vida, é necessário que haja um processo de interação entre o conteúdo teórico e a experiência de vida de cada um e o estabelecimento da confiança e da vinculação do usuário ao serviço de saúde e ao profissional (ALVES; AERTS, 2007, p. 321).

Conclui-se que a hipertensão Arterial no Município é uma questão que ainda deve ser repensada pelos órgãos públicos do município e a sociedade, em questão dos programas de saúde há uma grande ausência, a falta de divulgações desses programas acaba interferindo na adesão ao tratamento, pode-se perceber ao longo da pesquisa que o usuário participar do programa mas não conhece. Por isso é uma questão que deve ser repensada, divulgar os

programas de saúde que são implantados no município, divulgar as doenças, os fatores de risco, incentivar a sociedade a participar desses programas, criar meios que envolvam a sociedade.

Concluimos nossa pesquisa de forma satisfatória, falamos da Hipertensão, as causas, os sintomas, tratamento, ressaltamos as políticas públicas, falamos da importância da educação em saúde, foi feito um levantamento de pessoas hipertensas e que participam do programa hiperdia, aplicamos o questionário, e coletamos dados de pessoas que vieram a óbitos no município nos anos de 2015 à 2019 de pessoas hipertensas que vieram a morrer.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALMEIDA, E. R.; MOUTINHO, C. B.; LEITE, M. T. S. A prática da educação em saúde na percepção dos usuários hipertensos e diabéticos. **Saúde em debate**, v. 38, p. 328-337, 2014.
- ALVES, G. G.; AERTS, D. As práticas educativas em saúde e a Estratégia Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, p. 319-325, 2011.
- ALVES, V. S. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. **Interface-Comunicação, saúde, educação**, v. 9, p. 39-52, 2005.
- BOTELHO, N. M. **Causas de morte materna no Estado do Pará, Brasil**. CEP, v. 66087, p. 670, 2014. Disponível em: <<<http://www.scielo.br/pdf/rbgo/2014nahead/0100-7203-rbgo-s0100-720320140004892.pdf>>. Acesso em: 08 jun. 2019.
- BRASIL, **Constituição Federal do Brasil, Saúde**. 2016. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm>. Acesso em: 07 abr. 2019.
- BRASIL, **Programa Saúde Fácil**. 2011. Disponível em: <<https://www.programasaudefacil.com.br/posts/o-que-e-hipertensao-arterial>>. Acesso em: 12 maio 2019.
- BRASIL, Sociedade Brasileira de Hipertensão. 2017. **O que é Hipertensão**. Disponível em: <<http://www.sbh.org.br/>>. Acesso em: 07 abr. 2019.
- BRASIL, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Codó**. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ma/Codó/panorama>>. Acesso em: 08 jul. 2019.
- BRASIL. Datasus de Departamento de Informática do Sus. **Hiperdia**. 2011. Disponível: <<http://datasus.saude.gov.br/sistemas-e-aplicativos/epidemiologicos/hiperdia>>. Acesso em: 07 jul. 2019.
- BRASIL. **Estratégia Saúde da Família**. 2018. Disponível em: <<https://www.politize.com.br/programas-do-sus-algumas-iniciativas-do-governo-federal/>>. Acesso em: 07 jul. 2019.
- BRASIL. Grupo Leforte. **Hipertensão: como a alimentação pode ajudar na prevenção e combate**. 2018. Disponível em: <<https://www.leforte.com.br/dieta-hipertensao-pressao-alta/>>. Acesso em: 17 jun. 2019.
- BRASIL. Lei Orgânica da Saúde. **Do sistema único de saúde**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm>. Acesso em: 07 abr 2019.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Agente Comunitário de Saúde**. 2013. Disponível em: <<http://portalms.saude.gov.br/ações-e-programas/saúde-da-família/agente-comunitário-de-saúde>>. Acesso em: 16 jun. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estratégia Saúde da Família (ESF)**. 2013. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/ações-e-programas/saude-da-familia/sobre-o-programa>>. Acesso em: 16 jun. 2019.

