

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

**JULIA BRAGA VAZ**

**ACOLHIMENTO DA EQUIPE DE ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA  
FAMÍLIA DE MASSAPÊ- FEIRA GRANDE AOS PACIENTES  
HIPERTENSOS**

**MACEIÓ - ALAGOAS**

**2016**

**JULIA BRAGA VAZ**

**ACOLHIMENTO DA EQUIPE DE ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA  
FAMÍLIA DE MASSAPÊ- FEIRA GRANDE AOS PACIENTES  
HIPERTENSOS**

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

Orientadora: Profa. Polyana Oliveira Lima

**MACEIO - ALAGOAS**

**2016**

**JULIA BRAGA VAZ**

**ACOLHIMENTO DA EQUIPE DE ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA  
FAMÍLIA DE MASSAPÊ- FEIRA GRANDE AOS PACIENTES  
HIPERTENSOS**

Banca examinadora

Profa. Polyana Oliveira Lima – orientadora

Profa. Dra. Maria Rizioneide Negreiros de Araújo - orientadora

Aprovado em Belo Horizonte, em: 27/01/2016

## **AGRADECIMENTOS**

A orientadora, Profa. Polyana Oliveira Lima.

A todos os tutores pela paciência e pela dedicação ao longo do curso de especialização.

A minha Mãe, Pai e família pela paciência e por não ficarem sentidos pela minha ausência.

A toda a turma do Curso de Especialização Estratégia Saúde da Família.

Ao distrito de Massapê por me permitir realizar ações como esta e ter me acolhido de braços abertos.

## RESUMO

A relevância epidemiológica, potencial incapacitante e vínculo com outras doenças cardiovasculares torna a Hipertensão Arterial um problema de Saúde a nível Mundial. Pelo seu caráter complexo, multifatorial, e muitas vezes, silencioso é uma afecção de difícil compreensão da doença pelo indivíduo e faz com que o tratamento seja de grande dificuldade para os profissionais da saúde. A problemática substancial para o adequado controle da Hipertensão Arterial gira em torno do fato de que o paciente precisa aderir a um novo estilo de vida, fazendo da adesão ao tratamento da hipertensão seja o maior desafio enfrentado pelos profissionais. Este trabalho teve como objetivo construir um plano de intervenção com o intuito de aumentar a adesão ao tratamento de hipertensão arterial na Unidade de Saúde do Massapê. Para subsidiar a elaboração do projeto de intervenção foi realizada uma revisão bibliográfica na Biblioteca Virtual em saúde na busca de publicações sobre o tema deste trabalho. O plano de intervenção foi elaborado com o intuito de esmerar adesão ao tratamento de hipertensão arterial na Unidade de Saúde Massapê. A prevalência da hipertensão no território da Unidade de Saúde em questão e o seu potencial limitante a longo prazo são fatores que justificam a escolha deste tema para que possa ser avaliado de uma nova perspectiva com o intuito de confrontar a realidade, quebrar paradigmas e encontrar soluções mais viáveis.

Palavras-chave: Doenças Cardiovasculares. Hipertensão. Saúde Pública.

## **ABSTRACT**

The epidemiological relevance, disabling potential and bond with other cardiovascular diseases makes Hypertension a Health problem at a worldwide level. By their nature complex, multifactorial, and often silent, is a condition difficult to understand the disease for the individual and makes the treatment is of great difficulty for health professionals. The substantial problems for the adequate control of Hypertension revolves around the fact that the patient must adhere to a new lifestyle by making adherence to treatment of hypertension is the biggest challenge faced by professionals. An action plan was created in order to hone adherence to hypertension treatment in Massapê Health Unit. The prevalence of hypertension in the Health Unit concerned and its long-term limiting potential are factors that justify choosing this theme so it can be evaluated from a new perspective in order to confront the reality, break paradigms and find more sustainable solutions .

Keywords: Cardiovascular Diseases. Hypertension. Public Health.

