

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

**ALICIA TINTORE TAMÉ**

**ATUAÇÃO DA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA NA PREVENÇÃO DE FATORES  
DE RISCO EM PACIENTES COM HIPERTENSÃO ARTERIAL ATENDIDOS NA  
USF SANTA MARGARIDA, MUNICÍPIO PENEDO**

Maceió/ Alagoas  
2015

**ALICIA TINTORÉ TAMÉ**

**ATUAÇÃO DA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA NA PREVENÇÃO DE FATORES  
DE RISCO EM PACIENTES COM HIPERTENSÃO ARTERIAL ATENDIDOS NA  
USF SANTA MARGARIDA, MUNICÍPIO PENEDO**

Trabalho de Conclusão do Curso apresentado ao Curso de especialização em Estratégia Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do título de especialista em Saúde da Família

Orientadora: Prof<sup>a</sup> Me. Lourani Oliveira dos Santos Correia

Maceió/ Alagoas  
2015

**ALICIA TINTORÉ TAMÉ**

**ATUAÇÃO DA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA NA PREVENÇÃO DE FATORES  
DE RISCO EM PACIENTES COM HIPERTENSÃO ARTERIAL ATENDIDOS NA  
USF SANTA MARGARIDA, MUNICÍPIO PENEDO**

**Banca Examinadora:**

Examinador 1: Prof<sup>a</sup> Me. Lourani Oliveira dos Santos Correia

Examinador 2: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Flavia Casasanta Marini

Aprovado em Belo Horizonte, 10 de agosto de 2015

## **DEDICATÓRIA**

Dedico esse trabalho a minhas filhas por ter me acompanhado nesta jornada...

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço em primeiro lugar a DEUS, por ser a guia das minhas conquistas.

Às minhas filhas, por acreditar e terem interesse em minhas necessidades, apoiando-me e esforçando-se junto a mim, para que eu suprisse todas elas.

À minha Prof<sup>a</sup> Orientadora Lourani Correia, pela dedicação em suas orientações.

À Genival Ferreira, Dr. em Língua portuguesa que me ajudou no desenvolvimento de minhas ideias.

## RESUMO

A hipertensão arterial sistêmica constitui-se numa das afecções mais comuns do mundo moderno. Atinge em média de 15% a 20% da população adulta e pode ser definida como o aumento da pressão arterial sistólica de 140 mmHg ou mais e diastólica de 90 mmHg ou mais. Diversos estudos mostram que existem vários fatores denominados fatores de risco que influenciam no aparecimento ou agravamento da hipertensão arterial são eles: hipercolesterolemia, obesidade, sobrepeso, tabagismo, sedentarismo, stress, hábitos alimentares, ingestão excessiva de sódio, histórico familiar e idade, raça, uso de anticoncepcionais, entre outros. Nas estatísticas de saúde percebe-se que a HAS, além da alta prevalência, tem baixas taxas de controle, e se configura como um importante problema de saúde no Brasil, devido à influência sobre a morbidade e mortalidade, gerando altos custos financeiros ao sistema de saúde. Na realidade da equipe da USF Santa Margarida são constantes os atendimentos de pacientes com HAS, com mau controle e descompensados. Isso, em decorrências da falta de adesão dos usuários às mudanças do estilo de vida e ao tratamento adequado. Devido a sua alta prevalência e mortalidade faz necessário uma maior atenção a prevenção a fim de evitar o desenvolvimento de novos casos ou os existentes evoluam para quadros mais graves. A Educação em Saúde constitui um instrumento de intervenção importante, e, acredita-se que um trabalho de intervenção em educação melhore as condições de saúde da população adscrita, reduza a morbidade e mortalidade relacionadas com essa doença, os custos médicos e socioeconômicos relacionados ao mau controle. Nesse sentido, este projeto se propôs a realizar uma intervenção por meio de ações educativas. Tais atividades têm como meta, mediante ações de saúde planejadas, mudar a situação existente na comunidade, em relação a fatores de risco de pacientes com HAS, utilizando-se estratégias diversas, tais como: abordagem direta, palestras, conversas e apresentação de vídeos para que a prevenção e a promoção da saúde sejam feitas de forma eficaz e necessária para que conheçam sobre a doença e fatores de riscos e colaborem para o desenvolvimento da mesma. Tais atividades contarão com o apoio de toda equipe de saúde e a comunidade e fatores sociais.

