



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE SAÚDE PÚBLICA  
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA 2018

Wagner Missio da Silva

## Ações educativas em saúde e seus reflexos na comunidade hipertensa Alto Alegre

Florianópolis, Março de 2023



Wagner Missio da Silva

Ações educativas em saúde e seus reflexos na comunidade  
hipertensa Alto Alegre

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

Orientador: Inácio Alberto Pereira Costa  
Coordenadora do Curso: Profa. Dra. Fátima Buchele Assis

Florianópolis, Março de 2023



Wagner Missio da Silva

**Ações educativas em saúde e seus reflexos na comunidade hipertensa Alto Alegre**

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 Buchele Assis**  
Coordenadora do Curso

---

**Inácio Alberto Pereira Costa**  
Orientador do trabalho

Florianópolis, Março de 2023



# Resumo

**Introdução:** O município de Alto Alegre conta com população de 1.832 habitantes, na região do Alto da Serra do Botucarai, no Rio Grande do Sul (RS), tem bons índices de educação e culturais; na assistência a saúde possui apenas, uma Unidade Básica de Saúde, equipada com uma equipe de Estratégia de Saúde da Família, que oferta os mais variados serviços em saúde aos munícipes. **Objetivos:** Este trabalho objetiva avaliar a resposta da população as atividades educativas do Programa Nacional de Hipertensão e Diabetes mellitus (HIPERDIA), bem como sensibilizar os usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) sobre a importância do método Medidas Residencial da Pressão Arterial (MRPA) e realizar educação em saúde; identificar e compreender os motivos da não adesão aos planos terapêuticos; estimular o autocuidado e aumentar o comprometimento com o plano terapêutico. **Metodologia:** As ações para intervenção, se realizará junto aos participantes do HIPERDIA, divididas em 6 etapas distintas, sendo estas: primeira etapa: apresentação do projeto e calibração da equipe de Agentes Comunitários de Saúde (ACS); segunda etapa: visitas domiciliares dos ACS com a coleta do termo de consentimento livre e esclarecido de participação na pesquisa, aferição da pressão arterial (PA) e aplicação do questionário; terceira etapa: ações educativas do HIPERDIA; quarta etapa: repetição da segunda etapa em intervalos regulares; quinta etapa: tabulação e análise dos dados, confecção das mídias de divulgação dos resultados; e sexta etapa: divulgação dos resultados do estudo a comunidade. **Resultados esperados:** Espera-se que este projeto de intervenção, tenha como resultados da unidade, em observar as relações entre medidas de PA antes e depois das atividades educativas, o vínculo cerebral estabelecido, a frequência de participação versus acertos no questionário e a evolução de conhecimento ao longo das atividades. Ainda, obteremos objetivamente a curva PA e de “esquecimento” da população durante o estudo. Também a sensibilização da importância da MRPA para o controle pressórico, aumento da adesão dos usuários aos planos terapêuticos e ao autocuidado, diminuição dos agravos e suas sequelas.

**Palavras-chave:** Educação da População, Educação em Saúde, Hipertensão, Pressão Arterial





# Sumário

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



# 1 Introdução

Privilegiada pelo pequeno tamanho populacional, com aproximadamente 1.832 habitantes, a cidade de Alto Alegre, localizada no Rio Grande do Sul (RS), tem bons índices de educação e culturais, sendo as principais atividades econômicas ligadas a agropecuária e uma indústria de produção de queijos, além do comércio local.

Todas as residências do município têm saneamento básico, seja via fossa séptica ou o chamado "poço negro", onde são canalizados os dejetos orgânicos. Com relação ao lixo, há coleta não seletiva em alguns dias da semana, e a cobertura de luz e água tratada ocorre em 100% das residências.

A Unidade Básica de Saúde (UBS) Luis Corazza, localiza-se no bairro Centro e situa-se numa região privilegiada na área urbana do município. A UBS atende uma população de 1.832 habitantes, porém a minoria dos usuários cadastrados está na área urbana (727 habitantes), ou seja, grande parte dos usuários são da população rural do município. A equipe de saúde têm uma relação muito próxima com a população atendida, conhecendo todos os moradores e boa parte do seu histórico de saúde e doença. A boa localização da UBS proporciona seu fácil acesso, associado a um adequado serviço de transporte municipal, seja coletivo ou individual.