BRASIL. Ministério da saúde. **Hipertensão (pressão alta): causas, sintomas, diagnóstico, tratamento e prevenção**. 2013. Disponível em: <<http://portalms.saude.gov.br/saude-de-a-z/hipertensao>>. Acesso em: 07 abr. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portal da Saúde. **Sistema Único de Saúde (SUS): estrutura, princípios e como funciona**. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/sistema-unico-de-saude>>. Acesso em: 16 jun. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Farmácia Popular**. Disponível em: <<http://portalms.saude.gov.br/ações-e-programas/farmácia-popular/elenco/693-aco-es-e-programas/40176-farmacia-popular>>. Acesso em: 16 jun. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria de Atenção à Saúde**. Brasília: Departamento de Atenção Básica. 84p., 2009. (Série F. Comunicação e Educação em Saúde).

BRASIL. Ministério do Planejamento. **Unidade Básica de Saúde**. 2007. Disponível em: <<http://www.pac.gov.br/infraestrutura-social-e-urbana/ubs-unidade-basica-de-saude>>. Acesso em: 16 jun. 2019.

BRASIL. **Pré-eclâmpsia: tratamentos, exames e riscos para o bebê**. Disponível em: <<https://www.minhavidacom.br/saude/temas/pré-eclâmpsia>>. Acesso em: 15 jun. 2019.

BRASIL. Promoção da Saúde. **Propostas do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) para sua efetivação como política pública no Brasil**. Disponível em: <<https://www.conass.org.br/promoção-da-saude/>>. Acesso em: 14 jun. 2019.

BRASIL. Sociedade Brasileira de Cirurgia Cardiovascular. **Tudo sobre Hipertensão**. Disponível em: <<https://abecdeca.org.br/publico/index.php/2016/10/27/tudo-sobre-hipertensao-arterial/>>. Acesso em: 25 jun. 2019.

CAMPOS, D. C. **Eficácia de um programa de educação em saúde para adultos portadores de hipertensão arterial**. 2018. Tese de Doutorado. Disponível em: <<http://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/23179>>. Acesso em: 07 jul. 2019.

CODÓ. **História de Codó (MA)**. Disponível em: <<https://www.cocaisnoticias.com.br/2016/09/apple-server-most-powerful-rack-optimized-server/>>. Acesso em: 09 jul. 2019.

CODÓ. **Portal da Saúde**. Disponível em: <<https://www.cocaisnoticias.com.br/2016/09/apple-server-most-powerful-rack-optimized-server/>>. Acesso em: 06 jul. 2019.

COLET, C. D. F.; MARANGON, M.; SCHWAMBACH, K. H. Uso de medicamentos por hipertensos do Estado do Rio Grande do Sul, Brasil. **Revista Brasileira Cardiologia**, v. 27, n. 6, p. 403-408, 2014.

COSTA, S. H. M. et al. Hipertensão crônica e complicações na gravidez. **Diabete**, v. 9, n. 10, p. 11, 2005.

COUTINHO, F. H. P.; SOUZA, I. M. C. Percepção dos indivíduos com hipertensão arterial sobre sua doença e adesão ao tratamento medicamentoso na estratégia de saúde da família. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 35, n. 2, p. 397, 2012.

CRUZ, I. C.; LIMA, R. Etnia negra: um estudo sobre a hipertensão arterial essencial (HAE) e os fatores de risco cardiovasculares. **Revista de Enfermagem UERJ**, p. 33-44, 1999.

FALKENBERG, M. B. et al. Educação em saúde e educação na saúde: conceitos e implicações para a saúde coletiva. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, p. 847-852, 2014.

FERNANDES. R. R. **Como salvar Sua vida**. Prevenindo Doenças Graves e fatais. 1. Garçon. P. 208. 2010.

FINKELSTEIN, I. et al. Comportamento da frequência cardíaca e da pressão arterial, ao longo da gestação, com treinamento no meio líquido. **Revista brasileira de medicina do esporte**, v. 12, n. 5, p. 376-380, 2006.

GOMES, A. et al. Adesão ao tratamento clínico ambulatorial da hipertensão arterial sistêmica. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 27, n. 3, p. 266-272, 2014.

GOMES, L. C. et al. **O desafio da intersetorialidade: a experiência do Programa Saúde na Escola (PSE) em Manguinhos, no Município do Rio de Janeiro**. 2012. Tese de Doutorado. Disponível em: <<https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/24563>>. Acesso em: 25 maio 2019.