**Palavras-chave:** Ações de saúde planejadas. Hipertensão Arterial. Saúde da família. Fatores de risco.

## ABSTRACT

Hypertension is made up of the most common diseases of the modern world reaches on average 15% to 20% of the adult population can be defined as the increase in systolic blood pressure of 140 mmHg the more and diastolic blood pressure of 90 mmHg or more . Several study show that there are several factors called risk factors that influence the onset or worsening of hypertension are: hypercholesterolemic, obesity, overweight, smoking, sedentary lifestyle, stress, alimentarias habits, excessive sodium intake, family history and age, race, contraceptive use, among others. In health statistics it is clear that the hypertension, in addition to the high prevalence, have low rates of control and turn into a major health problem in Brazil, due to the influence on morbidity and mortality, generating high financial costs to the system Cheers. In fact the USF team Santa Margarida the constant care of patients with hypertension, with poor control and decompensated. This, in derivations of the lack of adherence of users to changes in lifestyle and appropriate treatment. Due to its high prevalence and mobility greater attention to prevention is needed to avoid the development of new or existing cases evolve into more severe. The Health Education is an important intervention instrument, and it is believed that intervention work in education to improve the health conditions of the adjacent population, reduce morbidity and mortality related to this disease, doctors and socioeconomic costs associated with bad control. Thus, this project proposes to conduct an intervention through educational activities. Such activities are aimed by health actions planned to change the situation in the community, in relationships of risk factors in patients with hypertension, using several strategies, such as: direct approach, lectures, talks and video presentations for prevention and health promotion be made effective and necessary way and know about the disease and the risk factors I collaborate to its development. Such activities have the support of the entire health care team and the community and social factors.

**Keywords:** Health actions planned. Arterial Hypertension. Family health. Risk factors.

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>8</b>
<b>2 OBJETIVOS .....</b>	<b>12</b>
<b>3 METODOLOGIA .....</b>	<b>13</b>
<b>4 REVISÃO DA LITERATURA .....</b>	<b>14</b>
<b>5 PLANO DE INTERVENÇÃO .....</b>	<b>18</b>
<b>6 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>21</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>22</b>



## 1 INTRODUÇÃO

Penedo é uma cidade antiga às margens do Rio São Francisco, e é também uma das mais belas cidades históricas do Brasil. Está situada a 157 km de Maceió, sendo intitulada “Ouro Preto do Nordeste” graças a seu riquíssimo acervo arquitetônico presente em sobrados e igrejas seculares.

O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) registrado em 2007 foi de 0,665, sendo o 6º colocado em Alagoas, apresentando um rendimento familiar médio de R\$ 1462,86 na área urbana e R\$ 650,12 na área rural. Penedo possui uma área total de 689.160 km<sup>2</sup>, com uma população de 60.378 habitantes, distribuídas em 16.333 famílias, sendo a maioria da população residente na área urbana (74,6%) e 25,4% na área rural (IBGE, 2010). As principais atividades econômicas provêm da atividade primária, como coco, o arroz, a pesca e a cana-de-açúcar, e uma parcela da fonte de renda advém do turismo local. A evasão da área rural é uma realidade brasileira, e Penedo não foge do padrão, contribuindo para o crescimento desordenado das cidades. A falta de investimento na agricultura familiar contribui para esta migração.

A cidade de Penedo possui uma densidade demográfica de 87,61 hab./km<sup>2</sup>, com uma taxa de alfabetização de sua população de 70,2%. No município existem 16.355 domicílios particulares permanentes, dos quais 15.095 (92,29%) possuem banheiro ou sanitário e destes, apenas 1.904 (11,64%) possuem banheiro e esgotamento sanitário via rede geral. Cerca de 15.257 (93,28%) são abastecidos pela rede geral de água, enquanto que 616 (3,76%) são abastecidos por poço ou nascente e 489 utilizam outras formas de abastecimento (2,98%). Apenas 14.181 (86,70%) domicílios são atendidos pela coleta de lixo, evidenciando a existência de uma fonte de sérios problemas ambientais e de saúde pública para a população.

