

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO  
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO GESTÃO DO CUIDADO EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

**ANTONIO GILSON PEREIRA**

**PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA DIMINUIR A INCIDÊNCIA DE  
HIPERTENSÃO ARTERIAL NA POPULAÇÃO ADULTA DA UNIDADE  
DE SAÚDE DA FAMÍLIA VALDEIZA VALDES I DO MUNICÍPIO DE  
RIO BRANCO - ACRE**

**RIO BRANCO - ACRE**

**2019**

**ANTONIO GILSON PEREIRA**

**PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA DIMINUIR A INCIDÊNCIA DE  
HIPERTENSÃO ARTERIAL NA POPULAÇÃO ADULTA DA UNIDADE  
DE SAÚDE DA FAMÍLIA VALDEIZA VALDES I DO MUNICÍPIO DE  
RIO BRANCO - ACRE**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização Gestão do Cuidado em Saúde da Família, Universidade Federal do Triângulo Mineiro, para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Maria Dolôres Soares Madureira

**RIO BRANCO - ACRE**

**2019**

**ANTONIO GILSON PEREIRA**

**PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA DIMINUIR A INCIDÊNCIA DE  
HIPERTENSÃO ARTERIAL NA POPULAÇÃO ADULTA DA UNIDADE  
DE SAÚDE DA FAMÍLIA VALDEIZA VALDES I DO MUNICÍPIO DE  
RIO BRANCO - ACRE**

Banca Examinadora

Profa. Maria Dolôres Soares Madureira – orientadora (UFMG)

Profa. Dra. Maria Rizoneide Negreiros de Araújo - UFMG

Aprovado em Belo Horizonte, em: 29/09/2019

## RESUMO

O presente trabalho tem como objetivo elaborar um projeto de intervenção para diminuir a incidência de hipertensão arterial sistêmica na população adulta da Unidade de Saúde da Família Valdeiza Valdes I. Para a seleção do foco desta intervenção foi considerada a realização da estimativa rápida de problemas no diagnóstico de saúde, ferramenta que possibilitou identificar qual a situação real na comunidade atendida. Foi realizada uma revisão de literatura sobre o tema. A elaboração do plano seguiu os passos do planejamento estratégico situacional. As ações foram programadas de modo a que existisse um empoderamento dos fatos, o que permitiu verificar a necessidade de projetar ações que possibilitassem investir na melhoria do problema identificado. Posteriormente realizaremos uma proposta para execução de um grupo de ações em caráter periódico, que aspiramos servir para contribuir com o controle da hipertensão e diminuir sua incidência, o que trará aos usuários uma melhor qualidade de vida desde que façam adesão ao plano. Os resultados deste trabalho permitirão analisar os aspectos que envolvem a incidência de hipertensão arterial na população atendida, possibilitando assim atuar diretamente naqueles que admitam mudanças. Uma vez concluído, a realização do presente projeto será incorporado à rotina de atividades que são realizadas pela equipe de saúde da família.

**Palavras-chave:** Hipertensão. Fatores de risco. Adesão ao tratamento.

## **ABSTRACT**

The present work aims to elaborate an intervention project to reduce the incidence of systemic arterial hypertension in the adult population of the Valdeiza Valdes I Family Health Unit. For the selection of the focus of this intervention, the rapid estimation of diagnostic problems was considered. of health, a tool that made it possible to identify the real situation in the community served. A literature review on the topic was performed. The elaboration of the plan followed the steps of the situational strategic planning. The actions were programmed so that there was an empowerment of the facts, which allowed verifying the need to design actions that would allow investing in the improvement of the identified problem. Subsequently, we will make a proposal to implement a group of actions on a periodic basis, which we aim to contribute to the control of hypertension and reduce its incidence, which will bring users a better quality of life as long as they adhere to the plan. The results of this study will allow us to analyze the aspects that involve the incidence of hypertension in the population served, thus enabling us to act directly on those who admit changes. Once completed, the realization of this project will be incorporated into the routine activities that are performed by the family health team.

Keywords: Hypertension. Risk factors. Adherence to treatment.

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABS	Atenção Básica à Saúde
ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
CAD	Apoio Diagnóstico de Imagens
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
CRAS	Centro de Referência de Assistência Social
ESF	Estratégia Saúde da Família
eSF	Equipe de Saúde da Família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
ITS	Infeções de Transmissão Sexual
LACEN	Laboratório Central de Exames
MS	Ministério da Saúde
NASF-AB	Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
PA	Pressão Alta
PIB	Produto Interno Bruto
PNPS	Política Nacional de Promoção da Saúde
PSF	Programa Saúde da Família
SMSA	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TFD	Tratamento fora do domicílio
UBS	Unidade Básica de Saúde
URAP	Unidade de Referência da Atenção Primária
USF	Unidade de Saúde da Família

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 - Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à Equipe de Saúde da Família Valdeisa Valdes I, Unidade Básica de Saúde Valdeisa Valdes, município de Rio Branco, estado do Acre.	14
Quadro 2 - Operações sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema “Aumento na quantidade de usuários com hipertensão”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Valdeisa Valdes I, do município Rio Branco, estado do Acre.	24
Quadro 3 - Operações sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema “Aumento na quantidade de usuários com hipertensão”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Valdeisa Valdes I, do município Rio Branco, estado do Acre.	25
Quadro 4 – Operações sobre o “nó crítico 3” relacionado ao problema “Aumento na quantidade de usuários com hipertensão”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Valdeisa Valdes I, do município Rio Branco, estado do Acre	26

