

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS  
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO GESTÃO DO CUIDADO EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

**DAYMARA PENA PARRA**

**INTERVENÇÃO EDUCATIVA SOBRE HIPERTENSÃO ARTERIAL  
SISTÊMICA EM PACIENTES HIPERTENSOS DA UNIDADE BÁSICA DE  
SAÚDE 25 DE AGOSTO DE CRUZEIRO DO SUL - ACRE**

**RIO BRANCO - ACRE  
2018**

**DAYMARA PENA PARRA**

**INTERVENÇÃO EDUCATIVA SOBRE HIPERTENSÃO ARTERIAL  
SISTÊMICA EM PACIENTES HIPERTENSOS DA UNIDADE BÁSICA DE  
SAÚDE 25 DE AGOSTO DE CRUZEIRO DO SUL - ACRE**

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

Orientadora: Profa. Maria Dolôres Soares Madureira

**RIO BRANCO - ACRE  
2018**

**DAYMARA PENA PARRA**

**INTERVENÇÃO EDUCATIVA SOBRE HIPERTENSÃO ARTERIAL  
SISTÊMICA EM PACIENTES HIPERTENSOS DA UNIDADE BÁSICA DE  
SAÚDE 25 DE AGOSTO DE CRUZEIRO DO SUL - ACRE**

Banca Examinadora

Profa. Maria Dolôres Soares Madureira - orientadora - UFMG

Profa. Maria Rizoneide Negreiros de Araújo - UFMG

Aprovado em Belo Horizonte, 21 de outubro de 2018

## **DEDICATÓRIA**

Dedico este trabalho à minha equipe de saúde por seu incondicional apoio e a meus pais por estarem sempre ao meu lado com sua constante ajuda e cooperação nos momentos mais difíceis.

## **AGRADECIMENTOS**

Aos meus queridos integrantes da equipe básica de saúde que com seu apoio e dedicação contribuíram para a realização deste trabalho.

“Acreditar na medicina seria a suprema loucura se não acreditar nela não fosse uma maior ainda, pois desse acumular de erros, com o tempo, resultaram algumas verdades.”

Proust

## RESUMO

A Hipertensão Arterial Sistêmica é condição clínica multifatorial caracterizada por elevação sustentada dos níveis pressóricos  $\geq 140$  e/ou 90 mmHg. Considerada um problema de saúde pública, constitui um importante fator de risco para desenvolvimento de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais. É um dos principais problemas de saúde em países desenvolvidos. A doença causa diminuição da expectativa de vida e aumento da mortalidade de homens e de mulheres. Um dos fatores que têm contribuído para o aumento dos casos de hipertensão é o estilo de vida moderno, que envolve maus hábitos alimentares, sedentarismo, obesidade, tabagismo. O objetivo é elaborar um projeto de intervenção com vistas a melhorar o nível de conhecimento sobre Hipertensão Arterial Sistêmica de pacientes hipertensos da Unidade Básica de Saúde 25 de agosto do município Cruzeiro do Sul - Acre. Para a elaboração do trabalho foi executado o diagnóstico situacional de saúde de nossa área de abrangência. O problema priorizado foi elevada prevalência de hipertensão arterial sistêmica, mediante o método de estimativa rápida. A revisão bibliográfica foi feita através de pesquisas de material científico para abordar o tema proposto. Para a realização da proposta de intervenção levou-se em conta a aplicação do método do Planejamento Estratégico Situacional. A principal estratégia apresentada é a intervenção educativa com pessoas hipertensas cadastradas e acompanhadas na Unidade Básica de Saúde, por meio de oficinas temáticas e palestras dialogadas, melhorando a adesão ao tratamento farmacológico e a adesão a hábitos e estilos de vida mais saudáveis. Assim, espera-se que a presente proposta possa diminuir os fatores de risco e aumentar o conhecimento sobre a esta doença.

