



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE SAÚDE PÚBLICA  
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO MULTIPROFISSIONAL NA ATENÇÃO BÁSICA 2016

Aiza Nuñez Napoles

Plano de ação para redução da incidência de hipertensão arterial sistêmica na Unidade Básica de Saúde Rio do Tigre, em Cândido de Abreu - PR

Florianópolis, Março de 2018



Aiza Nuñez Napoles

Plano de ação para redução da incidência de hipertensão arterial sistêmica na Unidade Básica de Saúde Rio do Tigre, em Cândido de Abreu - PR

Monografia apresentada ao Curso de Especialização Multiprofissional na Atenção Básica da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito para obtenção do título de Especialista na Atenção Básica.

Orientador: Murielk Motta Lino  
Coordenadora do Curso: Profa. Dra. Fátima Büchele

Florianópolis, Março de 2018



Aiza Nuñez Napoles

Plano de ação para redução da incidência de hipertensão arterial sistêmica na Unidade Básica de Saúde Rio do Tigre, em Cândido de Abreu - PR

Essa monografia foi julgada adequada para obtenção do título de “Especialista na atenção básica”, e aprovada em sua forma final pelo Departamento de Saúde Pública da Universidade Federal de Santa Catarina.

---

**Profa. Dra. Fátima Büchele**  
Coordenadora do Curso

---

**Murielk Motta Lino**  
Orientador do trabalho

Florianópolis, Março de 2018



# Resumo

**Introdução:** a hipertensão arterial sistêmica é uma doença clínica multifatorial caracterizada por elevados e sustentados níveis de pressão arterial, sendo uma das doenças que mais afetam a saúde dos indivíduos em todo mundo. Um dos principais problemas de saúde identificado foi a elevada e contínua incidência de casos de hipertensão arterial sistêmica entre os pacientes atendidos na Unidade Básica de Saúde de Rio do Tigre, município de Cândido de Abreu - PR, no período de agosto/2016 a fevereiro/2017, necessitando-se que alguma ação seja feita para conter estes índices. **Objetivo:** construir um plano de ação para redução da incidência de Hipertensão Arterial Sistêmica na Unidade Básica de Saúde do Rio do Tigre. **Metodologia:** trata-se de um projeto de intervenção onde envolve-se a todos os pacientes hipertensos cadastrados pela equipe de saúde da UBS. O planejamento das estratégias e ações serão organizadas pela equipe em quatro etapas, para uma melhor sistematização do estudo realizado, sendo elas: seleção dos pacientes, identificação dos fatores de risco, projeto de implementação de intervenções educativas sobre os fatores de risco identificados, e a avaliação do grau de conhecimentos adquiridos da doença. **Resultados esperados:** com esse projeto espera-se que os pacientes que participarão do programa de educação adquiram conhecimentos adequados da hipertensão arterial, os fatores de risco, seu tratamento farmacológico e não farmacológico, e as complicações mais graves e mais frequentes. Assim, espera-se que aumentem seu conhecimento da doença, proporcionem-se a possibilidade de alcançar uma sobrevida maior com uma melhor qualidade de vida. Espera-se ainda uma diminuição e controle dos fatores de risco que favorecem a aparição da doença em nossa comunidade, a promoção de hábitos e estilos de vida saudáveis, como alimentação, atividades físicas e lazer. Deseja-se futuramente estender os conhecimentos adquiridos à outras comunidades do município.

**Palavras-chave:** Atenção Primária à Saúde, Fatores de Risco, Hipertensão, Prevenção de Doenças, Promoção da Saúde



# Sumário

1	<b>INTRODUÇÃO</b> . . . . .	9
2	<b>OBJETIVOS</b> . . . . .	13
2.1	Objetivo geral . . . . .	13
2.2	Objetivos específicos . . . . .	13
3	<b>REVISÃO DA LITERATURA</b> . . . . .	15
4	<b>METODOLOGIA</b> . . . . .	19
5	<b>RESULTADOS ESPERADOS</b> . . . . .	21
	<b>REFERÊNCIAS</b> . . . . .	23