O Povoado de Santa Margarida foi fundado na década de 1996. Hoje tem uma população em média 3610 pessoas que vivem com rendas diversificadas. A comunidade tem uma escola, 10 igrejas e um Posto de Saúde.

O abastecimento da água está sob a responsabilidade do Serviço de Água e Esgoto (SAAE) e abastece 70% da comunidade com água tratada. A luz elétrica está disponível para 90 % da comunidade e existe o sistema de telefonia e digital.

A Unidade Básica de Saúde é confortável com o horário de funcionamento das 7h30min às 17h. Essa Unidade conta na equipe de um médico, um enfermeiro, um auxiliar de

enfermagem, uma vacinadora, uma farmacêutica, quatro agentes comunitários; ademais, o diretor e um profissional para serviços gerais. Muitas vezes, a Unidade de Saúde oferta palestras a fim de conscientizar a população local sobre aspectos relacionados à prevenção de algumas doenças.

Segundo os dados do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), o município tinha cadastrado ao final de 2013, 4.516 portadores de hipertensão arterial e 2.129 portadores de diabetes.

Conforme informações do Sistema de Informação Hospitalar (SIH) do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), as principais causas de internação, na comunidade, no ano de 2013, foram as complicações do diabetes, hipertensão arterial e câncer. Segundo levantamento realizado a partir dos dados das Declarações de Óbitos (D O's) as principais causas de óbitos, no ano de 2013, foram: infarto agudo do miocárdio (IAM), acidentes de trânsito, homicídios e complicações cérebro vasculares. A taxa de mortalidade infantil foi bastante elevada, mas apresentou uma diminuição em relação ao ano anterior.

Quanto à vacinação, a cobertura vacinal da população de menores de cinco anos de idade foi de 91%.

Na área de saúde há cadastradas 722 famílias para uma população de 3.610 habitantes. Predominam pessoas do sexo feminino com 55,4% em relação ao masculino que está representado por 44,5% do total da população. Os idosos ocupam 17,08%, com 644 indivíduos maiores de 60 anos. Os menores de 15 anos, 38,9 %, com 1.405 indivíduos e maiores de 15 anos existem 2.205 indivíduos, representando 61,0 % do total. Ao todo são 426 hipertensos representando 19,3 % da população maior de 15 anos, 221 obesos (51,8%) e 108 pacientes com hipercolesterolemia (25,3%).

O tema escolhido para o plano de intervenção foi o elevado índice de fatores de riscos que incidem na hipertensão arterial. Este tema foi considerado relevante tendo em vista que em seis meses de trabalho na Unidade de Saúde observou-se que nas nove áreas que são atendidas pela equipe mais de 30% da população é hipertensa, perfazendo um total de 426 pacientes hipertensos. Este problema de saúde é provocado por múltiplas causas, das quais destaca-se a não classificação de risco.

A despeito de existir equipe de saúde para aplicação do Protocolo de Manchester este não é utilizado. As triagens são feitas para que não seja remarcada nenhuma consulta e conseqüentemente o paciente não retorne as suas casas sem atendimento. Com isso ocorre superlotação e fica difícil de realizar um trabalho bem feito, resultando em falta de controle dos pacientes hipertensos. Esses pacientes estão descompensados aumentando a prevalência da doença devido às irregularidades do uso da medicação, negligência em relação aos exames de controle, frequência às consultas periódicas e falta de adesão às mudanças de estilo de vida.

O problema em questão tem alta importância devido ao grande número de usuários hipertensos, conforme já relatado. A solução para este problema está quase totalmente dentro da capacidade de enfrentamento da equipe que para obter melhor resultado deve classificar os pacientes em grupos de riscos, instituir o HIPERDIA, criar grupos específicos de controle, dentre outras medidas.