**Palavras chave:** Hipertensão. Atenção primária à saúde. Educação em Saúde.

## ABSTRACT

The systemic arterial hypertension is a multifactor clinical condition characterized by sustained elevation of the levels pressure  $\geq 140$  and/or 90 mmhg. Considered a public health problem, it constitutes an important risk factor for the development of cardiovascular, cerebrovascular and renal diseases. It is one of the main health problems in developed countries. The disease causes decreased life expectancy and increased mortality for men and women. One of the factors that have contributed to the increased cases of hypertension is the modern lifestyle, which involves bad eating habits, sedentary, obesity, and smoking. The objective is to draw up an intervention project with a view to improving the level of knowledge about systemic arterial hypertension of hypertension patients from the basic health Unit 25 August of the southern-Acre Cruise municipality. For the elaboration of the work was carried out the situational diagnosis of health of our area of coverage. The prioritized problem was high prevalence of systemic arterial hypertension, through the rapid estimation method. The bibliographical revision was carried out to research of scientific material to address the proposed theme. For the implementation of the intervention proposal, the implementation of the situational strategic planning method was taken into account. The main strategy presented is the educational intervention with hypertensions registered and accompanied by the basic health Unit, through thematic workshops and talks, improving adherence to pharmacological treatment and adherence to habits and lifestyles Healthier. This proposal is therefore expected to reduce risk factors and increase knowledge about this disease.

**Key words:** Hypertension. Primary Health Care. Health Education

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

|      |   |
|------|---|
| ACS  | Agente Comunitário de Saúde                     |
| ACD  | Auxiliar de consultórios Dentários              |
| AVE  | Acidente Vascular Encefálico                    |
| DAP  | Doença Arterial Periférica                      |
| DCNT | Doença Crônica não Transmissível                |
| DCV  | Doença Cardiovascular                           |
| DRC  | Doença Renal Crônica                            |
| ESF  | Estratégia Saúde da Família                     |
| FR   | Fatores de Risco                                |
| HAS  | Hipertensão Arterial Sistêmica                  |
| IAM  | Infarto Agudo do Miocárdio                      |
| IBGE | Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística |
| IC   | Insuficiência Cardíaca                          |
| IDH  | Índice de Desenvolvimento humano                |
| NASF | Núcleo de Apoio à Saúde da Família              |
| OMS  | Organização Mundial de Saúde                    |
| OPAS | Organização Pan -Americana da Saúde             |
| PES  | Planejamento Estratégico Situacional            |
| SAMU | Serviço de Atenção Móvel de Urgências           |
| TFD  | Tratamento Fora de Domicílio                    |
| UBS  | Unidade Básica de Saúde                         |

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

- Quadro 1- Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à equipe de Saúde 25 de Agosto, da Unidade Básica de Saúde 25 de Agosto, município de Cruzeiro do Sul, estado de Acre. 16
- Quadro 2 – Operações sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema. “Elevado número de pacientes Hipertensos”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família 25 de Agosto, do município Cruzeiro do Sul, estado de Acre. 34
- Quadro 3- Operações sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema. “Elevado número de pacientes Hipertensos”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família 25 de Agosto, do município Cruzeiro do Sul, estado de Acre. 35
- Quadro 4- Operações sobre o “nó crítico 3” relacionado ao problema “Elevado número de pacientes Hipertensos”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família 25 de Agosto, do município Cruzeiro do Sul, estado de Acre. 36
- Quadro 5- Operações sobre o “nó crítico 4” relacionado ao problema “Elevado número de pacientes Hipertensos”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família 25 de Agosto, do município Cruzeiro do Sul, estado de Acre. 37

## SUMÁRIO

|   |           |
|---|-----------|
| <b>1 INTRODUÇÃO.....</b>  | <b>12</b> |
| <b>1.1 Aspectos gerais do município Cruzeiro do Sul.....</b>                                | <b>12</b> |
| <b>1.2 Sistema municipal de saúde .....</b>   | <b>13</b> |
| <b>1.3 Unidade Básica de Saúde 25 de Agosto .....</b>                                       | <b>13</b> |
| <b>1.4 Aspectos da Comunidade .....</b>   | <b>14</b> |
| <b>1.5 A Equipe de Saúde da Família do Centro de Saúde 25 de Agosto .....</b>               | <b>15</b> |
| <b>1.6 Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade .....</b>        | <b>16</b> |
| <b>1.7 Priorização dos problemas – a seleção do problema para plano de intervenção.....</b> | <b>16</b> |
| <b>2 JUSTIFICATIVA .....</b>  | <b>18</b> |
| <b>3 OBJETIVOS .....</b>  | <b>20</b> |
| <b>3.1 Objetivo geral .....</b>   | <b>20</b> |
| <b>3.2 Objetivos específicos .....</b>  | <b>20</b> |
| <b>4 METODOLOGIA.....</b>   | <b>21</b> |
| <b>5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA .....</b>  | <b>22</b> |
| <b>5.1 Hipertensão Arterial.....</b>  | <b>22</b> |
| <b>5.2. Estilo de Vida .....</b>  | <b>24</b> |
| <b>5.3 Fatores de Risco .....</b>   | <b>25</b> |
| <b>5.4 Ações educativas de prevenção e controle da Hipertensão .....</b>                    | <b>26</b> |
| <b>6 PLANO DE INTERVENÇÃO .....</b>   | <b>30</b> |
| <b>6.1 Descrição do problema selecionado.....</b>   | <b>30</b> |
| <b>6.2 Explicação do problema.....</b>  | <b>31</b> |
| <b>6.3 Seleção dos “nós críticos” .....</b>   | <b>32</b> |
| <b>6.4 Desenho das operações.....</b>   | <b>33</b> |
| <b>7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>  | <b>38</b> |
| <b>REFERENCIAS .....</b>  | <b>39</b> |