# 1 Introdução

Uma das estratégias do Ministério de Saúde no Brasil é levar o atendimento à pessoas mais necessitadas e que moram mais longe dos hospitais e centros de referência em saúde. Assim, a Unidade Básica de Saúde (UBS) do Rio do Tigre pertence ao município de Cândido de Abreu, localizado no interior do Estado do Paraná. A história do município inicia com os primeiros colonizadores, que foram poloneses, alemães, franceses e ucranianos, porém os indígenas já habitavam a área, existindo até hoje duas reservas indígenas demarcadas: Reserva Faxinal e a Reserva Lote do Vitorino dos Caigangues. Em 1955 a área foi desmembrada do município de Reserva, tornando-se município ([WIKIPÉDIA, 2017](#)). Atualmente o município conta com uma população total de 18.795 pessoas, sendo 4.684 na área urbana e 14.111 na área rural. Cada bairro conta com uma escola de ensino fundamental, com igrejas (católicas, quadrangular, alma de cristo, adventista e assembléia de Deus). Em alguns dos bairros, existem áreas de recreação de jogos e bares. O município conta ainda com onze unidades básicas de saúde onde se oferta o atendimento de atenção básica de saúde. Há também alguns mercados os quais suprem com alimentos e outros artigos à população ([IBGE, 2017](#)).

Existem quatro movimentos sociais ou assentamentos no município, sendo eles: Terra e Vida, Laguiche, Ilha das Flores e Rio Leão; três dos quais já são legalizados perante o Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária (INCRA) e com moradias adequadas, mas ainda o assentamento Terra e Vida corre o processo. A população residente nestes assentamentos totalizam umas 900 pessoas, o que representa cerca de 36,2% da população total. As famílias, em sua maioria por ser de baixa renda, recebem benefícios do Programa Bolsa Família do Governo Federal e assentamento de terra à ribeirinhos.

A maior parte da população é de baixa renda, com uma média salarial de 850,00 reais de salário mensal. Alguns são pequenos proprietários de terras e alguns poucos deles são grandes proprietários, moram em casas próprias com condições estruturais variáveis, como casas de madeira ou de alvenaria. Uma porcentagem baixa das famílias e sobrevivem do ganho da agricultura ou pequena pecuária, como bovinos, ovelhas, cultivo de soja, milho, aveia e feijão. As pessoas não recebem água tratada e também não tem saneamento básico pela localização na área rural. Usa-se inseticidas nas lavouras para o combate às pragas e aos insetos e usa-se também veneno para matar ervas daninhas, na malhoria das ocasiões sem os devidos meios de proteção à saúde.

A equipe de saúde da família da UBS Rio do Tigre onde esta médica pesquisadora atua atende uma população de 2.488 pessoas das áreas rurais do município, sendo 1.248 homens (50,32%) e 1.240 mulheres (49,8%) da população total da área; e destes 745 pessoas são menores de 20 anos (29,94%), 1.509 pessoas tem entre 20 a 59 anos (60,65%) e 234 pessoas tem mais de 60 anos (9,41%). Conforme os dados dos relatórios de atendimento,

estão adstritas as localidades do Rio de Tigre, Rio de Leão, Torre Branca, Bairro das Rosas, Marumbi, Serra de Pinhão, Jacaré, Linha Ivaí, Serra Paulista, Bairro dos Limas, Ilha das Flores, Funil e Faxinal de Santo Antônio. Em termos de estratégias de saúde a população não é grande, mas em extensão geográfica é uma região muito vasta, onde em muitas ocasiões dificulta-se o acompanhamento por parte de os profissionais de saúde. Entre as queixas mais comuns que levaram a população a procurar o atendimento nos serviços de saúde das áreas adscritas encontram-se as doenças do aparelho respiratório tais como bronquite, resfriado, faringite e amigdalite; doenças do aparelho circulatório, sendo a mais frequente a hipertensão; doenças psiquiátricas como depressão, ansiedade, insônia; doenças do aparelho digestivo, como gastrite e parasitismo; e doenças do aparelho geniturinário, como cistites e infecções do trato urinário, bem como doenças da próstata.

Um dos principais problemas de saúde detectados na comunidade é a hipertensão arterial sistêmica, doença do aparelho circulatório que afeta a uma porcentagem alta da população maior de 15 anos em nossa comunidade. A doença há tido nos últimos anos uma alta incidência com morbidades e mortalidades por doenças crônicas, não só no Brasil, mas em todo o mundo, e as estratégias em saúde encaminham-se a alcançar o controle dos fatores de risco modificáveis da doença. Pelas complicações que se apresentam e que são causas de morte, aponta-se principalmente o infarto agudo do miocárdio, a insuficiência renal e os acidentes cerebrovasculares (SBH, 2017).