## Sumário

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>7</b>
<b>2 JUSTIFICATIVA.....</b>	<b>10</b>
<b>3 OBJETIVO .....</b>	<b>11</b>
<b>4 METODOLOGIA .....</b>	<b>12</b>
<b>5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA.....</b>	<b>13</b>
<b>6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO .....</b>	<b>17</b>
<b>7 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>21</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>Erro! Indicador não definido.</b>

## 1 INTRODUÇÃO

Feira Grande é um município localizado na região central de do Estado de Alagoas (AL), sendo limitado pelos municípios de Arapiraca, Porto Real do Colégio, São Sebastião, Campo Grande e Lagoa da Canoa. Ocupa uma área de aproximadamente 178km<sup>2</sup> e faz parte da Mesorregião do Agreste Alagoano e da Microrregião de Arapiraca. O acesso a partir de Maceió é feito através das rodovias pavimentadas BR-316, BR-101, AL- 220, AL-115 e AL-485, com percurso total em torno de 154 km<sup>1,2</sup>.

Segundo o censo de 2010 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010), a população total residente é de 21.321 pessoas, sendo 10.561 homens, 10.760 mulheres. São 17.900 habitantes na Zona Rural e 3.421 na Zona Urbana, possuindo uma densidade demográfica de 123,42 hab/km<sup>2</sup>. Segundo a secretaria de cultura do estado de Alagoas o início da povoação do município de Feira Grande deve-se a Francisco José Gonçalves, que ali fixou residência. Atraiu outras famílias, dada a fertilidade do solo. Com o passar do tempo, a localidade se desenvolveu passando a ser conhecida pelo nome de Mocambo. Quando da construção do ramal da Rede Ferroviária do Nordeste, Palmeira dos Índios-Porto Real do Colégio, aumentou a afluência à feira semanal por parte dos operários que trabalhavam no preparo do leiro da referida estrada. A feira passou a ser uma das maiores que se realizavam nas imediações, razão por que começou a ser chamada de “Feira Grande”. Em 1953, foi oficialmente fixado o nome de Feira Grande no lugar de Mocambo (IBGE, 2014).

O município de Feira grande possui os estabelecimentos de saúde:

Um Hospital com 10 Leitos, um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), sete Unidades Básicas de Saúde, uma Policlínica, uma Unidade de Atenção à Saúde Indígena.

Massapê é um povoado que pertence ao município de Feira Grande. Atualmente, é atendido por uma Equipe de Saúde da Família (ESF). A Unidade de Saúde funciona de segunda à sexta, no(s) horário(s) de 08h00minh às 17h00min. A ESF atende seis microáreas, com uma população de 3.031 habitantes. A Equipe é composta por um médico, um enfermeiro, uma auxiliar de enfermagem, uma técnica em enfermagem,

seis agentes comunitários de saúde (ACS), uma auxiliar de saúde bucal, um cirurgião dentista, duas auxiliares de serviços gerais e um motorista para ambulância.

No município de Feira Grande, existem 1072 usuários portadores de Hipertensão Arterial, destes, 312 estão adscritos na UBS Massapê, correspondendo a cerca de 10% dos habitantes do povoado, a segunda doença com maior prevalência na UBS deste povoado é a Diabetes mellitus que apresenta 98 usuários, cerca de 3,2% dos habitantes do povoado. A dificuldade de mapeamento dos indivíduos portadores, bem como o difícil o acesso destes à Unidade, em especial os que residem em comunidades mais afastadas, torna imprescindível uma melhor abordagem da situação. A resistência ao tratamento por parte do usuário também se constitui um desafio para o profissional da Saúde, principalmente nos casos assintomáticos. Com o intuito de diminuir o poder debilitante em longo prazo da HAS, a tarefa de acolher estes usuários deve ser aprimorada, promovendo modificações no estilo de vida, assim como a monitorização da mesma e a conscientização do paciente do que é esta condição e suas consequências.

As doenças não contagiosas são atualmente a causa de dois terços das mortes no mundo, sendo as cardiovasculares responsáveis por 17 milhões de óbitos por ano, entre estas, 9,4 milhões ligadas a HAS, importante ressaltar que As doenças do aparelho circulatório acarretam taxas de mortalidade proporcional de 32,3%, e constituem as principais causas de óbito no Brasil (PIRES; GAGLIARDI; GORZONI, 2004).

A hipertensão arterial sistêmica por ser um dos fatores de riscos mais relevantes para as doenças cardiovasculares e estar nitidamente associada a diversas complicações sistêmicas, a Hipertensão Arterial é um problema grave também no Brasil, onde atinge 25% da população e é responsável por 45% dos ataques cardíacos e 51% dos derrames cerebrais, e no nordeste brasileiro, onde, 45% dos óbitos de idosos são decorrentes de causas associadas às Doenças Cardiovasculares (BURGOS, 2014).