A hipertensão arterial sistêmica representa grave problema de saúde em nossa população, não só pela elevada prevalência, mas também pela acentuada quantidade de fatores de riscos observados, tais como: hipercolesterolemia, obesidade, tabagismo, sedentarismo, stress, maus hábitos alimentares, ingestão excessiva de sal, histórico familiar, idade, gênero, entre outras.

Outro aspecto muito importante é a classificação em grupos de riscos, para a qual será usada a escala de riscos de *Framingham*. O programa HIPERDIA estabelece um sistema de cadastramento e acompanhamento de usuários hipertensos o qual é utilizado em nossas unidades de saúde. Nas estatísticas de saúde pública percebe-se que a hipertensão arterial tem alta prevalência e baixas taxas de controle sendo considerado um importante problema de saúde no Brasil, pois resulta em altas taxas de morbidade e mortalidade, gerando altos custos econômicos.

Na realidade da equipe do nosso PSF são constantes os atendimentos de pacientes com hipertensão arterial, com mau controle, com descompensações agudas que sobrecarrega a demanda espontânea. Como há falta de adesão dos usuários às mudanças do estilo de vida e ao tratamento adequado, acredita-se que o projeto proposto para intervir neste problema de saúde em nossa população resulte em melhoria das condições de saúde e de vida da população adscrita, reduza a morbimortalidade relacionadas com essas doenças e,

indiretamente, os custos médicos e socioeconômicos relacionados ao mau controle desses pacientes.

É nesse contexto é que vamos analisar esse grupo de pacientes residentes no Povoado Santa Margarida, Penedo, em Alagoas.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo Geral**

Elaborar um projeto de intervenção visando a prevenção da hipertensão arterial e diminuição dos fatores de riscos em pacientes hipertensos, atendidos na USF Santa Margarida, município Penedo, Alagoas.

### **2.2 Objetivos Específicos**

Descrever dados demográficos da comunidade objeto de estudo.

Identificar os principais fatores de risco para hipertensão arterial que afetam a população local.

Explicar o comportamento da morbidade e mortalidade na comunidade.

Identificar os hábitos e estilos de vida da comunidade que possam influenciar tais fatores.

Criar um modelo de educação permanente para permitir uma estratégia de intervenção.

### 3 METODOLOGIA

Para elaborar o presente projeto de intervenção procedeu-se uma pesquisa bibliográfica em artigos científicos disponibilizados na Biblioteca Virtual de Saude (BVS) utilizando uma combinação das seguintes palavras-chave

O diagnóstico situacional foi definido com base em dados secundários do município de Penedo e da Unidade de Saúde coletados na Secretaria Municipal de Saúde de Penedo e no Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS). Também foram coletadas informações sócio-demográficas referente ao município no *site* do IBGE.

O plano de ação segue as normas do planejamento estratégico situacional e tem como base as informações levantadas no diagnóstico situacional sendo descrito de uma forma sintética e contemplando os seguintes itens: etapas do plano de intervenção; recursos necessários; resultados pretendidos e cronograma de execução.

#### 4 REVISÃO DA LITERATURA

A relevância da hipertensão arterial (HA) como importante fator de risco cardiovascular (FRCV), sua alta prevalência mundial e o aumento da probabilidade de desfechos circulatórios fatais ou não-fatais quando a ela estão associados outros fatores de risco tornam muito importante o conhecimento de sua ocorrência nacional e regional, assim como a correlação com outros possíveis fatores potencialmente desencadeantes de eventos cardiocirculatórios (JARDIM et al. 2007).

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é considerada ao mesmo tempo uma doença e um fator de risco, apresentando-se como um grande problema para a saúde pública, pois as doenças cardiovasculares constituem a primeira causa de morte em Brasil (PIERIN et al, 2010).

Segundo Pierin e colaboradores (2010) a HAS é identificada quando encontramos valores para a pressão arterial sistólica acima de 140 mmHg e diastólica acima de 90 mmHg. A pressão arterial limítrofe é aquela com valores sistólicos entre 130 - 139 mmHg e diastólicos entre 85 - 89 mmHg, enquanto consideramos a pressão arterial normal sistólica < 130 mmHg e diastólica < 85 mmHg. A pressão arterial é ótima se a pressão arterial sistólica é < 120 mmHg e diastólica < 80 mmHg.