GOMES, T. J. D. O.; SILVA, M. V. R.; SANTOS, A. A. D. Controle da pressão arterial em pacientes atendidos pelo programa Hiperdia em uma Unidade de Saúde da Família. **Revista Brasileira de Hipertensão**, v. 17, n. 3, p. 132-139, 2010.

HENRIQUE, A. J. et al. Resultado perinatal em mulheres portadoras de hipertensão arterial crônica: revisão integrativa da literatura. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 65, n. 6, p. 1000-1010, 2012.

HORTA, T. G. **Fundamentos da Educação em Saúde**. Disponível em: <<https://www.diabetes.org.br/profissionais/fundamentos-da-educacao-em-saude>>. Acesso em: 16 jun. 2019.

LESSA, I. Impacto social da não-adesão ao tratamento da hipertensão arterial. **Revista Brasileira de Hipertensão**, v. 13, n. 1, p. 39-46, 2006.

LOMBA, M.; LOMBA, A. **Saúde Total: Clínica médica: diagnóstico, tratamento e prevenção** – Olinda: 2016.

MACHADO, A. G. M.; WANDERLEY, L. C. S. **Educação em saúde**. Disponível em: <https://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/2/unidades_conteudos/unidade09/unidade09.pdf>. Acesso em: 14 jun. 2019.

MARCONDES, R. S. Revista de Saúde Pública, Educação em saúde na escola. v. 6, p. 89-96, 1972. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/rsp/1972.v6n1/89-96/pt/https://www.scielo.org/pdf/rsp/1972.v6n1/89-96> acesso em 24/05/2019.

MINAYO, Maria Cecília de Souza; MIRANDA, Ary Carvalho de. Saúde e ambiente sustentável: estreitando nós.

OLIVEIRA, D. L. 'New' public health and health promotion via education: between tradition and innovation. **Revista latino-americana de enfermagem**, v. 13, n. 3, p. 423-431, 2005.

OLIVEIRA, H. M.; GONÇALVES, M. J. F. Educação em saúde: uma experiência transformadora. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 57, n. 6, p. 761-3, 2004.

PAULA, P.; APARECIDA, B. de et al. O uso do medicamento na percepção do usuário do Programa Hiperdia. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, p. 2623-2633, 2011.

PAULILO, M. A. S. A pesquisa qualitativa e a história de vida. **Serviço social em revista**, v. 2, n. 2, p. 135-148, 1999.

POLIGNANO, M. V. História das políticas de saúde no Brasil: uma pequena revisão. **Cadernos do Internato Rural-Faculdade de Medicina/UFMG**, v. 35, p. 01-35, 2001.

ROSÁRIO, T. M. et al. **Prevalência, controle e tratamento da hipertensão arterial sistêmica em Nobres, MT.** 2009. Disponível em: <http://dms.ufpel.edu.br/ares/bitstream/handle/123456789/252/3%20%202009%20preval%EAncia%20e%20fatores%20associados%20HAS%20Mato%20Grosso.pdf?sequence=1>. Acesso em: 21 jul. 2019

SANTOS, Z. M. S. A. Hipertensão arterial—um problema de saúde pública. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v. 24, n. 4, p. 285-286, 2012.

SILVA, J. A. M. **CRUTAC: a história da Extensão Universitária da UFMA no município de Codó no período de 1972 a 1979.** 2013. Disponível em: <https://tede.ufma.br/jspui/bitstream/tede/253/1/Dissertacao%20Jose%20Augusto.pdf>. Acesso em: 16 abr. 2019.

SILVA, M. **Codó é a 11ª cidade do Brasil que MENOS gasta com saúde pública.** Disponível em: <https://www.blogdomarcosilva.com.br/codo-e-a-11a-cidade-do-brasil-que-menos-gasta-com-saude-publica/>. Acesso em: 14 jun. 2019.

SOARES, Z. Maranhão tem 2º pior investimento em saúde. Disponível em: <https://www.blogsoestado.com/zecasoares/2018/11/18/maranhao-tem-2o-pior-investimento-em-saude/>. Acesso em: 14 jun. 2019.