Os serviços ofertados pela UBS são: consultas médicas; consultas e procedimentos de enfermagem; atendimentos da odontologia, psicologia, fonoaudiologia e nutrição; vacinação; visitas domiciliares; atividades de educação em saúde nas escolas; grupos de gestantes, grupos de hipertensos, dentre outros ainda em desenvolvimento. As consultas ocorrem por livre demanda ou conforme agendamento, além das visitas domiciliares, o qual são agendadas conforme a demanda trazida pelos agentes comunitárias de saúde ou pelos próprios usuários (demanda espontânea). Estratégias como visitas domiciliares e capacitação das agentes comunitárias de saúde levam saúde e conhecimento a todos os cantos do município.

Todas as áreas são contempladas dentro da estrutura física da UBS e há ainda o suporte complementar do Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), proporcionando a população um atendimento com um período mínimo de espera, tendo uma boa aceitação pela maioria da comunidade. Os serviços de especialidades médicas são ofertados em centros de referência em municípios vizinhos ou distantes, sendo oferecido suporte e transporte aos munícipes sempre que necessário.

Com relação a Equipe de Estratégia de Saúde da Família (ESF), é composta por: 1 médico de ESF do Programa 'Mais Médicos', 1 enfermeiro, 2 técnicas em enfermagem, 1 odontólogo, 5 agentes comunitários de saúde, 1 nutricionista, 1 fisioterapeuta, 1 assistente social, 1 fonoaudióloga e 1 psicóloga.

Já o Núcleo de Apoio da Saúde da Família (NASF), existente desde 2014, é composto por: 1 enfermeira, 1 assistente social, 1 farmacêutica, 1 fisioterapeuta e 1 psicóloga. O

NASF funciona como equipe de apoio a ESF, acompanhando e atendendo os usuários referenciados pela ESF conforme necessidade.

A comunidade de Alto Alegre é de origem predominantemente europeia (alemães e italianos), sendo que um dos desafios encontrados pela equipe de saúde diz respeito aos hábitos alimentares da população, com uma base rica em carboidratos e com hábitos sedentários. Observa-se constantemente nos atendimentos da UBS que mesmo a população que trabalha na agricultura, apresenta sobrepeso, dislipidemia e Diabetes Mellitus.

Do total de habitantes cadastrados na área de abrangência da UBS, 13% são crianças (0 a 14 anos), 5,7% são adolescentes (15 a 19 anos), 56 % são adultos (20 a 59 anos) e 25,3% são idosos (com idade igual ou superior a 60 anos) (DATASUS, 2020).

A população em sua grande maioria tem bom acesso a saúde e educação, o qual o percentual com renda menor que  $\frac{1}{2}$  salário mínimo no ano de 2010 foi de 18,66% e com renda menor que  $\frac{1}{4}$  de salário mínimo foi de 8,03% (IBGE, 2020).

No que tange os coeficientes populacionais: a taxa de natalidade é de 9,83 por 1000 habitantes (2015); a mortalidade geral da população é de 7,09 por 1000 habitantes; a mortalidade por doenças crônicas é de 3,27 por 1000 habitantes; a mortalidade infantil no município é de 0 (2017); a mortalidade geral da população é de 7,09 por 1000 habitantes; a mortalidade por doenças crônicas é de 3,27 por 1000 habitantes; a razão de mortalidade materna é de 0 (2017). As principais doenças com impacto na mortalidade por doenças cardiovasculares são: prevalência de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é de 21 a cada 100 habitantes e a prevalência de Diabetes Mellitus (DM) tipo II é de 3 a cada 100 habitantes. Além destes dados, observa-se ainda outros indicadores: o número de casos de vírus da imunodeficiência humana (HIV) identificados no município é 2; e a cobertura vacinal real da população até 1 ano é 100% (DATASUS, 2020).