Os problemas a serem enfrentados no Brasil, além da alta prevalência e incidência dessa doença, são as consequências que acarreta e o baixo controle da mesma. Por ser uma doença silenciosa, seu rastreamento é negligenciado, levando a pouca

adesão ao tratamento e mudança do estilo de vida, principalmente por não apresentar sintomas nas fases iniciais, o que leva a falta de preocupação com tal condição do paciente. Em conjunto com um quadro clínico assintomático, a HAS possui numerosos e complexos fatores de risco, causas etiológicas e biológicas em grande parte dos indivíduos, o que acaba dificultando o seu diagnóstico (PASSOS; ASSIS; BARRETOS, 2006).

A adesão ao tratamento é um fator primordial para o controle da HAS, e pode ser definida pelo uso regular de medicamentos, acolhimento da dieta orientada e regularidade no comparecimento das consultas médicas agendadas. O tratamento com adequado controle da pressão arterial tem se mostrado eficaz em reduzir a ocorrência de complicações decorrentes da HAS bem como redução da mortalidade (PASSOS; ASSIS; BARRETOS, 2006).

A prevalência da HAS na Unidade de Saúde onde atuo e o seu potencial limitante em longo prazo são fatores que justificam a escolha deste tema para que possa ser avaliado de uma nova perspectiva com o intuito de confrontar a realidade, quebrar paradigmas e encontrar soluções mais viáveis para o controle dos portadores de HAS..

## 2 JUSTIFICATIVA

O número de hipertensos existentes no território da unidade em tratamento medicamentoso nos chamou a atenção, bem como os que procuravam o serviço com descompensação e as vezes com quadro grave de doenças decorrentes do descontrole da hipertensão.

O principal desafio observado pela USF Massapê está relacionado com a adesão dos usuários ao tratamento da HAS.

Devido as dificuldades elucidar aos usuários quanto as modificações de estilo de vida e monitorização pouco consistente desta, os pacientes que apresentam tal morbidade possuem um entendimento escasso do que vem a ser hipertensão arterial sistêmica e suas consequências. Além disso, possui alto poder debilitante em longo prazo, que faz necessário o aperfeiçoamento da equipe de estratégia de saúde da família no acolhimento a esses pacientes e elaboração de atividades e clínica ampliada para atribuição de conhecimentos sobre a hipertensão arterial sistêmica aos pacientes.

### **3 OBJETIVO**

Construir um plano de intervenção com o intuito de aumentar a adesão ao tratamento de hipertensão arterial na Unidade de Saúde do Massapê.

#### **4 METODOLOGIA**

A proposta do projeto de intervenção foi idealizada para diminuir a incidência da hipertensão arterial sistêmica e das suas complicações no distrito de Massapê., para isso levantou-se o número de hipertensos adscritos e cadastrados pela unidade de estratégia de saúde de Massapê, baseando-se no Planejamento Estratégico Situacional (PES) quando da realização do módulo de planejamento e avaliação das ações em saúde (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010) onde foi realizada a sistematização da análise situacional.

Posteriormente a análise situacional do território da unidade foi necessário fazer uma revisão bibliográfica, em artigos publicados em bases indexadas como Scientific Electronic Library Online (SciELO), LILACS na Biblioteca Virtual de Saúde entre outros para melhor preparo técnico e conceitual da equipe multidisciplinar e também como para melhor transmitir o assunto à comunidade

Para busca nos bancos de dados foram utilizados os seguintes descritores: Doenças Cardiovasculares.

Hipertensão.

Saúde Pública.

## 5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

A hipertensão arterial sistêmica é caracterizada pela elevação crônica da pressão arterial sistólica ou diastólica. Quando o ventrículo esquerdo se contrai e ejeta sangue para a artéria aorta, chamamos esse processo de sístole, como resultado, a pressão nas artérias se torna máxima, havendo distensão, isso é referido como pressão sistólica. Já a diástole acontece a partir de um relaxamento ventricular, quando o sangue presente na aorta tenta retornar, visando evitar este refluxo, a válvula aórtica se fecha, fazendo com que a pressão nas artérias caia a um valor mínimo, assim obtemos a pressão diastólica (GUSMÃO *et al.*, 2005).