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>9</b>
1.1 Aspectos gerais do município .....	9
1.2 Aspectos da comunidade.....	10
1.3 O sistema municipal de saúde .....	10
1.4 A Unidade de Saúde da Família Valdeiza Valdes.....	11
1.5 A Equipe de Saúde da Família Valdeiza Valdes I .....	11
1.6 O dia a dia da equipe: .....	12
1.7 Problemas de saúde do território e da comunidade (primeiro passo) .....	122
1.8 Seleção do problema para plano de intervenção (segundo passo) .....	14
<b>2 JUSTIFICATIVA.....</b>	<b>16</b>
<b>3 OBJETIVOS.....</b>	<b>17</b>
3.1 Objetivo geral.....	17
3. Objetivos específicos .....	14
<b>4 METODOLOGIA .....</b>	<b>18</b>
<b>5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA.....</b>	<b>19</b>
<b>6 PLANO DE INTERVENÇÃO .....</b>	<b>24</b>
6.1 Descrição do problema selecionado (terceiro passo) .....	24
6.2 Explicação do problema selecionado (quarto passo) .....	24
6.3 Seleção dos nós críticos (quinto passo) .....	24
6.4 Desenho das operações (sexto passo).....	24
<b>7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>28</b>
<b>REFERENCIAS.....</b>	<b>29</b>



## 1 INTRODUÇÃO

### 1.1 Aspectos gerais do município

Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), Rio Branco, atual capital do estado do Acre, surgiu a partir do seringal fundado pelo cearense Neutel Maia em 28 de dezembro de 1882. Em seguida, o mesmo cearense criou o Seringal Empresa, situado à margem esquerda do rio Acre, onde atualmente está instalado o Palácio do Governo do Acre. Em 23 de outubro de 1912, por meio do Decreto Federal n.º 9.831, passa à categoria de cidade com o nome de Rio Branco (BRASIL, 2017a).

Rio Branco não é um município comum. Ele é considerado o núcleo urbano acreano mais antigo e importante e por isso é a capital do Acre. Entretanto, ainda são aguardadas pesquisas mais abrangentes sobre sua história, abrangendo a importância da configuração da sociedade acreana. No início da década de 70 “a conjugação da profunda crise do extrativismo da borracha e dos “anos de chumbo” da ditadura militar teve efeito devastador sobre o Acre”. Esta situação motivou uma mudança nas propriedades das terras acreanas, sendo que um terço delas muda de proprietários. As políticas de habitação popular implementadas no período compreendido entre os anos de 70 a 90 “não trazem resultados concretos para os segmentos sociais que não possuíam profissão definida e nem renda assegurada, mas atendem, sobretudo, as camadas médias da população” (RIO BRANCO, 2013, sp.).

A população da capital acreana, cuja área geográfica é de 8.835,541 km<sup>2</sup>, em 2010 era de 336.038 pessoas, com densidade demográfica 38,03 hab/km<sup>2</sup>, sendo que a população estimada para 2018 foi de 401.155 habitantes (BRASIL, 2017b).

As principais atividades econômicas de Rio Branco incluem: comércio, pesca, extrativismo e serviços. Seu Produto Interno Bruto (PIB) em 2016 era de R\$ 7,87 bilhões e sua Renda *Per Capita* também no mesmo ano era de R\$ 22.510,00 reais. Em 2010 o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) era de 0,727 – alto e a Esperança de vida ao nascer era de 73,9 anos (BRASIL, 2017b).

## 1.2 Aspectos da comunidade.

A comunidade em que se encontra localizada nossa Unidade Básica de Saúde (UBS) pertence ao bairro Santo Afonso, bairro criado como consequência do crescimento populacional na periferia da cidade, na sua maioria pessoas vindas do interior do estado em anos anteriores na busca de uma melhor qualidade de vida. É uma comunidade de composição social que favorece uma situação complexa, principalmente pelo alto índice de desemprego, poucas ofertas de trabalho. A principal renda das pessoas da área é proveniente do Programa Bolsa Família, do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) por aposentadorias e benefícios por diversas causas, seguido dos pequenos negócios que principalmente são dois mercados, duas padarias e dois açougues; são mínimos os funcionários públicos.

Existem na comunidade três igrejas, uma Católica, uma Assembleia de Deus e uma Batista. A infraestrutura é péssima, não havendo rede de esgoto e a distribuição de água, além de ser irregular, ocorre por sistema de encanamento de péssima qualidade, interferindo no sistema do abastecimento e na qualidade desta. O nível escolar dos indivíduos não alcança patamares altos, e o abandono escolar é muito frequente. Nessa comunidade atuam duas equipes, que funcionam na UBS Valdeisa Valdes. A equipe I, da qual faço parte, atende uma população de 2 075 habitantes distribuídos em 415 famílias.