As vulnerabilidades sociais identificadas foram: a) busca de consultas para o amparo emocional, visto que a população apresenta queixas psicológicas e psiquiátricas e é resistente aos tratamentos não medicamentosos e psicossociais, sendo esse um dos desafios da equipe multiprofissional; ao encontro desse fato, tem-se observado, o alto registro de dispensação de medicações pela farmácia municipal, com alto índice de antidepressivos (ansiolíticos, antipsicóticos); em uma análise preliminar, a insônia e ansiedade são os principais sintomas. b) aproximadamente 16% dos moradores optam por beber água não tratada, ou seja, água de fontes e vertedouros, por não gostarem do "gosto" da água tratada ou misticismos sobre os processos de tratamento; apesar de inúmeras tentativas de educação em saúde sobre o tema, há um reflexo na incidência de enterobioses (giardíase, ascaridíase); c) apesar de rara, vale ressaltar a existência de lugares onde impera a falta de higiene e dificuldade de compreensão das consequências implicadas, seja pela baixa condição sócio econômica ou cognitiva.

Tem-se observado um alto índice de HAS fora dos alvos terapêuticos, a partir da percepção da equipe de saúde e de dados obtidos das triagens dos atendimentos na UBS,

principalmente na faixa etária entre adultos e idosos, usuários crônicos de medicações.

Considera-se o tema HAS como prioritário para uma intervenção, tendo em vista o alto índice de morbimortalidade advindos das patologias ateroscleróticas, sendo o Acidente Vascular Cerebral (AVC) e o Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) os maiores responsáveis. Na rotina de atendimentos na UBS, frequentemente encontramos níveis pressóricos acima do esperado, havendo dificuldade na otimização das medicações pela dificuldade do usuário em relatar com exatidão quais e quantos anti-hipertensivos estão sendo utilizados. Ainda, em alguns casos, durante a entrevista fica explícito a não administração das medicações e seu uso ao acaso, quando sintomas específicos ou inespecíficos como dor de cabeça ou mal-estar surgem.

Apesar das solicitações de registros dos controles pressóricos através do método de Medidas Residencial da Pressão Arterial (MRPA) ou ofertando a Medida Ambulatorial da Pressão Arterial (MAPA) como forma de arrecadar informações necessárias ao manejo e ajuste dos medicamentos, não há adequado retorno ou adesão dessas solicitações, por vezes gerando desconforto entre os usuários e equipe assistencial.

Aparentemente, medidas que saem da zona de conforto e dividem a responsabilidade da sua saúde entre equipe e usuário não são bem recebidas por uma pequena parcela da população, sendo que frequentemente o paciente transfere a responsabilidade ao agente de saúde, proferindo: “você que sabe o que eu tomo” ou “na farmácia eles sabem” como resposta as indagações. Observa-se assim a ausência de correponsabilidade por parte do usuário em relação as suas condições de saúde-doença.

O perfil de morbimortalidade, no contexto de doenças por causas cardiovasculares, tem se observado em ascensão em países em desenvolvimento como o Brasil, além de fatores como tabagismo, Hipertensão Arterial Sistêmica, Diabetes Mellitus, obesidade e dislipidemias podem predispor à formação de placas ateromatosas e suas consequências características da doença aterosclerótica. Assim, deve-se instituir, quando detectados fatores de risco ou em estadiamento precoce, tratamento adequado à tal etiologia, para reduzir o dano possivelmente ocasional(SPOSITO et al., 2007) .

No Brasil, embora haja empenho público nas esferas de atenção primária, com a educação em saúde em locais públicos e privados; atenção secundária, com o rastreio precoce com respectivos diagnósticos e tratamentos de condição inicial; atenção terciária, com a redução da incapacidade de maneira rápida e voltada à reintegração do indivíduo à sociedade; e quaternária, com a cautela sob a hipermedicalização e intervenções médicas em excesso, os ganhos observados ainda são, se não nulos, ínfimos para sanar este empasse salutar(ALMEIDA, 2005).

As medidas que implicam diretamente na prevenção de eventos potenciais danosos, onde a mortalidade ou a morbidade advinda de uma sequela importante, merecem especial atenção, visto que são atividades economicamente viáveis e com impacto significativo na qualidade e expectativa de vida da população. Sendo assim, este trabalho objetiva

avaliar a resposta da população as atividades educativas executadas pelo Programa Nacional de Hipertensão e Diabetes mellitus (HIPERDIA)([DATASUS, 2019](#)) com a aplicação de um questionário e aferição da PA na população hipertensa, antes, logo após e meses após as atividades educativas. Para tal, as agentes comunitárias de saúde (ACS) munidas de aplicativo em seus dispositivos móveis ( *tablet*) e aferidor eletrônico de pressão arterial, executarão as tarefas durante as visitas domiciliares, em períodos pré determinados, procedendo a coleta de dados para posterior análise.