A população maior de 15 anos da área de abrangência da equipe é de 2.013 pessoas e dentre estes apresentou-se uma incidência de 24 casos novos de hipertensos no período de agosto de 2016 até fevereiro de 2017, somado a uma prevalência já conhecida de 204 hipertensos mapeados anteriormente. Isto representa um problema de saúde que atinge 10,1% da população maior de 15 anos com o quadro clínico já diagnosticado, bem como há outras parcelas da população as quais podem desenvolver a doença nos próximos anos se não forem devidamente acompanhados.

Empiricamente, já foi possível verificar que o conhecimento que a população tem da doença e de suas complicações é baixo, bem como há pouca aderência ao tratamento médico. Por este motivo, decidiu-se propor o presente estudo, que é importante para a população, já que visa incrementar os conhecimentos da população sobre a doença e suas complicações; para a equipe de saúde, pois nos permite diminuir a morbimortalidade pela doença e melhorar o estilo de vida da população; e para o governo, pois permite diminuir o custo do atendimento pelas complicações que ela provoca.

Este projeto é possível de realizar-se pois conta-se com as condições tanto humanas (equipe de saúde com pessoal qualificado e preparado para a pesquisa), como materiais (equipe de controle de hipertensão arterial). Considera-se oportuno fazê-lo neste momento, ante o incremento do número de pessoas com a doença e com complicações, com fatores de risco modificáveis associados, e só temos que trabalhar de modo direcionado à solução do problema e para os resultados desejados pela equipe de saúde, que é de melhorar a

qualidade de vida dos pacientes e alcançar as mudanças que se precisa para obter melhor qualidade na atenção da própria equipe de saúde.

Por fim, reitera-se que o projeto está de acordo com os interesses da comunidade, da equipe de saúde, e do Ministério da Saúde, pois seus objetivos ficam encaminhados a solucionar um problema que não visa a cura da doença, mais o controle desta, bem como podendo diminuir a aparição de novos casos e melhorar a qualidade de vida da comunidade atendida como um todo, incrementando o grau de satisfação da população para a qual nós trabalhamos.



## 2 Objetivos

### 2.1 Objetivo geral

Construir um plano de ação para redução da incidência de Hipertensão Arterial Sistêmica na Unidade Básica de Saúde do Rio do Tigre.

### 2.2 Objetivos específicos

- 1- Identificar os fatores de risco associados a Hipertensão Arterial Sistêmica na Unidade Básica de Saúde do Rio do Tigre;
- 2- Planejar com a equipe de saúde estratégias de promoção e prevenção em saúde para a população adscrita;
- 3- Proporcionar a população adscrita à Unidade Básica de Saúde o desenvolvimento de estilos de vida saudáveis por meio de ações de saúde.



### 3 Revisão da Literatura

A hipertensão arterial sistêmica - HAS é condição clínica multifatorial caracterizada por elevação sustentada dos níveis pressóricos  $\geq 140$  e/ou  $\geq 90$  mmHg. Frequentemente se associa a distúrbios metabólicos, alterações funcionais e/ou estruturais de órgãos-alvo, sendo agravada pela presença de outros fatores de risco (FR), como dislipidemia, obesidade abdominal, intolerância à glicose e diabetes mellitus (DM). Mantém associação independente com eventos como morte súbita, acidente vascular encefálico (AVE), infarto agudo do miocárdio (IAM), insuficiência cardíaca (IC), doença arterial periférica (DAP) e doença renal crônica (DRC), fatal e não fatal. Impacto médico e social da hipertensão arterial (SBC, 2010).

Dados norte-americanos de 2015 revelaram que HAS estava presente em 69% dos pacientes com primeiro episódio de infarto agudo do miocárdio, 77% de acidente vascular encefálico, 75% com insuficiência cardíaca e 60% com doenças pulmonares. A HAS é responsável por 45% das mortes cardíacas e 51% das mortes decorrentes de acidente vascular encefálico (LIM; FLAXMAN; DANAIEI, 2012). No Brasil, a doença já atinge 32,5% (36 milhões) de indivíduos adultos, mais de 60% dos idosos, contribuindo direta ou indiretamente para 50% das mortes por doença cardiovascular. Juntamente com diabetes mellitus, suas complicações (cardíacas, renais e cerebrovasculares) têm impacto elevado na perda da produtividade do trabalho e da renda familiar, estimada em US\$ 4,18 bilhões entre 2006 e 2015 (BRASIL, 2013).