Quando, em pelo menos duas aferições subsequentes, obtemos valores da pressão arterial a níveis iguais ou superiores a 140 mm Hg de pressão sistólica e/ ou 90 mm Hg de diastólica, em dias diferentes, ou em condições de repouso e ambiente tranquilo, estamos lidando com um caso de Hipertensão Arterial Sistêmica. A posição recomendada para aferir a pressão arterial (PA) é a sentada, no entanto, deve se medir na posição ortostática, pelo menos na primeira consulta, especialmente em idosos, diabéticos, alcoólicos e pacientes em uso de medicação anti-hipertensiva. O correto diagnóstico da Hipertensão arterial também depende da qualidade da técnica a ser empregados, da utilização de aparelhos confiáveis e devidamente calibrados, sempre respeitando as recomendações para este procedimento (BRASIL, 2014).

Considerada como uma das principais causas de morbimortalidade em todo o mundo e um dos mais importantes fatores de risco para o desenvolvimento de doença vascular cerebral, insuficiência renal e cardíaca e doença arterial coronariana, a Hipertensão Arterial ocorre em aproximadamente 25% da população mundial, com previsão de aumento para 60% dos casos da doença em 2025. Fatores como o excesso de peso, o fumo, o consumo de álcool, a alimentação inadequada, a inatividade física e a história familiar estão fortemente relacionados entre os mais comuns (BLOCH; RODRIGUES; FISZMAN, 2006).

Na maioria dos casos, a hipertensão arterial possui um quadro silencioso e sem sinais e sintomas que alarmem o portador. Por se tratar de uma doença que

permanece assintomática por muito tempo, o diagnóstico acaba muitas vezes sendo realizado de forma tardia e seu tratamento negligenciado. Por possuir um tratamento essencialmente direcionado a modificações no estilo de vida, envolvendo alterações na dieta, prática de atividades físicas e a renúncia de hábitos deletérios, conseguir a adesão por parte dos paciente ao tratamento prescrito é um dos principais desafios encontrados pelos profissionais. Ainda que hajam evidências claras a respeito do caráter nocivo de certas práticas, como tabagismo, alcoolismo, e de valia no cumprimento das adequações ao estilo de vida, como limitações quanto ao peso e alimentação, a doença ainda possui níveis de controle muito inferiores ao desejável e encontra resistência na aceitação dessas modificações (BRONDANI *et al.*; 2012)

Apesar da relevância da abordagem individual do paciente, resultados mais consistentes são obtidos a partir de uma abordagem coletiva, pois, as evidências demonstram que estratégias que visem modificações no estilo de vida são mais eficazes quando aplicadas a um número maior de pessoas. Mesmo com trabalhos de conscientização em grupo, a manter a motivação do paciente e ajudá-lo a continuar com o tratamento é uma das incumbências mais difíceis dos profissionais da saúde (LIMA; LIMA NETO, 2010).

As estratégias que visam o controle da hipertensão arterial, seja na definição do diagnóstico clínico ou na conduta terapêutica, e todos os esforços necessários para elucidar e educar o paciente hipertenso são as principais atribuições dos profissionais. Comorbidades, como diabete, dislipidemia e obesidade são achados frequentes que trazem implicações importantes quanto ao gerenciamento das ações terapêuticas, isso devido ao sinergismo de um aglomerado de condições crônicas, e que sem perseverança, motivação e educação continuada é impossível seguir com o tratamento (ARAÚJO; PAES, 2015).

Quanto as estratégias para o tratamento não-farmacológico da HAS, podemos considerar a de controle de peso como fundamental, pois o excesso é um fator predisponente e cerca de 20% a 30% dos pacientes portadores de hipertensão tem o seu aparecimento relacionado com o excesso de peso, e todos estes devem ser incluídos em programas de redução de peso. Apenas a redução de 5% a 10% da massa corporal inicial já seja capaz de produzir diminuição da pressão arterial. O Índice de Massa Corpórea e a circunferência da cintura são parâmetros relevantes,

sendo o IMC inferior a 25 kg/m<sup>2</sup> e a circunferência da cintura inferior a 102 cm para homens e 88 cm para mulheres os valores ideais (BRASIL, 2006).