## 1.3 O sistema municipal de saúde

A Secretaria Municipal de Saúde (SEMSA) conta com um total de 98 instituições onde são oferecidos serviços de saúde à população de Rio Branco e outras que moram na região metropolitana. O conjunto de unidades e estabelecimentos de saúde com que se conta no município somam 89 e estão distribuídas como se segue: 72 Unidades Básicas de Saúde (UBS), dois Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB). Dispomos também de: um centro de especialidades odontológicas (CEO), um Laboratório central (LACEN) e um Centro de apoio diagnóstico (CAD). Existem também no município quatro hospitais, sendo um privado com parceria para o SUS (Santa Juliana) e os outros três públicos são o Hospital de Clínicas, o Hospital Maternidade e o Hospital da Criança. É importante ressaltar a existência de três Unidades de Pronto Atendimento e um Pronto Socorro.

#### 1.4 A Unidade de Saúde da Família Valdeiza Valdes

A Unidade de Saúde da Família Valdeiza Valdes possui duas equipes de saúde que dão cobertura à comunidade periférica que leva por nome Santo Afonso, sendo que faço parte da equipe I. A unidade foi inaugurada há dois anos e quatro meses como parte do projeto de expansão dos serviços de saúde e Unidades de Saúde da Prefeitura de Rio Branco, em atendimento às demandas da população que tinham que se deslocar muito longe para receber atendimento. É uma construção que segue os padrões do Ministério da Saúde e cumpre com as exigências de acessibilidade e composição oferecendo acesso e conforto aos usuários. Os ambientes interiores são climatizados e estão criados de maneira que possibilitem a acolhida do usuário. Disponibiliza salas de consultório médico, sala de enfermagem, sala para curativo, vacinação, reuniões e recepção acolhimento, assim como também copa e almoxarifado. Dispomos de farmácia, banheiros identificados para ambos os sexos e para os portadores de necessidades especiais. A unidade serve em ocasiões para reuniões da comunidade, principalmente quando o tema está relacionado à saúde. Os recursos materiais têm sofrido os embates do uso e alguns deles estão aguardando conserto (computadores, autoclave, algumas cadeiras e faltam luminárias).

#### 1.5 A Equipe de Saúde da Família Valdeiza Valdes I

Especificamente, faço parte da Equipe de Saúde da Família Valdeiza Valdes I que se compõe de 13 profissionais, a saber: um médico, um enfermeiro, um técnico de enfermagem, uma cirurgiã dentista, uma auxiliar em saúde bucal e oito agentes comunitários de saúde (ACS).

A nossa Unidade funciona de segunda a sexta feira em dois períodos de atendimento. O período matutino começa as 7:30h até 12:00h, o expediente vespertino inicia às 13:30h e encerra-se às 17h. Planejamos mensalmente a escala de funcionários, onde os agentes comunitários de saúde, em dia determinado, realizam a triagem, assim como as demais orientações aos usuários, sob orientação do enfermeiro coordenador. A dinâmica de trabalho na equipe é possível porque os

integrantes estão muito comprometidos com o trabalho e isso favorece a realização e execução de ações de saúde. O relacionamento com a comunidade é ótimo e a participação constante das lideranças permite executar atividades direcionadas aos cuidados da população de maneira mais fluida.

#### 1.6 O dia a dia da equipe

O trabalho que a equipe de saúde da família (eSF) realiza está direcionado aos cuidados básicos dos indivíduos, à promoção e prevenção e à harmonia entre todos os indivíduos para a via saudável em comunidade. Realizamos acompanhamentos de pessoas com doenças crônicas, principalmente a Hipertensão Arterial e Diabetes *Mellitus* e também das outras que, embora incidindo muito menos, afetam aos nossos usuários. Realizamos captação precoce de gestantes e acompanhamento pré-natal, assim como puericultura. Cuidamos da saúde de toda a população e também oferecemos consultas de demanda livre para a nossa clientela e para aqueles que assim o requerem e procuram esta Unidade. O espaço para realizar discussões, análises e programações de trabalho é na reunião semanal da equipe, momento que permite analisar o trabalho e projetar as ações e atividades a ser realizadas. Somos parceiros permanentes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), e estes, em muitas ocasiões, aperfeiçoando cada vez mais os cuidados e atenções aos usuários.

#### 1.7 Problemas de saúde do território e da comunidade (primeiro passo)

Por meio de estimativa rápida, foram identificados os principais problemas, apresentados a seguir.

- Da comunidade em geral (o contexto)
  - Existência de rede de esgoto em péssimas condições, com entupimentos e vazamentos.
  - Rede de distribuição de água em más condições.
  - Alto índice de doenças parasitárias.
  - Aumento de usuários de substâncias entorpecentes.
  - Aumento na quantidade de usuários com hipertensão.
  - Número elevado de usuários que se automedicam.

- Aumento da violência e consequência do tráfico de drogas.
- Alto índice de desempregados.
- Aumento de gestações na adolescência.
- Colheita inadequada de residuais sólidos.
  
- Do sistema local de saúde
  - Insuficiente abastecimento de material para curativos e procedimentos.
  - Insuficiente disponibilidade de medicamentos do quadro básico na farmácia da UBS.
  - Falta de transporte para o deslocamento da equipe às áreas.
  - Falhas nos encaminhamentos de usuários para especialidades.
  
- Da área de abrangência, da unidade de saúde
  - Irregular e insuficiente fornecimento de insumos à unidade.
  - Áreas escuras na UBS por falta de luminárias.
  - Cadeiras quebradas.
  - Falta de segurança para a equipe, que por vezes fica vulnerável em uma área onde é crescente a violência.
  