A Hipertensão Arterial Sistólica é uma doença que acomete aproximadamente 25% da população mundial, com previsão de aumento de 60% dos casos dessa doença em 2025 (FERREIRA; PEIXOTO; BARBOSA, 2010). No Brasil, estimasse que 30% da população a partir dos 40 anos tenha hipertensão arterial, quadro que vem se transformando em um de os mais graves problemas de saúde pública, principalmente pela complexidade dos recursos necessários para seu controle e pelo impacto na saúde da população (BORING; GUARIENTO; ALMEIDA, 2011).

A patologia já é considerada uma doença crônica degenerativa e que provoca alterações físicas emocionais e sociais, e por isso que o principal objetivo de tratamento da doença não é só farmacológico, também se include um tratamento não farmacológico e o controle de os fatores de risco para a aparição da doença, e assim reduzir a mobilidade e mortalidade devido as consequencias da doença (BÜNDCHEN; SANTOS; ANTUNEZ, 2010).

Apesar de apresentar uma redução significativa nos últimos anos, as doenças crônica não transmissíveis têm sido a principal causa de morte no Brasil. Entre os anos de 1996 e 2007, a mortalidade por doença cardíaca isquêmica e cerebrovascular diminuiu 26% e 32%, respectivamente. No entanto, a mortalidade por doença cardíaca hipertensiva cresceu 11%, fazendo aumentar para 13% o total de mortes atribuíveis a doenças cardiovasculares

em 2007 (SCMIDT, 2011).

No Brasil, a prevalência média de HAS referida na população acima de 18 anos, segundo a Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico, é de 22,7%, sendo maior em mulheres (25,4%) do que em homens (19,5%). A frequência de HAS tornou-se mais comum com a idade, mais marcadamente para as mulheres, alcançando mais de 50% na faixa etária de 55 anos ou mais de idade. Entre as mulheres, destaca-se a associação inversa entre nível de escolaridade e diagnóstico da doença: enquanto 34,4% das mulheres com até 8 anos de escolaridade referiam diagnóstico de HAS, a mesma condição foi observada em apenas 14,2% das mulheres com 12 ou mais anos de escolaridade. Para os homens, o diagnóstico da doença foi menos frequente nos que estudaram de 9 a 11 anos (BORING; GUARIENTO; ALMEIDA, 2011).

Duas metanálises envolvendo estudos brasileiros realizados nas décadas de 1980, 1990 e 2000, apontaram uma prevalência de HAS de 31%, sendo que entre idosos esse valor chega a 68%. Assim, no Brasil, os desafios do controle e prevenção da HAS e suas complicações são, sobretudo, das equipes de Atenção Básica (AB). As equipes são multiprofissionais, cujo processo de trabalho pressupõe vínculo com a comunidade e a clientela adscrita, levando em conta a diversidade racial, cultural, religiosa e os fatores sociais envolvidos. Nesse contexto, o Ministério da Saúde preconiza que sejam trabalhadas as modificações de estilo de vida, fundamentais no processo terapêutico e na prevenção da hipertensão. A alimentação adequada, sobretudo quanto ao consumo de sal e ao controle do peso, a prática de atividade física, o abandono do tabagismo e a redução do uso excessivo de álcool são fatores que precisam ser adequadamente abordados e controlados, sem os quais os níveis desejados da pressão arterial poderão não ser atingidos, mesmo com doses progressivas de medicamentos (PICON, 2013) (LIM; FLAXMAN; DANAEI, 2012) (BORING; GUARIENTO; ALMEIDA, 2011).

Os profissionais da Atenção básica têm importância primordial nas estratégias de prevenção, diagnóstico, monitorização e controle da hipertensão arterial. Devem também, ter sempre em foco o princípio fundamental da prática centrada na pessoa e, consequentemente, envolver usuários e cuidadores, em nível individual e coletivo, na definição e implementação de estratégias de controle à hipertensão. A hipertensão arterial sistêmica apresenta alta morbimortalidade, com perda importante da qualidade de vida, o que reforça a importância do diagnóstico precoce. O diagnóstico não requer tecnologia sofisticada, e a doença pode ser tratada e controlada com mudanças no estilo de vida, com medicamentos de baixo custo e de poucos efeitos colaterais, comprovadamente eficazes e de fácil aplicabilidade na Atenção Básica (AB) (BÜNDCHEN; SANTOS; ANTUNEZ, 2010).