A circunferência abdominal é um valor de referência pertinente à doença cardiovascular independentemente do valor do IMC por que o acúmulo de gordura abdominal está claramente associado com a resistência à insulina e elevação da pressão arterial. A dieta tem fator primordial quando se tem como objetivo diminuir a circunferência abdominal e chegar a um IMC adequado, além disso, se mostra importante no controle da hipertensão arterial (BRASIL, 2006).

Reduzir os teores de sódio e balancear os outros substratos em frutas, verduras e legumes, cereais integrais, leguminosas, leite e derivados desnatados, quantidade reduzida de gorduras se mostrou efetivo controlar a condição de indivíduos hipertensos. O consumo de bebida alcoólica e o aumento da pressão arterial também têm sido relatados em estudos, bem como a redução da pressão arterial tanto em normotensos como hipertensos que costumam ingerir altas quantidades de álcool passam a fazer um uso mais controlado, significando o abandono do hábito para aqueles que não conseguem submeter-se a limites. Para os homens, o indicado é no máximo 30 ml/dia de etanol e a metade dessa quantidade para mulheres, e que essa ingestão não seja realizada em jejum, o que corresponderia, para o homem, uma garrafa de cerveja, uma taça de vinho ou uma dose (60mL) de bebida destilada (BRASIL, 2006).

O comprometimento dos profissionais é essencial para viabilizar essas mudanças na vida dos hipertensos, tratando com pacientes os aspectos de prevenção e de promoção à saúde, disponibilizando as informações ao público, desenvolvendo programas educativos e monitorando os pacientes periodicamente, com propósito de adequar com solidez os hipertensos ao seu novo estilo de vida (BRASIL, 2006).

De qualquer forma, a Educação em Saúde ainda é considerada uma das maneiras mais eficientes para estimular a adesão ao tratamento da hipertensão arterial. Através da divisão de responsabilidades e multiplicação do conhecimento, a abordagem multidisciplinar, em conjunto com a realização de Grupos Educativos é uma ferramenta de grande valor no controle da doença hipertensiva, pelo seu caráter interativo entre profissionais e usuários, provocando reflexão e exposição da

realidade, partilhando os problemas mais comuns, repartindo experiências e sugerindo mudanças de hábitos (BRONDANI *et al.*, 2012).

A interdisciplinaridade também acelera o crescimento profissional, prestando assim, assistência de qualidade, reduzindo a taxa de morbimortalidade não só da Hipertensão como de doenças associadas, repercutindo na minimização de custos de assistência (BURGOS *et al.*, 2014).

A importância da atenção básica gira em torno de ações que promovam a prevenção e de promoção de estilos de vida mais saudáveis, evitando não só o surgimento da doença, mas detectando-a precocemente, e assim minimizando seus danos, incapacidades, riscos e gastos (BRITO *et al.*, 2009).

Ainda é possível afirmar que a abordagem multidisciplinar, através do compartilhamento de experiências, pode acelerar e intensificar o crescimento profissional, e ao mesmo tempo promover assistência de qualidade a clientela hipertensa. Esta abordagem repercute positivamente na redução da taxa de morbimortalidade por doenças associadas à hipertensão arterial refletindo na minimização dos custos com assistência, alcançando uma aproximação integral do paciente, onde, dentro da equipe, cada profissional possui um papel importante no atendimento, fazendo com que a atenção à saúde ocorra de forma eficaz. (BRONDANI *et al.*, 2012).

A partir do exposto, foi constatada a necessidade de realizar um trabalho de revisão de literatura que pudesse guiar um plano de intervenção para conscientizar os pacientes hipertensos a respeito da importância da adesão ao tratamento. A prevalência da doença na unidade foi fator primordial na escolha do tema, em conjunto com a escassez de informação dos usuários a respeito da doença, principalmente quanto ao seu controle.

## 6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

O quadro 1 trata das Operações sobre a “Falta de conhecimento da população sobre hipertensão de Massapê em Feira Grande, arterial sistêmica” na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família.