- Problemas de saúde prevalentes
  - Elevado índice de Hipertensos descontrolados;
  - Mortes por causas violentas (assassinatos vinculados ao tráfico de drogas);
  - Más condições higiênico sanitárias;
  - Elevado índice de doenças parasitárias;
  - Crianças abaixo do peso.
  
- Saneamento
  - Existência de rede de esgoto em péssimas condições, com entupimentos e vazamentos.
  - Rede de distribuição de água em más condições.
  - Colheita inadequada de residuais sólidos.
  
- Educação

- Idosos que não foram instruídos ou alfabetizados quando jovens.
- Falta de apoio do conselho tutelar na área para acompanhar às crianças que abandonaram os estudos.
- Crianças que moram com parentes não interessados em que estes estudem.
- Falta de recursos econômicos para enviar às crianças à escola.

### 1.8 Seleção do problema para plano de intervenção (segundo passo)

**Quadro 1** - Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à Equipe de Saúde da Família Valdeisa Valdes I, Unidade Básica de Saúde Valdeisa Valdes, município de Rio Branco, estado do Acre.

Principais Problemas	Importância*	Urgência**	Capacidade de Enfrentamento***	Seleção****
Existência de rede de esgoto em péssimas condições, com entupimentos e vazamentos.	Alta	2	Parcial	5
Rede de distribuição de água em más condições.	Alta	1	Fora de Alcance	6
Alto índice de doenças parasitárias.	Alta	5	Parcial	2
Aumento de usuários de substâncias entorpecentes.	Alta	4	Parcial	4
Aumento na quantidade de usuários com hipertensão.	Alta	8	Total	1
Número elevado de usuários que se automedicam.	Alta	2	Parcial	7
Aumento da violência a consequência do tráfico de drogas.	Alta	1	Fora de Alcance	8
Alto índice de desempregados.	Meia	1	Fora de Alcance	9
Aumento de gestações na adolescência.	Alta	3	Parcial	3
Colheita inadequada de resíduos sólidos.	Alta	1	Fora de Alcance	10
Insuficiente abastecimento de material para curativos e procedimentos.	Media	1	Fora de Alcance	11
Insuficiente disponibilidade de medicamentos do quadro básico na farmácia da UBS.	Media	1	Fora de Alcance	12

Fonte: Própria

\*Alta, média ou baixa

\*\* Total dos pontos distribuídos até o máximo de 30

\*\*\*Total, parcial ou fora

\*\*\*\*Ordenados considerando os três itens

Portanto, o aumento na quantidade de usuários com hipertensão foi o problema priorizado, conforme os critérios de importância, urgência e capacidade de enfrentamento da equipe (FARIA; CAMPOS; SANTOS, 2018).

## 2 JUSTIFICATIVA

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é considerada como um problema de saúde pública. É uma patologia caracterizada por níveis elevados e persistentes de pressão arterial (PA) que ocorre por diversos fatores: genéticos, ambientais e relacionados aos hábitos de vida. Está associada frequentemente a “alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo (coração, cérebro, rins e vasos sanguíneos) e a alterações metabólicas”, que invariavelmente levam à obesidade com “consequente aumento do risco de doenças cardiovasculares fatais e não fatais” (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2016, p.1).

Nesse contexto, a situação se apresenta como uma alarmante aos gestores de saúde e às equipes de saúde das famílias, os mesmos que desde a atenção básica serão os principais artífices de estabelecer ações que permitam reduzir a incidência desse problema.

Nossa Equipe de Saúde da Família Valdeisa Valdes I atende uma população de 2.075 usuários e o nosso cadastro contabiliza uma população de 282 Hipertensos, 178 do sexo masculino e 104 do sexo feminino. Destes muitos não fazem o controle adequado da HAS. A realidade exige a adoção de um plano de ação que permita executar atividades que contribuam para diminuir a incidência de hipertensão na população adulta da área.



### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 Objetivo geral**

Elaborar um projeto de intervenção para diminuir a incidência de hipertensão arterial na população adulta da Unidade de Saúde da Família Valdeiza Valdes I no município de Rio Branco - Acre.

#### **3.2 Objetivos específicos**

- ❖ Descrever a Hipertensão como problema de saúde;
- ❖ Identificar os fatores que incidem na evolução da hipertensão arterial na área de abrangência;
- ❖ Executar trabalho educativo e preventivo para melhor controle da pressão arterial nos usuários hipertensos na área.

#### 4 METODOLOGIA

O estudo foi realizado com foco na população adstrita à Unidade de Saúde da Família Valdeiza Valdes I. Inicialmente realizou-se o diagnóstico situacional, por estimativa rápida, identificando os problemas da comunidade. A equipe executará intervenção comunitária, mediante a abordagem de elementos preventivos que respondam aos fatores de risco da hipertensão arterial sistêmica, problema priorizado.

Foi realizada uma revisão de literatura buscando de informações sobre o tema nos sites correspondentes: Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) e *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), por meio dos seguintes descritores: Hipertensão; Fatores de risco, Adesão ao tratamento.

Assim procedeu-se à elaboração do plano de intervenção seguindo os passos propostos por Faria, Campos e Santos (2018).

Para melhor executar o trabalho, foi realizada uma abordagem dos usuários hipertensos já cadastrados na unidade de saúde e que comparecem regularmente às consultas e atividades educativas. Planejaremos uma busca ativa daqueles que são faltosos mediante as visitas direcionadas e as visitas domiciliares.