Todo adulto com 18 anos ou mais de idade, quando vier à Unidade Básica de Saúde (UBS) para consulta, atividades educativas, procedimentos, entre outros, e não tiver registro no prontuário de ao menos uma verificação da PA nos últimos dois anos, deverá

tê-la verificada e registrada. O indivíduo deverá ser investigado para doenças arteriais se apresentar diferenças de pressão entre os membros superiores maiores de 20/10 mmHg para as pressões sistólica/diastólica, respectivamente. Com intervalo de um minuto, no mínimo, uma segunda medida deve ser realizada (SBC, 2010) (SBN; SBH; SBC, 2010).

O diagnóstico da HAS consiste na média aritmética da PA maior ou igual a 140/90mmHg, verificada em pelo menos três dias diferentes com intervalo mínimo de uma semana entre as medidas, ou seja, soma-se a média das medidas do primeiro dia mais as duas medidas subsequentes e divide-se por três. Se a média das três medidas forem iguais ou maiores a 140/90mmHg, está confirmado o diagnóstico de HAS e a pessoa deverá ser agendada para consulta médica para iniciar o tratamento e o acompanhamento (SBN; SBH; SBC, 2010).

O tratamento não medicamentoso é parte fundamental no controle da HAS e de outros fatores de risco para doenças cardiovasculares (DCV), como obesidade e dislipidemia. Esse tratamento envolve mudanças no estilo de vida (MEV) que acompanham o tratamento do paciente por toda a sua vida. Entre as MEV está a redução no uso de bebidas alcoólicas. O álcool é fator de risco reconhecido para hipertensão arterial e pode dificultar o controle da doença instalada. São considerados outros fatores de risco de HAS o uso de anticoncepcionais orais e o tabagismo que incrementam o risco de complicações cardiovasculares. A decisão de quando iniciar medicação anti-hipertensiva deve ser considerada avaliando a preferência da pessoa, o seu grau de motivação para mudança de estilo de vida, os níveis pressóricos e o risco cardiovascular (BRASIL, 2013).

Pessoas que não se enquadram nos critérios acima e que decidem, em conjunto com o médico, não iniciar medicação neste momento, podem adotar hábitos saudáveis para atingir a meta por um período de três a seis meses. Durante esse intervalo de tempo devem ter a pressão arterial avaliada pela equipe, pelo menos, mensalmente. Quando a pessoa não consegue atingir a meta pressórica pactuada ou não se mostra motivada no processo de mudança de hábitos, o uso de anti-hipertensivos deve ser oferecido, de acordo com o método clínico centrado na pessoa. O tratamento medicamentoso utiliza diversas classes de fármacos selecionados de acordo com a necessidade de cada pessoa, com a avaliação da presença de comorbidades, lesão em órgãos-alvo, história familiar, idade e gravidez. Frequentemente, pela característica multifatorial da doença, o tratamento da HAS requer associação de dois ou mais anti-hipertensivos (BRASIL, 2013) (SBC, 2010).

Qualquer medicamento dos grupos de anti-hipertensivos disponíveis, desde que resguardadas as indicações e contraindicações específicas, pode ser utilizado para o tratamento da hipertensão arterial. Antes de substituir o anti-hipertensivo que se mostra ineficaz, deve-se garantir o uso de doses adequadas. Ocorrência de efeitos adversos significativos ou continuada ineficácia indicam a necessidade de substituição, em vez do uso de doses mais altas. Pacientes sob tratamento com três anti-hipertensivos em doses adequadas, incluindo um diurético, com adesão conferida e sem pressão controlada,

têm hipertensão resistente. Esses pacientes devem ser referidos a serviços especializados (PICON, 2013).

Entre os hábitos de vida, a alimentação ocupa um papel de destaque no tratamento e prevenção da HAS. Uma alimentação inadequada está associada de forma indireta a maior risco cardiovascular, que pode, ainda, ser associado a outros fatores de risco como obesidade, dislipidemia e HAS. Várias modificações dietéticas demonstram benefícios sobre a PA, como a redução da ingestão de sal e álcool, redução do peso e possivelmente aumento no consumo de alguns micronutrientes, como potássio e cálcio. Alguns estudos indicam que o padrão dietético global, mais que um alimento isolado, tem maior importância na prevenção de doenças e redução da morbidade e mortalidade cardiovascular. Com a criação das equipes básicas de saúde no Brasil, as doenças crônicas têm tido uma melhora no controle (FERREIRA; PEIXOTO; BARBOSA, 2010).