**Quadro 1** – Operação sobre o “nó-crítico” 1 relacionado ao desconhecimento da equipe de saúde sobre o conceito da hipertensão arterial sistêmica

<b>Nó crítico 1</b>	Desconhecimento da equipe de saúde sobre o conceito da Hipertensão arterial sistêmica
<b>Operações</b>	Capacitação com os membros da equipe sobre a análise conceitual da hipertensão arterial sistêmica
<b>Resultados esperados</b>	Capacidade de todos os integrantes da equipe orientar de forma correta e esclarecer de forma correta os pacientes
<b>Produtos</b>	Palestras e reuniões
<b>Recursos Necessários</b>	Data show, apostilas e panfletos
<b>Responsável</b>	Toda equipe de estratégia de saúde da família
<b>Prazo</b>	1 semana
<b>Avaliação</b>	Simultânea

**Quadro 2** – Operação sobre o “nó-crítico” 2 relacionado ao desconhecimento da comunidade sobre os riscos da hipertensão arterial sistêmica

<b>Nó crítico 2</b>	Desconhecimento da comunidade sobre os riscos da hipertensão artéria sistêmica
<b>Operações</b>	Palestras didáticas mostrando os riscos da hipertensão
<b>Resultados esperados</b>	Melhor adesão ao tratamento com melhor controle da pressão arterial sistêmica
<b>Produtos</b>	Palestras, panfletos, consultas, cartazes
<b>Recursos Necessários</b>	Impressão de panfletos, data show
<b>Responsável</b>	Equipe de estratégia de saúde da família
<b>Prazo</b>	Intervenção contínua
<b>Avaliação</b>	2 meses

**Quadro 3** – Operação sobre o “nó-crítico” 3 relacionado ao Desconhecimento da comunidade sobre a prevenção e tratamento não farmacológico da hipertensão arterial sistêmica.

<b>Nó crítico 3</b>	Desconhecimento da comunidade sobre a prevenção da arterial sistêmica.
<b>Operações</b>	Promover educação permanente sobre hábitos de vida saudável, educação sobre exercício e alimentação.
<b>Resultados esperados</b>	Reduzir a incidência de complicações da hipertensão arterial sistêmica para os indivíduos que já apresentam e diminuir a incidência de portadores da hipertensão arterial sistêmica
<b>Produtos</b>	Consultas, visitas domiciliares, distribuição de panfletos educativos.
<b>Recursos Necessários</b>	Cartazes, panfletos, data show.
<b>Responsável</b>	Toda a equipe da ESF e equipe do NASF
<b>Prazo</b>	Contínua com a a equipe de ESF, 1 vez por mês com equipe do NASF
<b>Avaliação</b>	Simultânea

**Quadro 4** – Operação sobre o “nó-crítico” 4 relacionado a dificuldade de adesão ao tratamento medicamentoso.

<b>Nó crítico 4</b>	Dificuldade de adesão ao tratamento medicamentoso
<b>Operações</b>	Palestras sobre a importância e a necessidade, técnicas didáticas, uso de ilustrações para melhor compreensão da posologia.
<b>Resultados esperados</b>	Usuários com autonomia e adesão ao tratamento
<b>Produtos</b>	Rodas de conversas, palestras educativas, visitas domiciliares, consultas
<b>Recursos Necessários</b>	Cartazes; Data show
<b>Responsável</b>	Toda a equipe da ESF
<b>Prazo</b>	Rotina
<b>Avaliação</b>	Simultânea

O plano operativo de intervenção para o aumento da adesão dos pacientes com Hipertensão Arterial Sistêmica na comunidade de Massapê foi dividido em cinco etapas, levando em consideração os aspectos socioeconômicos e culturais das pessoas envolvidas.

### **6.1 Análise conceitual da Hipertensão Arterial Sistêmica**

A primeira fase do Plano de Intervenção será realizado pesquisa bibliográfica a partir de periódicos, artigos, revistas online e ferramentas da sociedade Brasileira de Hipertensão, para melhor capacitar a proposta de intervenção.

### **6.2 Capacitação com os profissionais do nível médio/técnico**

Nessa fase, serão realizadas reuniões para transmitir o conhecimento necessário aos profissionais de nível técnico e médio como forma de integrar a equipe, além de realizar um trabalho multidisciplinar completo e com conhecimentos atualizados para melhor atender a população

### **6.3 Mapeamento do grupo de intervenção**

Cada agente comunitário de saúde realizará pesquisa nos prontuários das famílias que correspondem as suas áreas, o que resultará o número de hipertensos pertencentes ao distrito de Massapê.