Aplicamos métodos quantitativos e qualitativos para identificar os fatores de risco, dividindo o estudo em três fases:

Fase I Diagnóstica: Consiste em abordagem dos fatores de risco relacionados com o envolvimento pessoal do paciente, o cumprimento do tratamento e o relacionamento com os profissionais da saúde.

Fase II Intervenção: Programada em sessões de trabalho para a execução de ações onde os pacientes que vão estar diretamente inseridos como: apoio psicológico e motivação para melhorar sua saúde, dinâmicas de grupo para envolvê-los no cumprimento do tratamento dos pacientes, palestras sobre importância do cumprimento do tratamento. Serão implementadas técnicas de educação em saúde.

Fase III Avaliação: Avaliação da inclusão ao tratamento; qualificar em alta se acrescentar 10%, média cresce entre 5 e 9% e baixa fica abaixo de 5 %, dos pacientes.

Foi realizada capacitação dos ACS para a busca ativa direcionada, para a busca em visitas domiciliares e para uma adequada aferição da pressão arterial.

Todos os usuários cadastrados tiveram acompanhamento na unidade básica onde foram realizadas pelo menos três consultas médicas e duas consultas de enfermagem durante o ano. As consultas foram previamente agendadas e inseridas na programação semanal da unidade básica de saúde.

## 5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

A Hipertensão Arterial Sistêmica representa sério problema de saúde pública, com uma prevalência que atinge mais de 30% da população adulta e mais de 50% dos idosos no Brasil (VI DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, 2010). Considera-se hipertensão como um distúrbio multifatorial caracterizado por níveis elevados e sustentados de pressão arterial conforme define a Sociedade Brasileira de Hipertensão (BRASIL, 2013).

A Hipertensão Arterial Sistêmica é uma doença crônica degenerativa de natureza multifatorial, que cursa de maneira assintomática muitas vezes, com evolução lenta e progressiva. Ocorre um desequilíbrio que compromete os sistemas vasodilatadores e vasoconstritores, isto aumenta consideravelmente a pressão no interior dos vasos sanguíneos e como consequências ocorrem lesões em órgãos nobres como coração, cérebro, rins e olhos, podendo ainda trazer complicações como acidente vascular cerebral, insuficiência cardíaca e insuficiência renal (LESSA, 2010).

No Brasil, a Hipertensão Arterial afeta entre 20% e 30% da população adulta e está associada a 40% das mortes por acidente vascular cerebral, 25% das mortes por doença coronária aguda, combinada com a diabetes; e 50% por insuficiência renal (BRASIL, 2013; MOTTER; OLINTO; PANIZ, 2015).

“Silenciosa, a hipertensão arterial sistêmica (HAS) é a mais prevalente doença vascular no mundo e o mais potente fator de risco para doenças cerebrovasculares, predominante causa de morte no Brasil” (LESSA, 2010, p.1470).

Destaca-se a Hipertensão como um dos principais fatores de risco modificáveis que pode levar ao desenvolvimento e/ou ao agravamento de doenças cardiovasculares. Estudos internacionais apontam uma prevalência de 26,4% na população adulta no ano 2000 e estimam que este valor aumente cerca de 60% até 2025 (KEARNEY *et al.*, 2005).

Indivíduos que apresentam valores elevados de pressão arterial ao longo de muitos anos têm maior probabilidade de sofrer lesões em órgãos alvo, no decorrer da injúria ao endotélio vascular nas pequenas artérias dos órgãos (BRASIL, 2013).

A abordagem da Hipertensão na atenção primária à saúde permite a criação de vínculos entre os usuários e a Equipe de Saúde da Família o que favorece uma sistematicidade no acompanhamento assim como a ampliação das atividades de promoção e prevenção (COSTA; SILVA; CARVALHO, 2011).

O foco da atenção da Estratégia de Saúde da Família está direcionado à integralidade dos cuidados, favorecendo assim o eixo da promoção de saúde para o indivíduo, sua família e sua vida em sociedade visando maior adesão às ações de controle da pressão arterial e manutenção da qualidade de vida dos usuários e suas famílias (SAITO, 2008).

Para a Organização Mundial da Saúde (2011), citada por Goulart, em torno de sete milhões de pessoas morrem anualmente e cita também que 1,5 bilhão, adoecem por causa da pressão alta. As graves consequências da doença podem ser evitadas, desde que os hipertensos conheçam sua condição e mantenham-se em tratamento (GOULART, 2011).

É fundamental que a equipe de saúde tenha clareza das condições que motivam a conduta não aderente ao tratamento e o impacto nos desfechos clínicos. O conhecimento destas condições norteia o planejamento das ações da equipe quanto às atividades direcionadas tanto aos usuários não aderentes e quanto aos que aderem ao tratamento, reforçando as orientações (GEWEHR *et al.*, 2018).

Segundo Malta *et al.* (2018, p.13), para se reduzir a prevalência da hipertensão arterial algumas intervenções são essenciais: “redução do consumo de sal, de gorduras saturadas e aumento do consumo de frutas e verduras; esforços para redução do sobrepeso/obesidade e rastreamento para detecção e tratamento precoce das pessoas hipertensas”.