Através da tabulação dos dados, saberemos se as atividades executadas foram realmente efetivas e qual a "curva de esquecimento", servindo como parâmetro de re-intervenção naquela população, podendo ainda, fornecer subsídios para, se necessário, adequação das atividades ao contexto da comunidade.

## 2 Objetivos

### 2.1 Objetivo Geral

- Avaliar a efetividade das ações educativas em saúde.

### 2.2 Objetivos específicos

- Sensibilizar os usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) sobre a importância de realizar o método Medidas Residenciais da Pressão Arterial (MRPA) em domicílio;
- Realizar educação em saúde com a população alvo acerca da Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS);
- Identificar e compreender os motivos da não adesão aos planos terapêuticos dos usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS);
- Estimular o autocuidado, com atividades físicas regulares em associação a uma dieta adequada;
- Aumentar o comprometimento dos usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) com o plano terapêutico.





### 3 Revisão da Literatura

Hipertensão arterial sistêmica (HAS) é condição clínica multifatorial caracterizada por elevação sustentada dos níveis pressóricos  $\geq 140$  e/ou  $90$  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 melito (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 (CARDIOLOGIA et al., 2016).

A hipertensão é diagnosticada em 24,7% da população das 27 capitais brasileiras, sendo maior entre mulheres (27,0%) do que entre homens (22,1%) (SAÚDE et al., 2019). Em ambos os sexos, esta frequência aumentou com a idade e alcançou o maior valor no estrato de menor escolaridade, diminuindo progressivamente nos estratos subsequentes. Ainda, uma revisão mostrou que as taxas de conhecimento (22% a 77%), tratamento (11,4% a 77,5%) e controle (10,1% a 35,5%) da PA também variaram bastante, dependendo da população estudada (MOREIRA; MONTENEGRO; PAOLA, 2015).

Frente a relevante prevalência junto à comunidade, faz-se necessária especial atenção ao manejo da HAS para evitar os desfechos desfavoráveis, oriundos da evolução natural sem controle da doença, que por sua vez, apresenta estreita relação com o entendimento das particularidades do processo doença, e a adesão do paciente ao tratamento. Segundo Silva, Colósimo e Pierin (2010) uma vez instalada a HAS, a atuação recai em orientar sobre os benefícios do tratamento medicamentoso e não medicamentoso, manejo da doença e suas complicações quando não controlada, bem como adesão a estilos de vida saudáveis. Ainda, deve englobar políticas públicas de saúde combinadas com ações das sociedades médicas e dos meios de comunicação (CARDIOLOGIA et al., 2016).

A educação em saúde, pela sua magnitude, deve ser entendida como uma importante vertente à prevenção, e que na prática deve estar preocupada com a melhoria das condições de vida e de saúde das populações (OLIVEIRA; GONÇALVES, 1994), sendo inerente a todas as rotinas desenvolvidas no âmbito do SUS. Como prática transversal proporciona a articulação entre todos os níveis de gestão do sistema, representando dispositivo essencial tanto para formulação da política de saúde de forma compartilhada, como às ações que acontecem na relação direta dos serviços com os usuários (SAÚDE, 2007).

Nesse sentido, destaca-se um item que é de suma importância no tratamento dessas pessoas, que é a adesão ao tratamento. A adesão corresponde a concordância entre a prescrição médica e a conduta do paciente e compreendem valores e crenças, além de aspectos relacionados a doença e seu tratamento (FLEITAS, 2015), e embora a percepção de benefícios quanto à adoção de medidas de prevenção e controle da hipertensão arterial

não implique necessariamente a coerência e efetividade da ação, a crença é, por si só, é um forte preditor do comportamento. Assim, o predomínio da categoria “crenças em saúde sobre benefícios” parece constituir-se em um importante indicador para a adesão. De acordo com o Modelo de Crenças em Saúde, a pessoa, para mudar comportamentos de saúde, necessita primeiramente valorizar os benefícios das mudanças de estilo de vida, ou seja, acreditar que é possível reduzir a suscetibilidade ou severidade da doença (PIRES; MUSSI, 2018).