### **6.4 Desenvolvimento das Atividades**

Inicialmente haverá uma atividade interativa com os pacientes de cada área, portadores de HAS, para analisar como está sendo realizado o tratamento medicamentoso e não-medicamentoso, com levantamento das dúvidas e conhecimentos que previamente apresentam. Serão considerados os aspectos: cadastro dos pacientes, a correta distribuição dos medicamentos, atendimento individual e em grupo (caso haja).

O processo de desenvolvimento das atividades dar-se-á por um momento pedagógico de reunião com os pacientes (e pessoas interessadas em comparecer ao evento). Será realizado nas dependências do posto de saúde da comunidade.

Acerca do tratamento não-medicamentoso as oficinas/palestras serão voltadas para os seguintes eixos: dieta orientada pela nutricionista do NASF; esclarecimento da influência da obesidade, álcool, tabagismo, sedentarismo como agravantes e exposição de soluções para melhorar o hábito de vida.

## 6.5 Técnicas Auxiliares de longo prazo

Posterior as etapas que foram mencionadas, serão realizadas técnicas de educação permanente com os pacientes, sempre remetendo o que foi transmitidos nas demais etapas como forma de fixação e manutenção da adesão a melhoria de qualidade de vida. . Essas técnicas são as seguintes:

- O médico e o enfermeiro, nas consultas, explicam enfaticamente a importância do controle da doença e da administração correta de medicações, reeducação alimentar e exercício físico.
- Ao solicitar as medicações na farmácia, o paciente receberá novas explicações sobre os horários e a forma correta tomar os remédios, apenas reforçando o que o médico e o enfermeiro já haviam dito.
- O ACS verifica se o paciente está seguindo o tratamento por meio de conversas e observações nas visitas domiciliares, caso contrário, o paciente deverá ser reorientado pelo médico e enfermeiro, os quais deverão procurar a dificuldade do paciente e adaptar o tratamento às condições dos mesmos;
- Realização da Integração dos profissionais: nutricionista, educador físico e fisioterapeuta, que fazem parte do NASF, para a reeducação alimentar, prevenir lesões através dos exercícios e ergonomia no trabalho (realização de palestras).

## **7 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A relação estreita entre os níveis de pressão arterial com o risco de complicações cardiovasculares, em conjunto com a suas altas taxas de prevalência e baixas taxas de controle faz com que a HAS seja de extrema relevância e motivo de preocupação a nível mundial. O seu comprometimento com a qualidade de vida dos indivíduos portadores e altos índices de óbitos associados são motivos plausíveis para ampliar e aperfeiçoar os métodos de diagnóstico e tratamento da hipertensão arterial. Massapê é um povoado que apresenta dificuldades no que diz respeito a conscientização do que vem a ser esta condição de hipertenso, adesão ao tratamento e até mesmo acesso à UBS.

Em função disso, ações educativas podem proporcionar o esclarecimento dos usuários e motivá-los a renunciar aos hábitos deletérios. É primordial que haja um programa desenvolvido visando beneficiar os portadores da doença, tratando-os de forma multidisciplinar e holística, fazendo da adesão um processo progressivo, lento e estruturado, envolvendo todos os seus segmentos.

## REFERÊNCIAS

ALAGOAS. Secretaria do Estado da Cultura, **Histórico do Município de Feira Grande**. 2015. Disponível em: <<http://www.cultura.al.gov.br/municipios/historico-dos-municipios/historico-do-municipio-de-feira-grande> > Acesso em: 29 de agosto de 2015.

ALAGOAS. Secretaria do Estado de Alagoas **Histórico de Feira Grande**. 2014. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/cadernos/al.htm>.> Acesso em: 13 de dezembro de 2015.

ARAÚJO, I. M.; PAES, N. A. Fatores de Risco para hipertensão arterial em um estudo de coorte de Hipertensos. **Rev. Ciênc. Saúde Nova Esperança**. V. 13, n. 1. p. 43-53, 2015. Disponível em : <<http://www.facene.com.br/wp-content/uploads/2010/11/Fatores-de-risco-para-hipertens--o-arterial-PRONTO.pdf> .> Acesso em: 13 de dezembro de 2015

BLOCH, K. V.; RODRIGUES, C. S.; FISZMAN, R. Epidemiologia dos fatores de risco para hipertensão arterial – uma revisão crítica da literatura brasileira. **Rev Bras Hipertens**. v.13, n. 2, p. 134-143, 2006. Disponível: <<http://departamentos.cardiol.br/dha/revista/13-2/10-epidemiologia-dos-fatores.pdf>. > Acesso em: 13 de dezembro de 2015

BRASIL, Ministério da saúde, **Cadernos de informações de saúde de Alagoas**. Brasília, 2014. Disponível em: <<http://dados.al.gov.br/dataset/perfil-municipal-2014> > Acesso em: 29 de agosto de 2015.