Neste sentido, Gewehr *et al.* (2018, p.180) enfatizam que além da participação do indivíduo, é necessário que a equipe de saúde planeje ações eficientes de controle e acompanhamento do hipertenso, considerando os “fatores como a cronicidade da doença, aliada à falta de sintomatologia, que influenciam e condicionam o processo do efetivo controle dos níveis pressóricos”. Os autores ainda enfatizam que diferentes elementos envolvem o processo da adesão ao tratamento farmacológico:

“o indivíduo, o tratamento, a doença, os serviços, os profissionais de saúde, bem como o meio social e cultural do usuário e de sua família” (GEWEHR *et al.*, 2018, p.185).

Controlar o nível pressórico do usuário dos serviços de saúde é um desafio para os profissionais de saúde, pois segundo Barreto *et al.* (2015, p.65), vários “fatores permeiam, influenciam e condicionam o processo, tendo como agravante, a falta de sintomatologia, o que pode levar os pacientes, em sua maioria, a necessitarem atendimento diferenciado”.

Barreto *et al.* (2015, p.65) alertam para o fato de que as ações educativas, desenvolvidas pela equipe, sejam elas comportamentais ou baseadas em recursos tecnológicos, com a finalidade de melhorar a adesão do paciente ao tratamento medicamentoso e ao tratamento não medicamentoso podem apresentar resultados limitados se não se levar em consideração as características individuais das pessoas envolvidas no processo, a família e o contexto dos serviços de saúde.

Gewehr *et al.* (2018) recomendam que as ações educativas voltadas para a qualidade de vida do usuário hipertenso devem acontecer numa abordagem interdisciplinar, envolvendo a equipe básica de saúde e o Núcleo de Apoio à Saúde da Família. Nesta abordagem, deve-se contemplar a avaliação de risco, medidas de promoção da saúde e prevenção dos agravos e atendimento individual ou em grupo dos usuários com participação de familiares. Os autores recomendam também a padronização de ações com elaboração ou adoção de protocolos terapêuticos, pois assim os cuidados poderão ser melhorados facilitando a adesão ao tratamento.

É importante que se crie e/ou aproveite os espaços de vivências com o paciente e a família, como os grupos operativos de acordo com os protocolos do Ministério da Saúde, favorecendo assim o planejamento abordagem terapêutica da hipertensão e o espaço de vivência e de troca de informações entre os usuários e equipe de saúde. É necessário, portanto, que as estratégias de intervenção sejam pensadas e planejadas com critérios visando à adesão ao tratamento (BARRETO; MATSUDA; MARCON, 2016).

Considerando o exposto foi elaborado o plano de intervenção para diminuir a incidência de hipertensão arterial na população adulta da Unidade de Saúde da Família Valdeiza Valdes I.

## 6 PLANO DE INTERVENÇÃO

Esse plano refere-se ao problema priorizado “Aumento na quantidade de usuários com hipertensão”, para o qual se registra uma descrição do problema selecionado, a explicação e a seleção de seus nós críticos, de acordo com a metodologia do Planejamento Estratégico Simplificado (FARIA; CAMPOS; SANTOS, 2018).

### 6.1 Descrição do problema selecionado (terceiro passo)

A Hipertensão Arterial é uma doença crônica, que hoje em dia atinge 516 indivíduos da nossa comunidade, o que dá em 24,8% do total de pessoas acompanhadas pela equipe. A hipertensão se constitui em um problema de saúde que exige uma abordagem urgente que permita reduzir a incidência desta.

### 6.2. Explicação do problema selecionado (quarto passo)

A USF Valdeiza Valdes I identificou como seu principal problema o aumento na quantidade de usuários com hipertensão. Sabe-se que esta doença traz repercussão em outros sistemas de órgãos e nos casos de complicações pode limitar a capacidade funcional da pessoa. A população acompanhada não tem um comportamento adequado em relação aos fatores de risco modificáveis que evitaria evoluir para Hipertensão Arterial. Existem aparelhados os fatores de risco modificáveis, aqueles que podemos transformar na população de risco e que favoreceriam a não ocorrência ou desenvolvimento desta doença.

### 6.3 Seleção dos nós críticos (quinto passo)

Por meio da realização da análise situacional de saúde foi possível à identificação da situação existente, ainda, foi realizada a análise epidemiológica da comunidade, assim como a sinalização de quais os problemas que são enfrentados pela a equipe e seus profissionais no dia a dia no trabalho.

Posteriormente à análise, foram selecionados os seguintes “nós críticos” relacionados ao aumento na quantidade de usuários com hipertensão em usuários da USF Valdeiza Valdes I.

- Alimentação inadequada;



- Desconhecimento dos usuários sobre a doença que têm;
- Abandono do tratamento farmacológico.

#### 6.4 Desenho das operações (sexto passo)

**Quadro 2** – Operações sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema “Aumento na quantidade de usuários com hipertensão”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Valdeisa Valdes I, do município Rio Branco, estado do Acre.