Por essa razão a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) e a Organização Mundial de Saúde (OMS) procura intensificar e desenvolver estratégias e instrumentos para facilitar o desenvolvimento de atividades de detecção precoce, controle permanente e ampliação do nível de conhecimento da população enquanto patologia, fatores de risco e os impactos causados pela HAS, bem como, as implicações que seu controle e prevenção representam para a saúde pública (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2010).

Segundo Malachias (2010) a cada ano morrem 7,6 milhões de pessoas em todo o mundo devido à hipertensão, sendo que, 80% dessas mortes ocorrem em países em desenvolvimento como Brasil, mais da metade das vítimas tem entre 45 e 69 anos. Por conseguinte, a identificação de grupos em maior risco de serem acometidos pela HAS constitui importante contribuição na prevenção das morbidades e na efetividade do tratamento (GYARFAS, 1996).

A hipertensão arterial é uma condição clínica multifatorial caracterizada por elevados e sustentados níveis de pressão arterial, frequentemente, a alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos como o coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos e as alterações metabólicas, com consequente aumento de risco para problemas cardiovasculares fatais e não fatais. Está presente em todo o mundo, exceto num pequeno número de indivíduos que vivem em sociedades primitivas, culturalmente isoladas. Nas sociedades industrializadas, a pressão arterial aumentou constantemente durante as últimas duas décadas em meninos e adolescentes, a hipertensão está associada ao crescimento e à maturação (FAUCI et al, 2008).

Tanto os fatores ambientais como os genéticos podem contribuir às variações regionais e raciais da pressão arterial, bem como ao predomínio da hipertensão. Estudos indicam que sociedades que passam por mudanças de um lugar menos industrializado a um mais industrializado, refletem numa profunda contribuição ambiental para a pressão arterial e, refletindo isso, outro aspecto que merece atenção é a mudança de perfil da população brasileira em relação ao estilo de vida, como hábitos alimentares, aumento progressivo do predomínio de sobrepeso ou obesidade, somado à baixa adesão à realização de atividade física, o que contribui a este desenho (JARDIM, 2007).

Sabe-se que a obesidade e o aumento de peso são fortes e independentes fatores de risco para a hipertensão; estima-se que 60% dos hipertensos apresentam mais de 20% de sobrepeso. Entre as populações, observa-se o predomínio da pressão arterial aumentada com relação à ingestão do cloreto de sódio (NaCl) e ingestão dietética baixa de cálcio e potássio, o que pode contribuir para o risco da hipertensão. Enquanto outros fatores como o consumo de álcool, estresse psicoemocional e níveis baixos de atividade física também podem contribuir para o problema (FAUCI et al, 2008).

Com relação às complicações, a hipertensão pode ter relação com problemas como infarto agudo de miocárdio, doenças cérebro vasculares doenças renais crônicas e vasculopatias periféricas. Ela também é chamada assassina silenciosa, pois como muitos pacientes não apresentam nenhum sintoma da doença, se torna difícil estabelecer um diagnóstico, sendo que, muitas vezes, o mesmo ocorre pelas complicações ocasionadas depois do quadro estabelecido (TOLEDO, 2007).

Cipullo e colaboradores (2010) observaram que as diferenças socioeconômicas têm um papel importante na vida das pessoas, podendo determinar suas condições de saúde, pois



aquelas com melhores condições têm maior acesso a informações, melhor entendimento da condição clínica e maior aderência ao tratamento. Há taxas mais altas de doenças cardiovasculares em grupos com nível socioeconômico mais baixo. Foi constatado um menor predomínio de HAS nas regiões Norte (18,9%) e Médio Oeste (19,4%) e uma prevalência maior nas regiões Sudeste (22,8%) e Sul (20,9%). O mesmo estudo assinalou também que a frequência da hipertensão aumenta com a idade, diminui com a escolaridade, é maior entre negros e viúvos e menor entre os solteiros, aumentando entre os indivíduos com sobrepeso, diabetes, dislipidemias e com problemas cardiovasculares. Ao mesmo tempo, Ávila e colaboradores (2010) relatam a existência de uma relação direta da pressão arterial com a idade, sendo a prevalência de HAS superior a 60% em indivíduos com mais de 65 anos.