Considerando que a educação em saúde está relacionada à aprendizagem, desenhada para alcançar a saúde, torna-se necessário que esta seja voltada a atender a população de acordo com sua realidade. Isto porque a educação em saúde deve provocar conflito nos indivíduos, criando oportunidade da pessoa pensar e repensar a sua cultura, e ele próprio transformar a sua realidade (OLIVEIRA; GONÇALVES, 1994).

Entende-se ainda que, sem compreender como as pessoas pensam e se sentem diante dos seus problemas de saúde, não se pode promover, quiçá concretizar um processo educativo que vislumbre a mudança e a sustentação de um estilo de vida saudável. Finalmente, é necessário e possível investir todo o esforço para incentivar e permitir a participação ativa da pessoa no seu processo de saúde/doença por meio de uma abordagem interdisciplinar (PIRES; MUSSI, 2018).

Segundo estudo feito através de questionário com hipertensos, a definição e as causas da HAS não são bem claras aos pacientes, os quais associam muito seu surgimento com as situações emocionais. Dois terços acreditavam que sal e hábitos pessoais elevavam a PA; o AVC é a consequência mais comentada, seguida do IAM, sinal de terem noção de que morbidades graves podem ser ocasionadas pela HAS (GUIMARÃES; RIBAS, 2006).

Em seu estudo de coorte Firmo, Lima-Costa e Uchôa (2004), observaram nas entrevistas com idosos hipertensos, que a “pressão alta” é desencadeada especialmente por problemas familiares e pode ser facilmente reconhecida pela identificação de algumas manifestações específicas; o que é considerado problemático é o momento em que a pressão sobe, único momento em que as intervenções são vistas como necessárias. Desta forma, a importância de buscar o tratamento ou seguir corretamente a prescrição médica fica dependente da identificação de um aumento da pressão, seja pela presença de sintomas específicos, seja pela presença de condições subjetivas favoráveis à elevação da pressão arterial.

Os fatores psicossociais envolvendo uma comunidade diversificada, nos instiga a procura de novas ferramentas e métodos para adequar o tratamento ao hipertenso, sendo o conhecimento das particularidades de cada paciente essencial ao manejo terapêutico. Guimarães e Ribas (2006) em seu estudo manteve a hipótese que os pacientes, daquela comunidade em questão, sabem o que fazer para controlar sua PA, mas não conseguem por em prática as orientações que lhes são dadas. Ainda, há pacientes que não compreendem porque sua pressão nunca normaliza, tomando tantos remédios e sofrendo tantas

restrições alimentares.

Tendo em vista que a adesão ao tratamento é um assunto comportamental e depende tanto da conduta do paciente quanto do médico(ALFONSO, 2004), se faz necessária a reavaliação constante das medidas implementadas junto a comunidade hipertensa, no sentido amplo das medidas farmacológicas e não farmacológicas e sua resposta na comunidade específica onde o ESF está inserido, dada a grande diversidade populacional de um país continental como o Brasil. Tais práticas, devem ser valorizadas e qualificadas a fim de que contribuam cada vez mais para a afirmação do SUS como a política pública que tem proporcionado maior inclusão social, não somente por promover a apropriação do significado de saúde enquanto direito por parte da população, como também pela promoção da cidadania(SAÚDE, 2007).



## 4 Metodologia

A intervenção contará com seis etapas distintas, atuando diretamente com a população que participa do HIPERDIA, ou seja, com todos os indivíduos independente da faixa etária, que se encontram em tratamento para hipertensão arterial e diabetes mellitos.

A primeira etapa, contará com apresentação do projeto de intervenção pelo autor, que estruturará e viabilizará treinamento para os Agentes Comunitárias de Saúde (ACS), referente a técnica de aferição de Pressão Arterial (PA), buscando uniformidade das ações e sanar dúvidas. Além diste, será exposto o questionario para coleta de informações dos usuários, buscando sanar quaisquer duvidas a cerca das perguntas e possiveis interpretações equivocadas.