<b>Nó crítico 1</b>	<b>Alimentação inadequada</b>
<b>Operações</b>	Estabelecer práticas saudáveis de alimentação que permitam aos usuários identificar quais alimentos são os mais saudáveis.
<b>Projeto</b>	<b>Uma boa alimentação, uma ótima saúde.</b>
<b>Resultados esperados</b>	Alcançar 50% da nossa população mantenha uma alimentação saudável, balanceada e nutritiva, que não traga risco para ocorrência de doenças. Implementar ações sistemáticas de educação à população.
<b>Produtos esperados</b>	Palestras na comunidade e no ambiente da UBS para tratar dos riscos principais que uma alimentação inadequada traz para a ocorrência de Hipertensão Oficina sobre alimentação saudável (atividades ministradas pela nutricionista)
<b>Recursos necessários</b>	Financeiro: recursos para impressão de boletins informativos para distribuir na comunidade. Estrutural: escolha do profissional que irá se responsabilizar pela execução ações e acompanhamento da população. Cognitivo: Informações atualizadas sobre o tema. Político: convocação de representantes da comunidade e população em geral.
<b>Recursos críticos</b>	Estrutural: falta de um profissional com dedicação exclusiva para as atividades. Político: Envolvimento participativo da gestão local e de lideranças comunitárias que incentivem a realização do trabalho. Financeiro: verbas reduzidas pela prefeitura para esse tipo de finalidade.
<b>Controle dos recursos críticos</b>	Secretaria Municipal de Saúde
<b>Ações estratégicas</b>	Reuniões para discussão e debate de ações com a participação de representações da gestão local assim como da liderança comunitária, a fim de que exista envolvimento no desejado.
<b>Prazo</b>	Seis meses.
<b>Responsáveis pelo acompanhamento das ações</b>	Dr. Antônio Gilson Enf. Zaul
<b>Processo de monitoramento e avaliação das ações</b>	A cada três meses. Será verificado com os hipertensos, em visitas domiciliares e na unidade de saúde se está havendo adoção de alimentação mais saudável. Será elaborada uma planilha para o acompanhamento. Discussões na equipe.

**Quadro 3** - Operações sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema “Aumento na quantidade de usuários com hipertensão”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Valdeisa Valdes I, do município Rio Branco, estado do Acre.

<b>Nó crítico 2</b>	<b>Desconhecimento dos usuários sobre a doença que tem</b>
<b>Operações</b>	Informar, orientar e explicar à população sobre a Hipertensão Arterial, oferecendo elementos sobre o tipo de doença, como uma pessoa pode evoluir para ela ou como se cuidar para não sofrer dela.
<b>Projeto</b>	<b>Conhecendo a Hipertensão.</b>
<b>Resultados esperados</b>	Instruir mais de 60 % da população em relação aos conhecimentos básicos sobre a Hipertensão.
<b>Produtos esperados</b>	Palestras ministradas sobre Hipertensão Arterial. Oficinas sobre modos e estilos de vida que levam à evolução da hipertensão.
<b>Recursos necessários</b>	Financeiro: recursos para impressão de boletins informativos para distribuir na comunidade. Estrutural: escolha do profissional que irá se responsabilizar pela execução ações e acompanhamento da população. Cognitivo: Informações atualizadas sobre o tema. Político: convocação de representantes da comunidade e população em geral.
<b>Recursos críticos</b>	Estrutural: falta de um profissional com dedicação exclusiva para as atividades. Político: Envolvimento participativo da gestão local e de lideranças comunitárias que incentivem a realização do trabalho. Financeiro: verbas reduzidas pela prefeitura para esse tipo de finalidade.
<b>Controle dos recursos críticos</b>	Secretaria Municipal de Saúde
<b>Ações estratégicas</b>	Reuniões para discussão e debate de ações com a participação de representações da gestão local assim como da liderança comunitária, a fim de que exista envolvimento no desejado. Capacitar os ACS para a busca ativa de prováveis hipertensos.
<b>Prazo</b>	6 (seis) meses.
<b>Responsáveis pelo acompanhamento das ações</b>	Dr. Antônio Gilson Enf. Zaul
<b>Processo de monitoramento e avaliação das ações</b>	A cada três meses. Verificar se os pacientes hipertensos estão absorvendo os conhecimentos sobre a doença e os cuidados necessários, durante as atividades de grupo. Discussões na equipe.

**Quadro 4** - Operações sobre o “nó crítico 3” relacionado ao problema “Aumento na quantidade de usuários com hipertensão”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Valdeisa Valdes I, do município Rio Branco, estado do Acre.

<b>Nó crítico 3</b>	<b>Abandono do tratamento Farmacológico</b>
<b>Operações</b>	Insistir na sistematicidade do tratamento adequado em horário indicado e disponibilizar as medicações na farmácia da UBS.
<b>Projeto</b>	<b>Tomo o remédio, controlo minha pressão.</b>
<b>Resultados esperados</b>	Estabelecer em mais de 75 % um controle sobre o consumo de medicamentos pelos usuários com hipertensão insistindo na importância de não abandonar ou fazer irregular o tratamento reforçando as situações que podem-se apresentar pelo abandono do tratamento farmacológico.
<b>Produtos esperados</b>	Avaliar em cada consulta como o cumprimento pelo o usuário da forma em que toma as medicações, horários e frequências. Checar com periodicidade semanal a disponibilidade de medicamentos na farmácia da unidade. Fiscalizar o fornecimento de medicamentos aos usuários hipertensos.
<b>Recursos necessários</b>	Financeiro: recursos para impressão de boletins a ser distribuídos à população para orientação sobre o controle farmacológico da hipertensão e a importância de não abandonar o tratamento. Estrutural: manter a entrega do pedido de medicamentos garantindo o fornecimento adequado. Cognitivo: Informações atualizadas sobre o tema. Político: convocação das lideranças comunitárias e gestores envolvidos, assim como os responsáveis pelo setor da central de abastecimento farmacêutico.
<b>Recursos críticos</b>	Estrutural: falta de um profissional com dedicação exclusiva para as atividades. Político: Envolvimento participativo da gestão local e de lideranças comunitárias que incentivem a realização do trabalho. Financeiro: verbas reduzidas pela prefeitura para esse tipo de finalidade.
<b>Controle dos recursos críticos</b>	Secretaria Municipal de Saúde
<b>Ações estratégicas</b>	Reuniões para discussão e debate de ações com a participação de representações da gestão local assim como da liderança comunitária, a fim de que exista envolvimento no desejado.
<b>Prazo</b>	Seis meses.
<b>Responsáveis pelo acompanhamento das ações</b>	Dr. Antônio Gilson Enf. Zaul
<b>Processo de monitoramento e avaliação das ações</b>	A cada três meses. Elaborar uma planilha para acompanhamento e monitoramento da adesão ao tratamento. Discussões na equipe.