## **1 INTRODUÇÃO**

### **1.1 Aspectos gerais do município Cruzeiro do Sul**

O município Cruzeiro do Sul encontra-se situado a nordeste do estado do Acre, na margem esquerda do rio Juruá, a 632 km da capital Rio Branco; sua área é de 8.779,391km com uma população estimada de 82.622 para o ano de 2017 de acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), sendo o segundo município mais populoso do estado (BRASIL, 2017).

É ainda um dos mais importantes polos turísticos e econômicos do Acre, cujo nome foi inspirado na Constelação “Cruzeiro do Sul”, sendo elevado à condição de cidade, com a denominação de Cruzeiro do Sul em 31-05-1906. Inicialmente era habitada por tribos indígenas que se dividiam em grupos com as suas denominações particulares: Ararauas, Catukinas, Curimas, entre outros. O município Cruzeiro do Sul limita-se ao norte com o estado do Amazonas, ao sul, com o município de Porto Walter, ao leste, com o município de Tarauacá e a oeste, com os municípios de Mâncio Lima, Rodrigues Alves e com o Peru (BRASIL, 2017).

As religiões mais frequentes são: católica, evangélica, espírita entre outras. Região predominantemente agrícola, ganadeira além de realizar a pesca, com grande extensão de floresta. As principais plantações são de tomate, mandioca, feijão, batata, além de exploração da madeira, sendo comercializada na região e exportada para outros municípios e estados. Atualmente, a farinha é o principal produto da atividade econômica municipal, sendo uma das melhores da região e muito apreciada no sul do país.

De acordo com o IBGE, 12,7% dos domicílios possuem esgotamento sanitário adequado, 37.9% de domicílios urbanos em vias públicas com arborização e 3.7% de domicílios urbanos em vias públicas com urbanização adequada, o que inclui bueiro, calçada, pavimentação e meio-fio (BRASIL, 2017).

## **1.2 Sistema municipal de saúde**

O município conta com uma secretaria de saúde e 28 unidades básicas de saúde (UBS), 15 na zona urbana, 11 na zona rural e uma fluvial, além de 31 equipes de saúde, cobrindo 80 % da população acessíveis para todos os pacientes. Também tem serviços de odontologia, um hospital geral que presta serviço de atendimento ambulatorial e internação, apesar de não ter todas as especialidades. Conta com serviço de hemodiálises, hospital de maternidade e da criança, centro diagnóstico, Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), Serviço de Atenção Móvel de Urgências (SAMU), academia da saúde, central única de medicamentos, centro de zoonoses, atenção mediante o tratamento fora de domicílio (TFD). Aqueles pacientes que precisam de avaliação e acompanhamento de assistência de média ou alta complexidade que não contamos no município, são contatados com o estado; oferecem-se serviços de saúde às comunidades indígenas e ribeirinhas. O sistema municipal de saúde recebe apoio financeiro por parte do Ministério de Saúde, além da prefeitura. Existem também os serviços privados.

Mediante o Sistema Único de Saúde (SUS) e o programa Farmácia Popular do Brasil proporcionam os medicamentos essenciais à população.

Programas estabelecidos em APS/SUS atenção pré-natal, saúde da criança, saúde da mulher, saúde do homem, HIPERDIA, atenção ao idoso, Imunização; Programa Bolsa Família; Programa Saúde na Escola. Planejamento Familiar; São realizados prevenção e controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis (DTS) e das doenças infectocontagiosas entre outros.