O trabalho das equipes fica encaminhado a prevenção das doenças crônicas com o objetivo de diminuir a morbidade e mortalidade. Nesse contexto a identificação dos fatores de risco da doença mediante o vínculo direto com a população nas comunidades. O que a permitido a modificação dos estilos de vida sua interação com o meio ambiente, solidifico a atenção a pessoa, e por isso que nós achamos relevante a realização de essa investigação, só com a identificação e as atividades de educação sanitária temos um passo importante de avance.

## 4 Metodologia

Para a realização deste trabalho de intervenção se pesquisou a população maior de 15 anos da ESF Rio de Tigre, que é um total de 2013 pessoas e se tomo uma mostra de 204 pacientes dispenzarizados como hipertensos, que foi a mostra estudada. Participo uma equipe multiprofissional integrada por 1 medico, 1 enfermagem licenciada, 5 técnicos de enfermagem, e 8 agentes de saúde, 1 nutricionista, 1 Psicologista, 1 motorista. Os profissionais foram escolhidos porque em nosso município não possui o NASF, ele são os que estão ligados aos pacientes.

O projeto de trabalho foi desenvolvido no território de abrangência de UBS Rio de Tigre, no período de Agosto/2016 a Fevereiro/2017, pesquisa-se a toda a população cadastrada no posto maior de 15 anos, os pacientes já diagnosticados algum os com tratamento e outros que abandonarem o tratamento. A traves de reuniões da equipe foi feito o planejamento das estratégias e ações para desenvolver com cada uma das pessoas.

Foram elaboradas as ações em quatro etapas:

### 1- Seleção dos pacientes

O primeiro foi a seleção dos pacientes, para isto cada um dos agentes comunitários de saúde selecionou os respectivos proutuários de suas áreas, resgatando todas as pessoas diagnosticadas com hipertensão arterial sistêmica, e nas visitas domiciliares foram informados dos objetivos do trabalho e o consentimento informado a cada uma das pessoas para sua participação no estudo. Neste período diagnosticaram-se novos casos na pesquisa feita a todos os maiores de 15 anos, e incluídos no trabalho. A cada um deles foi entregue uma folha questionário para ser cheio prévio consentimento informado.

### 2- Identificação de fatores de risco.

Em uma segunda fase os resultados foram analisados e processados por os participantes da equipe. Os resultados serão tratados pelos agentes de saúde, onde eles tiram uma mostra de cada pergunta da pesquisa. Posteriormente os dados coletados agruparem-se, ordenarem-se, tabularem-se, e anualizarem-se estadisticamente para a caracterização, utilizando o softwear Excel. Esse dado nos ajuda a conhecer os fatores de risco mais frequentes em nossa população hipertensa.

Os enfermeiros e técnicos de enfermagem fizeram controle e monitoração da pressão arterial, os níveis de glicemia, peso, altura e circunferência abdominal para cálculo do IMC (Índice massa corporal). As continuações foram avaliadas por nutricionista e psicologista.

### 3- Projeto e implementação da intervenção educativa sobre os fatores de risco identificados.

Uma terceira fase incluo a implementação de ações educativas sobre os fatores de risco identificados, para lograr um incremento do nível de conhecimento de cada um dos pacientes estudados, e assim da comunidade em geral. Também será brindada informação

acerca da hipertensão arterial como doença, tratamento, complicações mais frequentes, principais sintomas e medidas de prevenção.

Foram organizadas atividades de prevenção e promoção em saúde no posto e nas comunidades, palestras, cara a cara, e intercambio nas visitas domiciliares e nas consultas no posto de saúde, utilizando-se para isto um material didático como cartazes, figuras, folhetos, entre outros, para assim lograr uma participação ativa dos pacientes no processo educativo.

#### 4- Avaliação dos conhecimentos após a intervenção.

Após a realização da palestra e outras atividades educativas serão aplicado novamente o questionário pelos agentes de saúde, com ajuda dos técnicos de enfermagem para verificar o grau de conhecimentos adquiridos, si as intervenções foram positivas, ou seja, se os pacientes aumentarem seus conhecimentos sobre a doença, fatores de risco, tratamento farmacológico e não farmacológico, e o modo de prevenir a doença. Não houve custos diretos relacionados as ações pois a equipe dispunha dos materiais necessários no dia a dia. Além disso, os recursos humanos adotados foram a própria equipe de saúde. O cronograma foi definido e assumido também pela equipe, que desenvolveu as ações juntamente com suas demais atribuições diárias.