Na busca de controle para toda essa problemática, o Ministério de Saúde do Brasil criou em 2002, o programa HIPERDIA que é um Sistema de Registro e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos de toda a população afetada por estas doenças atendidas na Rede de Atenção Básica. O Sistema permite o acompanhamento destas pessoas através da saúde pública com definição do perfil epidemiológico e planejamento de ações dirigidas para a melhora de sua qualidade de vida e redução do custo social.

As atividades educativas dirigidas à população devem ter por objetivo prevenir a hipertensão arterial. Para aqueles que já padecem de hipertensão arterial as atividades devem ser focadas na redução dos níveis de pressão arterial, controle de outros fatores de risco cardiovasculares e a redução do uso de medicamentos anti-hipertensivos. As estratégias recomendadas devem orientar-se à redução do tabagismo e do uso abusivo de álcool, redução do peso entre aqueles com sobrepeso, implementação de atividades físicas, redução do consumo de sal, aumento do consumo de hortaliças e frutas, além da diminuição de alimentos gordurosos, estímulo ao auto cuidado e a promoção de uma vida saudável (KUSCHNIR & MENDONÇA, 2007).

Desde muitos anos, e, tendo como ponto de origem o estudo sobre doenças cardiovasculares que se iniciou em 1949 em Framingham, Estados Unidos, se vem assinalando a estreita associação entre a existência de determinados fatores com doença cardíaca, e, nos anos subsequentes, a presença de um deles, e mais ainda, a associação de vários deles, incrementam notavelmente o risco do aparecimento da doença.

Durante a infância e a adolescência vão-se fomentando muitos deles em estreita relação como inadequados hábitos e estilos de vida (dieta inadequada, obesidade,

sedentarismo) e já para então se associam com mudanças ateroscleróticas nas paredes dos vasos sanguíneos. Na idade adulta, muitos destes fatores mantêm-se e em consequência aparecem outros (tabagismo, HAS, dislipidemia, diabetes mellitus) estabelecendo-se um problema para a saúde pública em diferentes nações.

A comunidade de Santa Margarida não é exceção, em 12 meses de trabalho foi constatada a frequente assistência a consulta de pacientes aos quais se tem identificado ao menos um fator de risco para o desenvolvimento da doença cardiovascular, o que promove a presente investigação em função de estabelecer estratégias encaminhadas não só à prevenção e tratamento destes fatores senão à prevenção das consequências orgânicas que ocasionam sua repercussão. A equipe de saúde promoveu uma análise dos problemas levantados e considerou que no nível local temos recursos humanos e materiais para realizar um projeto de intervenção, com uma proposta viável.

Este trabalho se justifica pela alta prevalência e incidência de hipertensão arterial na comunidade, pelo grande número de pacientes com níveis pressóricos não controlados e pelo risco cardiovascular aumentado e suas consequências. O grande desafio consiste na adesão do paciente ao tratamento proposto, especialmente quanto a necessidade de modificação dos hábitos de vida. A implantação de um programa educativo para diminuir os fatores de riscos dos pacientes hipertensos da comunidade, proporcionará ao paciente uma melhor orientação para seu cuidado e auto cuidado para manejo da hipertensão, fazendo-o repensar sua forma de agir frente à doença e, conseqüentemente, promoverá uma modificação dos hábitos de vida melhorando sua qualidade de vida.

## **5 PLANO DE INTERVENÇÃO**

O plano de intervenção foi elaborado com base nas informações obtidas no diagnóstico situacional e tem por objetivo apresentar, de forma sintética, as ações necessárias para intervir no problema selecionado. Será apresentado a partir da descrição das etapas da intervenção, recursos necessários, resultados pretendidos e o cronograma de execução conforme conhecimentos adquiridos no Módulo de Planejamento e avaliação das ações de Saúde.