## **1.3 Unidade Básica de Saúde 25 de agosto**

A Unidade Básica de Saúde 25 de agosto pertencente ao município Cruzeiro do Sul situa-se na Avenida 25 de agosto, no centro da cidade; sua população adscrita totaliza 5819 habitantes e 1113 famílias, conta com 16 microáreas. Total de trabalhadores 27. A estrutura e ambiência da UBS proporciona uma atenção acolhedora, tanto para os usuários, como para os profissionais de saúde e trabalhadores. Possui boa iluminação,

ventilação e climatização, Os serviços existentes tem placa de identificação e sinalização dos fluxos. Tem uma recepção ampla, uma sala de espera para pacientes e acompanhantes, uma sala de triagem, um área de vacinação, uma sala de curativo, uma sala de nebulização, uma sala de odontologia, uma sala de medicação, uma sala de esterilização, dois sala de enfermagem, quatro sala medica, uma sala NASF, um auditório, uma lavanderia, uma cozinha, uma copa, um deposito para o lixo comum e outro para o lixo infectado, nove banheiros, dos quais dois são para usuários, dois para funcionários e resto estão distribuídos na consulta medica e de enfermagem, além de uma sala de coleta para exames de diagnóstico de malária e leishmaniose. A coleta de lixo contaminado é realizada uma vez por semana pela secretaria de saúde através da coordenação de vigilância. Possui cinco escolas, dois equipe de saúde, a número 5 e número 6, cinco igrejas, duas farmácias, uma academia, um centro comercial, várias lojas e outros comércios. Os atendimentos são realizados de segunda a sexta feira na manhã e a tarde, de 7am a 6pm.

#### **1.4 Aspectos da comunidade**

A população da área de abrangência caracteriza-se por predominar o ensino médio; existe analfabetismo, sobretudo entre os maiores de 40 anos, sendo frequente o abandono da escola. As moradias em geral têm boas condições estruturais, embora existam moradias com condições precárias. As principais fontes de emprego da população é a agricultura e a ganadaria trabalho nas empresas rurais localizadas na periferia da cidade, outra fonte de emprego é o setor da educação e saúde. A comunidade tem sistema de aqueduto e rede de esgotos, boa disponibilidade dos resíduos sólidos e líquidos, embora apresente dificuldades na sistematização de coleção do lixo. A população conserva hábitos e costumes próprios da população brasileira e gosta de comemorar as festas religiosas, em particular as festas juninas. As religiões mais frequentes são as de católicos, evangélicos, espiritas entre outras. Também existe êxodo da população de zona rural para zona urbana além de emigração para outros estados do Brasil.

### **1.5 A Equipe de Saúde da Família 25 de agosto, da Unidade Básica de Saúde 25 de agosto**

A equipe onde atuo é a número 5, trabalha com uma população estimada de 2295 habitantes e 553 famílias, dividida em oito microáreas, sendo 1102 homens (48.01%) e 1193 mulheres (52%). A equipe está constituída por uma enfermeira, uma técnica de enfermagem, uma médica, quatro agentes comunitários de saúde atualmente, além de um cirurgião dentista, e uma auxiliar de consultório dentário (ACD).

Uma reunião mensal é realizada, onde o trabalho é planejado e as deficiências apresentadas durante o mês trabalhado; são analisadas com o objetivo de melhorar o atendimento prestado à população, com o apoio incondicional das agentes comunitárias de saúde (ACS), utilização de cadastro, cartão do SUS, prontuários, livro de referências e contrarreferências, prestação de diversos serviços. atendimentos agendados são realizados e de demanda espontânea durante todo o dia, fornecendo prioridade às urgências. Acompanhamos as pessoas com doenças crônicas, diminuindo fatores de risco, complicações e favorecendo o processo de recuperação, além de acompanhar, monitorar e avaliar os casos considerados complexos e os pacientes que precisam ser avaliados e acompanhados por outros serviços. Fazemos prevenção de câncer de mama, útero, colón e próstata mediante o rastreamento. Também são realizadas consultas de enfermagem, atendimentos de puericultura, pré-natal e visita domiciliar; oferecemos acompanhamento das doenças crônicas e transmissíveis. Realizam-se grupos operativos com idosos, grávidas e diabéticos. O modelo de assistência utilizado é o de estratégia saúde da família.

Em nossa área de abrangência temos vários problemas de saúde. Uma vez realizado o diagnóstico situacional de saúde pela equipe da UBS 25 de Agosto, onde foi utilizado o método de estimativa rápida para identificação dos problemas, puderam-se identificar os principais problemas de saúde e assim poder priorizá-los e propor um plano de ação que contribua para um melhor controle da doença, sendo as doenças não transmissíveis as de maior prevalência, principalmente a hipertensão arterial sistêmica (HAS), mediante uma maior adesão ao tratamento indicado e fatores de risco associados. Se

não for tratada devidamente, em um período de tempo certo aumentarão as suas consequências e piorando ao longo dos anos.