Na segunda etapa, ocorrerá nas visitas domiciliares dos ACS, que apresentará o projeto de intervenção e seus objetivos para os usuários, solicitando a autorização. Tendo aprovação a partir de autorização por escrito (termo), iniciará com a aferição da PA de acordo com a técnica orientada. Após, será aplicado o questionário, com a coleta de dados individuais. Ao final da visita domiciliar, realiza-se os ultimos esclarecimentos a eventuais duvidas.

A terceira etapa, contará com as ações educativas do HIPERDIA, visando aumentar a compreesão sobre a doença, terapias medicamentosas e não medicamentosas, evolução natural com e sem tratamento, dentre outros asptos pertinentes. Nessa etapa, os encontros se darão em vários momentos a serem definidos conforme potencial de absorção de conhecimento do publico, a ser observado durante o desenvolvimento.

As atividades se desenvolverão essencialmente sob a forma de palstras educativas, folders e atividades lúdicas, visando atingir os mais diferentes níves de compreensão da população, a serem executadas pela equipe multiprofissional na unidade básica de saúde, envolvendo enfermeiros, médicos, técnicos, nutricionistas, dentistas e fisioterapeutas, nos espaços destinados ao hiperdia na UBS ou em espaços a serem fornecidos pela Prefeitura Municipal, como ginásio de esportes ou outros, sendo que não deverá ter um intervalo maior que 6 semanas entre a primeira e a ultima atividade, a fim do espaçamento prolongado não ser um fator confundidor na avaliação subsequente.

Na estruturação dos temas abordados, alguns serão priorizados nas atividades educativas, tais como a importância de realizar o método Medidas Residencial da Pressão Arterial (MRPA) em domicílio; a educação acerca da doença Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e suas consequencias ao corpo humano, bem como sua evolução natural com e sem tratamento; a estimulação ao autocuidado, com atividades físicas regulares em associação a uma dieta adequada; e o aumento do comprometimento dos usuários com o plano terapêutico. Durante esse processo, que é dinamico e objetiva ser colaborativo, com trocas entre os hipertensos e a equipe multiprofissional, espera-se identificar e compre-

ender os motivos da não adesão aos planos terapêuticos, fornecendo insumos para novas intervenções no futuro em questões mais pontuais a serem desenvolvidas, visando sanar possíveis entraves a melhora do paciente.

Para quarta etapa, as ACG terão uma nova rodada de visitas, repetindo o protocolo inicial no público alvo, em intervalos regulares de 1 semana, 1 mês, 3 meses e demais a definir conforme a resposta aos testes.

A quinta etapa, concentrará-se na tabulação dos dados, onde serão computados as respostas ao questionário ao longo do tempo e as medidas das aferições de PA. Para tal, será utilizado o programa eletrônico LibreOffice Calc (de patente aberta) para tabulação de todas as informações obtidas e confrontamento dos dados.

Findada a tabulação e análise, serão confeccionados gráficos, conforme a particularidade de cada informação, para posterior elaboração de apresentação digital com os resultados das atividades, para retorno e discussão junto aos munícipes e equipe de saúde, avaliando a percepção de cada um sobre as atividades e captando sugestões de melhora, mantendo o ciclo de educação continuada e participação popular das atividades.

A sexta e última etapa, será a utilização das mídias digitais da Prefeitura Municipal de Alto Alegre e Secretaria Municipal de Saúde, para divulgação eletrônica e espaços públicos pertinentes para a exposição de folder, com os resultados do estudo, para que toda comunidade do município possa ler, se informar, compreender e conscientizar a importância do trabalho executado, melhorando a qualidade de vida dos usuários.

## 5 Resultados Esperados

Espera-se observar as relações entre medidas de PA antes e depois das atividades educativas e a relação temporal após as atividades, para se estabelecer uma curva onde o vínculo cerebral criado pelas ações educativas perde força, sendo necessária nova prática educativa nesse público alvo.

Além disso, poderá estabelecer-se uma relação entre frequência de participação, com o quantitativo de número de acertos no questionário, assim como a evolução conhecimento específico antes e depois das atividades educativas,

Ainda, teremos uma medida objetiva dos níveis tensionais anteriores e posteriores, ao projeto de intervenção, bem como avaliação constante e alterações no decorrer das ações.