BRASIL, **Ministério da saúde, Programa Hipertensão**. Brasília, 2002.  
BRASIL. Ministério da Saúde. **Perfil Municipal**. 2014..Disponível em: <<http://hipertensao.datasus.gov.br> > Acesso: 12 de setembro de 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à saúde. Departamento de Atenção Básica. **Hipertensão arterial sistêmica**. Brasília: Ministério de Saúde, 2006. (Caderno de atenção básica n 15). Acesso em: 10 de novembro de 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à saúde. Departamento de Atenção Básica. **Hipertensão arterial sistêmica**. Brasília: Ministério de Saúde, 2006. (Caderno de atenção básica n 15). Acesso em: 10 de novembro de 2015

BRONDANI, S. *et al.* **Hipertensão Arterial: Abordagem Interdisciplinar Na Atenção Básica**. Uma Revisão Bibliográfica. 2012. Disponível: <<http://www.unifra.br/eventos/forumfisio/Trabalhos/5038.pdf>> Acesso em : 27 de agosto de 2015.

BURGOS, P.F. M. *et al.* A obesidade como fator de risco para a hipertensão. **Rev Bras Hipertens** v. 21, n.2, p. 68-74, 2014. Disponível: <<http://departamentos.cardiol.br/sbc-dha/profissional/revista/21-2.pdf>. > Acesso em: 06 de dezembro de 2015.

CAMPOS, F. C. C.; FARIA H. P.; SANTOS. M. A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. NESCON/UFMG, 2 ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0273.pdf>> Data do acesso:23 de julho de 2015.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Síntese das Informações: Feira Grande-AL**. 2010.

LIMA, J.R.; LIMA NETO. E. Hipertensão arterial: aspectos comportamentais – Estresse e migração. **Rev Bras Hipertens** v.17, n. 4, p. 210-225, 2010. Disponível: <<http://departamentos.cardiol.br/dha/revista/17-4/revisao-hipertensao.pdf>> Acesso em: 10 de novembro de 2015

PASSOS, V. M. A.; ASSIS, T. D.; BARRETOS, S. M. Hipertensão arterial no Brasil: estimativa de prevalência a partir de estudos de base populacional. **Epidemiol. Serv. Saúde** v.15 n.1, p. 35 – 45, 2006. Disponível, em: <[http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?pid=S1679-49742006000100003&script=sci\\_arttext](http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?pid=S1679-49742006000100003&script=sci_arttext)>. Acesso em: 20 de agosto de 2015.

PIRES, S. L.; GAGLIARDI, R. J.; GORZONI, M. L. Estudo das frequências dos principais fatores de risco para acidente vascular cerebral isquêmico em idosos. **Arq. Neuro-Psiquiatr.** vol.62 no.3b São Paulo Set. 2004. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0004-282X2004000500020&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0004-282X2004000500020&script=sci_arttext)>. Acesso em:10 de novembro de 2015.

GUSMÃO, J.L.; MION, D.; PIERIN, A.M.G. **Avaliação da qualidade de vida do paciente hipertenso: proposta de um instrumento**. Rev Bras Hipertensão, v. 8, p.22, n°1;2005.

BRITO, D. M. S.; ARAÚJO, T. L.; GALVÃO, M. T. G. et al. **Qualidade de vida e percepção da doença entre portadores de hipertensão arterial**. Cad Saúde Pública, v. 24, n. 4, p. 933-940, 2008. Disponível em: <[http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102311X2008000400025](http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2008000400025)>. Acesso em: 14 jun. 20015

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Síntese das Informações: Feira Grande-AL**. 2014. Disponível em : <http://cidades.ibge.gov.br/xtras/temas.php?lang=&codmun=270260&idtema=16&se arch=||s%EDntese-das-informa%E7%F5es> > Acesso em: 10 de novembro de 2015