### 1.6 Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade

- Elevada prevalência das doenças crônicas não transmissíveis, principalmente a HAS
- Alta incidência de infecções respiratórias agudas
- Elevada prevalência de tabagistas
- Alta incidência de dengue e malária
- Condições higiênicas sanitárias deficientes

### 1.7 Priorização dos problemas – a seleção do problema para plano de intervenção

Quadro 1 - Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à equipe de Saúde 25 de Agosto Unidade Básica de Saúde 25 de Agosto, município de Cruzeiro do Sul - Acre.

| Problemas   | Importância* | Urgência** | Capacidade de enfrentamento*** | Seleção/Priorização**** |
|---|--------------|------------|--------------------------------|-------------------------|
| Elevada prevalência das doenças crônicas não transmissíveis (HAS) | Alta         | 12         | Total                          | 1                       |
| Alta incidência de infecções respiratórias agudas                 | Média        | 08         | Parcial                        | 2                       |
| Elevada prevalência de fumantes                                   | Média        | 04         | Parcial                        | 3                       |
| Alta incidência de dengue e malária                               | Média        | 04         | Parcial                        | 4                       |
| Condições higiênicas sanitárias deficientes                       | Baixa        | 02         | Fora                           | 5                       |

Fonte:

\*Alta, media ou baixa

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

\*\*\*Total, parcial ou fora

\*\*\*\*Ordenar considerando os três itens

Diante da priorização dos problemas de saúde, definiu-se como foco para este plano de intervenção a elevada prevalência de hipertensão arterial sistêmica na população da área de abrangência da Equipe de Saúde da Família 25 de agosto.

## 2 JUSTIFICATIVA

A hipertensão arterial, caracterizada pelo aumento da pressão arterial (PA  $\geq 140 \times 90$ mmHg), é uma doença crônica que afeta cerca de um terço da população mundial. A prevalência da HAS na população brasileira “varia entre 22% e 44% para adultos (32% em média), chegando a mais de 50% para indivíduos com 60 a 69 anos e 75% em indivíduos com mais de 70 anos” (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010 *apud* BRASIL, 2013, p.19).

Entre os fatores que têm contribuído para o aumento da prevalência da hipertensão arterial sistêmica destaca-se o estilo de vida moderno, que envolve hábitos alimentares inadequados principalmente o consumo excessivo de sal, hábitos sedentários, excesso de peso e obesidade, tabagismo (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2016).

Em nosso meio, a HAS tem prevalência elevada na população adulta (maior ou igual a 18 anos) e forte relação com os casos de Acidente Vascular Encefálico (AVE) e os casos de doença isquêmica do coração. Optou-se por realizar uma intervenção educativa nos pacientes hipertensos na UBS 25 de agosto e assim avaliar o nível de conhecimento prévio destes pacientes sobre a doença, seus estilos de vida e fatores de risco, suas preocupações. Pensamos em um plano estratégico com o pessoal qualificado com a finalidade de orientar e apoiar as pessoas a lidar com suas doenças para prevenir agravos à saúde e melhorar sua qualidade de vida.

Hábitos saudáveis de vida devem ser adotados desde a infância e adolescência, respeitando-se as características regionais, culturais, sociais e econômicas dos indivíduos. As principais recomendações não-medicamentosas para prevenção primária da HAS são: alimentação saudável, consumo controlado de sódio e álcool, ingestão de potássio, combate ao sedentarismo e ao tabagismo (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010, p.3).

Santa-Helena, Nemes e Eluf Neto (2010) enfatizam a dificuldade da adesão ao tratamento da HAS, ressaltando que no acompanhamento realizado pelos serviços de saúde apenas um terço das pessoas tem sua pressão arterial mantida em níveis

desejáveis; a não adesão ao tratamento tem um impacto negativo na evolução dessa enfermidade que doença causa diminuição da expectativa de vida e aumento da mortalidade de homens e de mulheres. Ressalta-se que o tratamento não farmacológico deve ser enfatizado, o que significa modificar o estilo de vida e, quando não suficiente, associado ao tratamento farmacológico.

### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 Objetivo geral**

Elaborar um projeto de intervenção com vistas a melhorar o nível de conhecimento sobre Hipertensão Arterial Sistêmica de pacientes hipertensos da Unidade Básica de Saúde 25 de agosto do município Cruzeiro do Sul - Acre.