A análise dos dados nos proporcionará avaliar a efetividade das ações em saúde por critérios objetivos (aumento no número de acertos do questionário e ou queda nos níveis tensionais) além de definir uma "curva de esquecimento", servindo como parâmetro de re-intervenção naquela população, direcionando as ações de saúde da equipe multiprofissional da unidade.

Espera-se que ao fim das atividades, a população se sensibilize sobre a importância das Medidas Residenciais da Pressão Arterial (MRPA) em domicílio como método de auxílio ao controle pressórico, que efetive e estimule a adesão dos usuários aos planos terapêuticos, estimulando o auto cuidado e aumentando o comprometimento com o plano terapêutico, diminuindo os agravos e suas sequelas.





# Referências

- ALFONSO, L. M. Acerca del concepto de adherencia terapéutica. *Revista Cubana de Salud Pública*, v. 30, n. 4, p. 1–6, 2004. Citado na página 16.
- ALMEIDA, L. M. de. Da prevenção primordial à prevenção quaternária. *REVISTA PORTUGUESA DE SAÚDE PÚBLICA*, v. 23, n. 1, p. 91–96, 2005. Citado na página 11.
- CARDIOLOGIA, S. B. de et al. Vii diretriz brasileira de hipertensão arterial. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, v. 107, n. 3, p. 1–83, 2016. Citado na página 15.
- DATASUS, D. de Informática do S. *Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos - HIPERDIA*. 2019. Disponível em: <<http://hiperdia.datasus.gov.br/>>. Acesso em: 13 Nov. 2019. Citado na página 12.
- DATASUS, D. de Informática do S. *Informações de Saúde, Epidemiológicas e Morbidade: banco de dados*. 2020. Disponível em: <<https://datasus.saude.gov.br/>>. Acesso em: 15 Abr. 2020. Citado na página 10.
- FIRMO, J. O. A.; LIMA-COSTA, M. F.; UCHÔA, E. Projeto bambuí: maneiras de pensar e agir de idosos hipertensos. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 20, n. 4, p. 1029–1040, 2004. Citado na página 16.
- FLEITAS, A. J. P. Intervenção educativa no controle da hipertensão arterial em grupo de pacientes hipertensos. Belo Horizonte, n. 25, 2015. Curso de Especialização Estratégia de Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais. Cap. 1. Citado na página 15.
- GUIMARÃES, M. V.; RIBAS, L. F. O. Avaliação da compreensão dos pacientes hipertensos a respeito da hipertensão arterial e seu tratamento versus controle pressórico. *Revista Brasileira Medicina Família e comunidade*, p. 152–164, 2006. Citado na página 16.
- IBGE, I. B. de Geografia e E. *Censo 2010*. 2020. Disponível em: <<https://censo2010.ibge.gov.br/>>. Acesso em: 11 Mar. 2020. Citado na página 10.
- MOREIRA, M. da C. V.; MONTENEGRO, S. T.; PAOLA, A. A. de. *Livro Texto da Sociedade Brasileira de Cardiologia*. São Paulo: Manole, 2015. Citado na página 15.
- OLIVEIRA, H. M. de; GONÇALVES, M. J. F. Educação em saúde: Uma experiência transformadora. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 57, n. 6, p. 761–763, 1994. Citado 2 vezes nas páginas 15 e 16.
- PIRES, C.; MUSSI, F. C. Crenças em saúde para o controle da hipertensão arterial. *Ciencia Saude Coletiva*, p. 2258–2267, 2018. Citado na página 16.
- SAÚDE, M. da. *Caderno de educação popular e saúde: Série b. textos básicos de saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. Citado 2 vezes nas páginas 15 e 17.

SAÚDE, M. da et al. *VIGITEL Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: Estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no distrito federal em 2018*. Brasília: Ministério da Saúde, 2019. Citado na página 15.

SILVA, S. S. B. E. da; COLÓSIMO, F. C.; PIERIN, A. M. G. conhecimento da equipe de enfermagem sobre hipertensão arterial. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 44, n. 2, p. 488–496, 2010. Citado na página 15.

SPOSITO, A. C. et al. Iv diretriz brasileira sobre dislipidemias e prevenção da aterosclerose: Departamento de aterosclerose da sociedade brasileira de cardiologia. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, v. 88, n. 1, p. 2–19, 2007. Citado na página 11.