## 5 Resultados Esperados

Após a implementação das ações, esperamos ter melhorado a qualidade de vida da população em geral, de forma que se preocupem com a melhora dos hábitos alimentares, os estilos saudáveis de vida, educar, orientar, fazer mudanças na população dos hábitos e estilos de vida para o controle do problema prioritário.

Que uma vez diagnosticados, espera-se que reconheçam a importância de controle da doença, de seu tratamento farmacológico e não farmacológico, para evitar complicações que geralmente são perigosas para as pessoas. Para nós, como profissionais de saúde, é um grande desafio o enfrentamento em busca da diminuição de a doença na população, não só de nossa equipe, também estender a todo o município, nossa experiência e assim melhorar a saúde de forma geral e diminuir a morbimortalidade pela doença.



# Referências

- BORING, F.; GUARIENTO, M.; ALMEIDA, E. Perfil de adultos e idosos hipertensos em unidade básica de saúde. *Revista Brasileira de Clínica Médica*, p. 107–111, 2011. Citado 2 vezes nas páginas 15 e 16.
- BRASIL, M. da S. *Estratégia para o cuidado de pessoa com doença crônica; HAS*. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Citado 2 vezes nas páginas 15 e 17.
- BÜNDCHEN, D.; SANTOS, R.; ANTUNEZ, M. Qualidade de vida de hipertensos em tratamento ambulatorial e em programa de exercícios físicos. *Revista Brasileira de Cardiologia*, p. 23–50, 2010. Citado 2 vezes nas páginas 15 e 16.
- FERREIRA, C.; PEIXOTO, M.; BARBOSA, M. Prevalência de fatores de risco cardiovascular em idosos usuários do sistema único de saúde de Goiânia. *Arquivo Brasileiro de Cardiologia*, p. 621–628, 2010. Citado 2 vezes nas páginas 15 e 18.
- IBGE, I. B. de Geografia e Estatística. *Censo Populacional 2010*. 2017. Disponível em: <[http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/populacao\\_por\\_municipio.shtm](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/populacao_por_municipio.shtm)>. Acesso em: 07 Jul. 2017. Citado na página 9.
- LIM, S.; FLAXMAN, A.; DANAEI, G. A comparative risk assessment of burden of disease and injury attributable to 67 risk factors and risk factors clusters in 21 regions. *Lancet*, p. 2224–2260, 2012. Citado 2 vezes nas páginas 15 e 16.
- PICON, R. Prevalence of hypertension among elderly person in urban Brazil. *Systematic review with meta-analysis*, v. 26, n. 4, p. 541–548, 2013. Citado 2 vezes nas páginas 16 e 17.
- SBC, S. B. de C. Diretrizes brasileiras de hipertensão. *Revista Brasileira de Hipertensão 2010*, p. 4–62, 2010. Citado 3 vezes nas páginas 15, 16 e 17.
- SBH, S. B. de H. *O que é hipertensão*. 2017. Disponível em: <<http://www.sbh.org.br/geral/oque-e-hipertensao.asp>>. Acesso em: 07 Jul. 2017. Citado na página 10.
- SBN, S. B. de N.; SBH, S. B. de H.; SBC, S. B. de C. VI diretrizes brasileira de hipertensão arterial. *Revista de Hipertensão*, p. 18–25, 2010. Citado 2 vezes nas páginas 16 e 17.
- SCMIDT, M. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil, carga e desafios atuais. *The Lancet*, v. 377, n. 9781, p. 1949–1961, 2011. Citado na página 15.
- WIKIPÉDIA, C. da. *Cândido de Abreu*. 2017. In: WIKIPÉDIA, a enciclopédia livre. Flórida: Wikimedia Foundation. Disponível em: <[https://pt.wikipedia.org/w/index.php?title=C%C3%A2ndido\\_de\\_Abreu&oldid=48056053](https://pt.wikipedia.org/w/index.php?title=C%C3%A2ndido_de_Abreu&oldid=48056053)>. Acesso em: 07 Jul. 2017. Citado na página 9.