#### **3.2 Objetivos específicos**

Desenvolver atividades educativas sobre Hipertensão Arterial e os fatores de risco com participação dos membros da ESF e a comunidade.

Organizar temas sobre prevenção e controle da Hipertensão Arterial para abordar durante as atividades com os usuários.

Identificar os estilos de vida e fatores de risco a que a população hipertensa está exposta.

#### 4 METODOLOGIA

Para a elaboração do trabalho foi executado o diagnóstico situacional de saúde de nossa área de abrangência, com a colaboração da equipe de saúde. Para identificar o problema de saúde foi usado o método de estimativa rápida para levantar dados que transformados em informações permitiram sua identificação (FARIA; CAMPOS; SANTOS, 2018).

A metodologia de Planejamento, avaliação e programação das ações em saúde (Nescon/UFMG,) elaboração do plano de ação foi baseada no método de Planejamento Estratégico Situacional (PES).

Realizou-se também uma revisão de literatura nas bases de dados da biblioteca virtual *Scientific Electronic Library Online* (SciELO). Biblioteca Regional de Medicina (BIREME), Sistema Informativo da Atenção Básica (SIAB), Departamento de informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS). A busca sobre o tema foi guiada pelos descritores: Hipertensão, Atenção primária à saúde, Educação em Saúde. Os artigos analisados estavam compreendidos entre as publicações dos últimos 15 anos.

Ao final, os problemas identificados, detectados no diagnóstico situacional de saúde de nossa área de trabalho, foram processados, e a partir de então elaborado um plano de ação para assim fazer frente ao problema prioritário.

## 5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

### 5.1 Hipertensão Arterial

De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2011, p.30), mundialmente, as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) são consideradas as principais causas de mortes, incluindo um grande número de mortes prematuras, “perda de qualidade de vida com alto grau de limitação nas atividades de trabalho e de lazer, além de impactos econômicos para as famílias, comunidades e a sociedade em geral, agravando as iniquidades e aumentando a pobreza”.

Entre as DCNT está a Hipertensão Arterial Sistêmica, definida pela Sociedade de Cardiologia do Estado Rio de Janeiro (SOCERJ, 2018, p.13) como uma “condição clínica multifatorial caracterizada por elevação sustentada dos níveis pressóricos  $\geq 140$  e/ou 90 mmHg”. Com frequência, está associada 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” (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2016, p.1).

De forma independente, a HAS associa-se a outros eventos tais como: “morte súbita, acidente vascular encefálico (AVC), infarto agudo do miocárdio (IMA), insuficiência cardíaca (IC), doença arterial periférica (DAP) e doença renal crônica (DRC), fatal e não fatal” (LEWINGTON *et al.*, 2003 *apud* SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2016, p.1). É um sério problema de saúde pública por sua alta incidência na população e por sua grande morbidade e mortalidade.

A HAS tem como principais fatores de risco não modificáveis a idade, gênero, predisposição genética e etnia, e como fatores modificáveis: excesso de peso ou obesidade, ingestão elevada de sal, uso abusivo de álcool, sedentarismo e fatores socioeconômicos (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2016).

A HAS tem alta prevalência, atingindo cerca de 600 milhões de indivíduos, o que corresponde atualmente a mais de 30% da população mundial, entretanto o seu

controle não atinge taxas satisfatórias. Por ser um dos principais fatores de risco (FR) modificáveis, ela é considerada como um problema de saúde pública que tem despertado muita preocupação (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010; SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2016).

Segundo dados aportados pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2011), a prevalência da hipertensão arterial sistêmica é alta no mundo, incluindo o Brasil, onerando socialmente a população, uma vez que é causa mais frequente das demais doenças cardiovasculares. A associação a demais doenças, conforme dito anteriormente, lhe confere “magnitude, em razão do agravamento das condições de saúde do indivíduo, concorrendo para a perda da qualidade de vida, para a letalidade precoce, para os altos custos sociais e do sistema de saúde” (BRASIL, 2011, p.60).

Anualmente 9,4 milhões de pessoas no mundo morrem em consequência da hipertensão, que ainda responde por “45% dos ataques cardíacos e 51% dos derrames cerebrais” (OMS 2012 *apud* BURGOS *et al.*, 2014, p.69). É um problema de saúde crescente devido ao avançar da idade dos habitantes, aumento da expectativa de vida e prevalência de outros fatores de risco como a obesidade, sedentarismo e alimentação inadequada (BRASIL, 2007).