### **5.1. Etapas da intervenção**

- Identificar os principais fatores de risco para a saúde que afetam a população com HAS atendida na USF Santa Margarida.
- Encaminhar pacientes com HAS para consultas de orientação sobre mudanças de hábitos e estilos de vida com ajuda dos agentes comunitários de saúde.
- Agendar reunião com o grupo de pacientes portadores de HAS para definir os temas de interesse para atividades de educação em saúde, período de duração e horários mais adequados.
- Iniciar as atividades grupais que serão desenvolvidas no posto de saúde e comunidade.

### **5.2 Recursos necessários**

- Humanos: Equipe de saúde da família.
- Materiais: Prontuários dos usuários; ficha para avaliação; cartolinas; canetas; cartilha educativa; peso, altímetro e tensiômetro.

### **5.3 Resultados pretendidos**

Com a implantação das ações propostas nesse projeto, espera-se diminuir os fatores de riscos em pacientes hipertensos atendidos na USF Santa Margarida, atuando sobre a prevenção da patologia. Para isso, primeiro, é necessário ter conhecimento dos dados demográficos da comunidade objeto de estudo, identificando os principais fatores de risco para a saúde que afetam a população, conhecer os hábitos e estilos de vida dos pacientes e ter domínio do comportamento da morbidade e mortalidade na comunidade.

Assim, pretende-se com este projeto de intervenção implantar um protocolo de educação permanente para orientação dos pacientes hipertensos e reduzir os riscos da morbidade e mortalidade. Portanto, propõe-se obter os seguintes resultados:

- Identificar 100% dos pacientes com fatores de risco modificável e não modificável, para diminuir a descompensação e complicações da doença;
- Aumentar a adesão ao tratamento anti-hipertensivo, hipercolesterolêmico e tratamento da obesidade atingindo-se um percentual de 95% da população-alvo;
- Cumprir com a programação de 100% das consultas dos sujeitos da intervenção;
- Envolver pelo menos 80% das famílias de pacientes na intervenção;
- Reduzir os fatores de risco e complicações dos pacientes com hipertensão arterial;
- Implantar um protocolo de educação permanente promovendo uma melhora na qualidade de vida dos pacientes e redução do custo social.

### **5.4 Cronograma de execução**

A execução das atividades estão programadas para serem desenvolvidas nos seguintes períodos:

- Preparação dos recursos materiais e humanos – setembro a novembro
- Realização da consulta de enfermagem – novembro a janeiro

- Aplicação das atividades educativas, (abordagem direta, palestras, conversas e apresentação de vídeos) – janeiro a abril.
- Análise e interpretação dos dados – abril a junho
- Avaliação final da intervenção - Agosto

## **6 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O projeto propõe uma iniciativa construída sobre a base de recursos disponíveis e de baixo custo, e que tem por fim, uma intervenção educativa àqueles que precisam.

Pretende-se a sensibilização dos responsáveis e, mediante ações de saúde planejadas pela equipe de trabalho, mudar a situação existente na comunidade, em relação aos fatores de risco de pacientes com hipertensão arterial, levar as informações necessárias sobre a prevenção, mediante atividades educativas planejadas no posto de saúde e comunidade. Através do contato presencial, com palestras, conversas, jogos, apresentação de vídeos, e outras estratégias, com o apoio da equipe da comunidade, é possível melhorar as condições de saúde e de vida da população envolvida, reduzir a morbidade e mortalidade relacionadas com essa doença.

O projeto é possível e viável, pois não precisa de grandes recursos econômicos para se desenvolver e sim de muito envolvimento com o trabalho e dedicação da equipe de saúde, qualidade humana que a equipe já possui na busca de reduzir este indicador de saúde.

## REFERÊNCIAS

ABC DAS ALAGOAS. Disponível em:

<[http://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/1104/739030\\_vI.pdf?sequence=7](http://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/1104/739030_vI.pdf?sequence=7) –

Acesso em: 2 jul. 2015.

A CIDADE DE PENEDO. Disponível em: <<http://www.penedo.al.gov.br/a-cidade-de-penedo/>> Acesso em: 12 jul. 2015.