SOUSA, L. M. et al. Perfil dos usuários atendidos em uma Unidade Básica de Saúde em Ananindeua (Pará-Brasil). **Revista Ciência e Saúde**, v. 4, n. 2, p. 50-8, 2011.

SOUTO, L. R. F.; OLIVEIRA, M. H. B. Movimento da Reforma Sanitária Brasileira: um projeto civilizatório de globalização alternativa e construção de um pensamento pós- abissal. **Saúde em Debate**, v. 40, p. 204-218, 2016.

STEFANINI, M. L. R. **Educação em Saúde.** Disponível em: <[http://www.saúde.sp.gov.br/resources/instituto de saúde/homepage/bis/pdfs/bis_n34.pdf](http://www.saúde.sp.gov.br/resources/instituto_de_saúde/homepage/bis/pdfs/bis_n34.pdf)>. Acesso em: 05 ago. 2019.

VIANA, D. L.; LEÃO, R. E.; FIGUEIREDO, N. M. A. D. **Especialização em Enfermagem: atuação**, intervenção e cuidados de enfermagem, São Caetano do Sul, 2^o edição, 2012.

APÊNDICES



UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO-CAMPUS VII-CODÓ CURSO DE LICENCIATURA EM CIÊNCIAS NATURAIS – BIOLOGIA

CARTA DE APRESENTAÇÃO

Prezada Secretaria Municipal de Saúde do Município de Codó/MA.

Venho por meio desta apresentar as acadêmicas Luziane Moraes Vieira e Raiana Rocha Lima, do Curso de Licenciatura Interdisciplinar em Ciências Naturais/Biologia, da Universidade Federal do Maranhão – UFMA, Campus de Codó/MA. As acadêmicas estão desenvolvendo uma pesquisa sobre *Prevenção e controle da hipertensão arterial nas Unidades Básicas de Saúde de Codó/MA*. A pesquisa será fundamental para a realização do Trabalho de Conclusão de Curso – TCC, sob a minha orientação. Esta pesquisa objetiva o levantamento de dados e informações sobre a hipertensão na cidade de Codó. O levantamento dos dados sobre a recorrência da hipertensão, entre os usuários do sistema público de saúde, se dará através do levantamento estatístico dos dados arquivados nos prontuários dos Postos de Saúde do município. O levantamento será realizado por meio do formulário em anexo. Lembramos que a pesquisa, considerando a dimensão ética, não tomará em consideração os nomes dos usuários.

Desde já agradecemos o acolhimento na sua disponibilização dos dados para o estudo acima referido.

Atenciosamente.

Codó/MA, 16 de maio de 2019.



UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO-CAMPUS VII-CODÓ
CURSO DE LICENCIATURA EM CIÊNCIAS NATURAIS – BIOLOGIA
ORIENTADOR: Dr. DILMAR KISTEMACHER

LUZIANE MORAES VIEIRA

RAIANA ROCHA LIMA

PREVENÇÃO E CONTROLE DA HIPERTENSÃO ARTERIAL NA UNIDADE
BÁSICA DE SAÚDE DE CODÓ/MA

QUESTIONÁRIO APLICADO PARA OS HIPERTENSOS

1. Quantas vezes você realizou consulta médica nesse ano para acompanhar a Pressão Arterial?
2. Em relação ao tabagismo, O (a) Sr fuma Sim () Não (), parou de fumar sim () não () nunca fumou sim () Não () ?
3. Você pratica atividades físicas, Sim () Não ()?
4. Alguma vez teve problemas no coração Sim () Não () ?
5. Você já sofreu AVC Sim () Não ()? Quantos?
6. Você faz dieta alimentares Sim () Não ()?
7. Você faz acompanhamento nas UBS da Cidade: Sim () Não ()
Segue o tratamento Sim () Não ()?
8. Usa medicamentos para controlar a pressão Sim () Não () ?
9. Você recebe os medicamentos gratuito () ou compra ()?
10. Sobre fatores hereditários, sua família e hipertensa Sim () Não () ?
11. Alguém de sua família já morreu de doenças cardiovasculares, ou já sofreu AVC?
12. Você consome algum tipo de bebida alcoólica Sim () Não () ?