Segundo dados da Organização Mundial de Saúde (2013), a hipertensão arterial é mais prevalente na África, com 46% das ocorrências, comparando com as Américas que registraram as menores incidências, ou seja, 20% a 40% da população adulta, o que significa que cerca de 250 milhões de pessoas sofrem de pressão arterial elevada. Para Kearney *et al.* (2005) *apud* Ferreira *et al.* (2009, p.99), a HAS “acomete aproximadamente 25% da população mundial, com previsão de aumento de 60% dos casos da doença em 2025” (KEARNEY *et al.*, 2005 *apud* FERREIRA *et al.*, 2009, p.99).

De acordo com dados norte-americanos de 2015, 69% dos pacientes com primeiro episódio de IAM apresentavam hipertensão, bem como 77% de AVE, 75% com IC e 60% com doença arterial periférica (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2016).

A hipertensão arterial sistêmica atinge, aproximadamente, “36 milhões de brasileiros, e em mais de 60% da população >60 anos. Cerca de 50% das mortes por doença cardiovascular no país tem a HAS como um fator presente direta ou indiretamente” (COSTA, 2018, p.13).

Em 2012, o Sistema Único de Saúde (SUS) registrou 115.748 internações por hipertensão. Um em cada três brasileiros tem hipertensão arterial, sendo que está atingindo mais a população de idosos (50%), entretanto chama atenção a ocorrência em 5% da população de crianças e adolescentes (BRASIL, 2016).

A maioria dos casos de hipertensão arterial não apresenta uma causa aparente facilmente identificável, sendo conhecida como hipertensão essencial. Uma pequena proporção dos casos de hipertensão arterial é devida a causas muito bem estabelecidas, que precisam ser devidamente diagnosticadas, uma vez que, com a remoção do agente etiológico, é possível controlar ou curar a hipertensão arterial. É a chamada hipertensão secundária. (BRASIL, 2006, p.20).

Com certa frequência o seu diagnóstico e tratamento são negligenciados, o que ocorre em decorrência de na maior parte do seu curso ela é assintomática, o que contribui para que a adesão do paciente, ao tratamento seja baixa, apesar dos protocolos, recomendações existentes e disponibilidade de medicamentos (BRASIL, 2006).

Burgos *et al.* (2014) enfatizam que estudos têm demonstrado que pequenas reduções na pressão arterial (PA) reduzem significativamente a morbimortalidade cardiovascular.

## **5.2 Estilos de vida**

O conceito de estilo de vida começa a ser um objetivo das ciências médicas na segunda metade do século XX, a partir do redimensionamento do conceito de saúde e dos determinantes da saúde (SINTES, 2008). No estilo de vida se resumem os padrões de comportamento pessoal individual, as relações sociais, as condições de vida socioeconômicas e ambientais que podem ser modificáveis. Por isso, é uma tarefa da equipe de saúde identificar os fatores do estilo de vida que podem significar um risco para a saúde e desde a promoção e a prevenção, propor sua modificação (SINTES, 2008).

A vida da pessoa hipertensa deve ter mudanças no estilo de vida, tais como, a redução do peso corporal, uma dieta hipossódica e balanceada, ingestão adequada de frutas e verduras, redução de bebidas alcoólicas, a prática de exercícios físicos, o abandono ou diminuição do tabagismo e a substituição de gorduras saturadas por poli-insaturadas e monoinsaturadas. Uma vez implementados esses hábitos, pode-se lograr a liberação do tratamento medicamentoso ou a dose e quantidade do medicamento pode ser reduzida (CASTRO; ROLIM; MAURICIO, 2005).

Demoner, Ramos e Pereira, (2012) ressaltam que um estilo de vida saudável e a prática de atividade física interferem significativamente na redução da PA, além de ajudar na redução ou manutenção do peso e diminuir o risco cardiovascular.

### **5.3 Fatores de risco**

“O termo "risco" é usado para definir a chance de uma pessoa sadia, exposta a determinados fatores, ambientais ou hereditários, desenvolver uma doença” (INCA, 2007, sp.). Logo, fatores de risco são “componentes que podem levar à doença ou contribuir para o risco de adoecimento e manutenção dos agravos de saúde” (PEREIRA, 2007, p.6).

De acordo a Agência Nacional de Saúde Suplementar (BRASIL, 2007), um mesmo fator pode ser de risco para múltiplas doenças, por exemplo, o tabagismo, que é fator de risco de câncer, de doenças cardiovasculares e respiratórias. Por outro lado, uma doença pode estar relacionada a vários fatores de risco, denominados agentes causais múltiplos. O estudo dos fatores de risco tem possibilitado conhecer relações de causa-efeito entre eles e as doenças.