## **7 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Consideramos que é de grande importância para nossa população, a elaboração deste plano de intervenção para diminuir a incidência da HAS nos usuários da UBS onde atuou. O impacto que isso trará à população adstrita permitirá diminuir a incidência de hipertensos na UBS Valdeiza Valdes I.

A nossa finalidade consiste em e elaborar uma estratégia que possibilite agir diretamente nas causas do problema uma vez que, identificados os fatores que desencadeiam a evolução para essa doença e que são potencialmente reversíveis ou evitáveis. Com base nos dados obtidos, apresentamos um conjunto de atividades e ações a serem executadas, de modo a diminuir a incidência de Hipertensos.

As ações serão incorporadas à rotina de trabalho da equipe e implementadas de maneira permanente nas atividades de promoção e prevenção.

## REFERENCIAS

BARRETO, M. S. *et al.* Prevalência de não adesão à farmacoterapia anti-hipertensiva e fatores associados. **Rev Bras Enferm.**, v.68, n.1, p.60-67, 2015.

BARRETO, M. S.; MATSUDA, L. M.; MARCON, S. S. Fatores associados ao inadequado controle pressórico em pacientes da atenção primária. **Esc Anna Nery**, v.20, n.1, p.114-120, 2016.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. IBGE. **Cidades. Acre.** Rio Branco. História. Brasília: 2017a. <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ac/rio-branco/historico>>. Acesso em: 28 jun. 2019

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. IBGE. **Cidades. Acre.** Rio Branco. Panorama. Brasília: 2017b. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ac/rio-branco/panorama>>. Acesso em: 28 jun. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica:** hipertensão arterial sistêmica. Caderno de Atenção Básica n. 37. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

COSTA, J. M.; SILVA, M. R.; CARVALHO, E. F. Avaliação da implantação da atenção à hipertensão arterial pelas equipes de Saúde da Família do município do Recife (PE, Brasil). **Ciênc. saúde coletiva**, v.16, n.2, p.623-633, 2011.

FARIA, H. P.; CAMPOS, F. C. C.; SANTOS, M. A. **Planejamento, avaliação e programação das ações de saúde.** Belo Horizonte: NESCON/UFMG, 2018. 97 p.

GEWEHR, D. M. *et al.* Adesão ao tratamento farmacológico da hipertensão arterial na Atenção Primária à Saúde. **Saúde debate**, v.42, n.116, p.179-190, 2018.

GOULART, F. A. A. **Doenças crônicas não transmissíveis:** estratégias de controle e desafios para os sistemas de saúde. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde; 2011.

KEARNEY, P. M. *et al.* Global burden of hypertension: analysis of worldwide data. **The Lancet.** v. 365, n.9455, p.217-223, 2005.

LESSA, I. Hipertensão arterial sistêmica no Brasil: Tendência temporal. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.26, n.8, p.1470-1471, 2010.

MALTA, D. C. *et al.* Prevalência da hipertensão arterial segundo diferentes critérios diagnósticos, Pesquisa Nacional de Saúde. **Rev. bras. epidemiol.**, v.21, supl.1, e180021, 2018.

MOTTER, F.R.; OLINTO, M. T. A.; PANIZ, V. M. V. Avaliação do conhecimento sobre níveis tensionais e cronicidade da hipertensão: estudo com usuários de uma Farmácia Básica no Sul do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro., v. 31, n. 2, p. 395-404, Fev. 2015. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2015000200395&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2015000200395&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 16 de out. 2018.

RIO BRANCO. Prefeitura Municipal. **Rio Branco**. 2013. Disponível em: <<http://www.riobranco.ac.gov.br/index.php/rio-branco>>. Acesso em: 28 jun. 2019.

SAITO, R. X. S. (Org). **Integralidade da Atenção: Organização no Programa Saúde da Família na perspectiva sujeito-sujeito**. São Paulo: Martinari, 2008.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão. **Arq. Bras. Cardiol.**, v.107, n.3, supl.3, p.1-83, 2016.

VI DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO ARTERIAL. Sociedade Brasileira de Cardiologia/Sociedade Brasileira de Hipertensão/Sociedade Brasileira de Nefrologia. **Arq Bras Cardiol**. v 95, n.1. p1-51, 2010.