ÁVILA, A. et al. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão, Conceituação, Epidemiologia e Prevenção Primária. **Revista Brasileira de Hipertensão**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 7-10, 2010. Disponível em:<<http://departamentos.cardiol.br/dha/revista/17-1/05-cap01.pdf>> Acesso em: 12 set. 2014.

ARAUJO, J. C; GUIMARAES, A. C. Controle da hipertensão arterial em uma unidade de saúde da família. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 41 n. 3, jun. 2007. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v41n3/5707.pdf> >. Acesso em: 10 out. 2009.

BARRETO FILHO, J.A.S; KRIEGER, J.E. Genética e hipertensão arterial, conhecimento aplicado a pratica clínica. **Revista da Sociedade Brasileira de Cardiologia**, São Paulo, v. 13, n.1, p.46-55, 2003.

CIPULLO, J. P. et al. Prevalência e fatores de risco para hipertensão em uma população urbana brasileira. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, vol. 94, n. 4, abr. 2010.

FAUCI, A. S. et al. **Harrison Medicina Interna**. 17<sup>a</sup> ed., vol. 2, Rio de Janeiro: McGraw-Hill, p. 1549-1562 , 2008.

IBGE. Disponível em: <http://Cidades.Ibge.Gov.Br/Xtras/Perfil.Php?Codmun=270670> - Acesso em: 5 jul. 2015.

GYARFAS I. **Lessons from worldwide experience with hypertension control**. Journal of Human Hypertension, v. 10, Supl. 1, p. 21-5, 1996. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8965282>> Acesso em: 14 set. 2014.

HISTÓRIA-PENEDO FM. Disponível em:

<[http://www.penedofm.com.br/?pag=penedo\\_historia](http://www.penedofm.com.br/?pag=penedo_historia)> . Acesso em: 3 jun. 2015.

JARDIM, P. C. B. V. et al. Hipertensão Arterial e Alguns Fatores de Risco em uma Capital Brasileira. **Revista da Sociedade Brasileira de Cardiologia**. v. 88, n. 4, p. 452-457, 2007. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/abc/v88n4/15.pdf>> Acesso em: 15 set. 2014.

KUSCHNIR, M. C. C.; MENDONÇA, G. A. S. Fatores de risco associados à hipertensão arterial em adolescentes. **Jornal de Pediatria**, v. 83, n.4, Porto Alegre, Jul-ago. 2007. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/jped/v83n4/v83n4a09.pdf>> Acesso em: 16 set. 2014.

MALACHIAS, M. V. B.; VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão, Palavra do Presidente. **Revista Brasileira de Hipertensão** v. 17, n.1, p. 2-3, Rio de Janeiro, 2010. Disponível em: <[http://www.anad.org.br/profissionais/images/VI\\_Diretrizes\\_Bras\\_Hipertens\\_RDHA\\_6485.pdf](http://www.anad.org.br/profissionais/images/VI_Diretrizes_Bras_Hipertens_RDHA_6485.pdf)> Acessado em: 13 set. 2014.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Disponível em:< <http://www.who.int/eportuguese/publications/pt/>> Acesso em: 13 set. 2014.

PENEDO EM SUA HISTÓRIA. Disponível em: <[http://www.aplacc.com/v2/?page\\_id=85](http://www.aplacc.com/v2/?page_id=85) - Acesso em: 16 jul. 2015.

PIERIN, A. M.G. et al; VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão, Diagnóstico e classificação. **Revista Brasileira de Hipertensão**, Rio de Janeiro, v. 17, n.1, p.11-17, 2010. Disponível em: [http://www.anad.org.br/profissionais/images/VI\\_Diretrizes\\_Bras\\_Hipertens\\_RDHA\\_6485.pdf](http://www.anad.org.br/profissionais/images/VI_Diretrizes_Bras_Hipertens_RDHA_6485.pdf) Acesso em: 12 set. 2014.

TOLEDO, M. M. Educação em Saúde no Enfrentamento da Hipertensão Arterial: Uma nova Ótica Para um velho Problema. **Revista Educação em Saúde no Enfrentamento da Hipertensão Arterial**, v. 16, n. 2, p. 233-228, Abr- jun. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v16n2/a04v16n2>> . Acesso em: 15 set. 2014.