“Os fatores de risco podem estar presentes no ambiente físico, ser herdados ou representar hábitos e costumes próprios de um determinado ambiente social e cultural” (INCA, 2007 *apud* BRASIL, 2007, p.29).

Pereira (2007) ressalta que os fatores de risco em relação a sua origem podem ser endógenos quando advindos do próprio organismo e exógenos quando vêm de fora do organismo.

Os fatores de risco da hipertensão arterial sistêmica podem ser modificáveis e não modificáveis. Entre os fatores não modificáveis estão: a história familiar, idade, sexo e a etnia, e entre os modificáveis: excesso de peso ou obesidade, ingestão excessiva de sal, dislipidemia, tabagismo, alcoolismo, nível sanguíneo de glicose elevada, sedentarismo, estresse, alimentação inadequada (RODRIGUES; SILVA; CABRAL, 2016; SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2016).

Portanto, várias estratégias para prevenção do desenvolvimento da HAS podem ser pensadas; além de políticas públicas de saúde, as ações educativas são fundamentais, bem como o diagnóstico precoce, a adesão ao tratamento contínuo, controle da pressão arterial e dos fatores de risco associados (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2016).

#### **5.4 Ações educativas de prevenção e controle da HAS**

MAIA *et al.* (2018) ressaltam que as equipes da Estratégia de Saúde da Família têm condições essenciais para a abordagem da HAS, pois dispõem de estrutura, conformação, processo de trabalho com a comunidade, além de ferramentas e estratégias para a educação em saúde, por meio de ações educativas que de fato possam contribuir com a melhoria da saúde das pessoas.

Segundo a Secretaria de Saúde do Estado do Paraná (PARANÁ, 2018), oferecer medidas de prevenção e indicações adequadas sobre hábitos saudáveis tem um impacto direto na qualidade de vida do indivíduo, no perfil de doenças, na mortalidade da população e na pressão das demandas sobre o sistema de atendimento à saúde.

As ações educativas de prevenção da HAS devem estar voltadas ao controle e à redução dos fatores de risco, enfatizando-se no controle do tabagismo, obesidade, sedentarismo, do consumo de sal, bebidas alcoólicas e exortando a uma alimentação

saudável. Além de realizar a detecção e tratamento precoce da doença já estabelecida, tem como objetivo alcançar o controle, evitar complicações e assim retardar a progressão do quadro clínico. É importante destacar que a participação nas atividades educativas é um fator motivador para o autocuidado, o que leva à compreensão da necessidade de mudar o estilo de vida e aderir ao tratamento. Também se deve fazer a pesquisa de fatores de risco associados, de lesões em órgãos-alvo, buscando minimizar as complicações, melhorar a qualidade de vida e evitar mortes precoces (PARANÁ, 2018).

A Organização Mundial de Saúde (2013) corrobora que essas ações ao enfatizar a tomada de medidas para reduzir o risco de hipertensão arterial, tais como, consumir menos sal, manter uma dieta equilibrada, prática de atividades físicas de forma sistemática, evitar o tabagismo e o consumo abusivo de álcool.

DANTAS *et al.* (2013) ressaltam a importância da participação ativa do indivíduo no tratamento da HAS, já que é considerado o fator mais significativo para o controle eficaz da doença e a prevenção de suas complicações. Dependendo esta participação do grau de relação do indivíduo com a equipe de saúde.

Outros autores como Machado, Pires, Lobão (2012) também fazem alusão ao tema, sinalando a importância de conhecimento dos pacientes hipertensos, sobre a doença e os fatores de risco, pois gera um impacto positivo no tratamento, seja medicamentoso ou não, além de redução de danos, com a adoção de medidas que permitem minimizar o impacto da doença na vida de os portadores e a prevenção de lesão em órgãos-alvo. Também enfatizam as ações conjuntas entre a equipe de saúde, os familiares e os hipertensos na rede básica de saúde, para a obtenção de melhores resultados nas atividades de educação em saúde e maior participação social, e assim brindar informações sobre os fatores de risco e adequado controle da doença.

Pra promover uma alimentação saudável na prevenção e tratamento da hipertensão arterial, a Secretaria de Estadual de Saúde do Paraná (PARANÁ, 2018) enfatiza a educação em saúde como primordial nesse processo, sendo que podem ser desenvolvidas em grupos operativos, oficinas, lembrando que a alimentação está

relacionada a aspectos psicossociais e culturais, sendo necessário incluir esse tema no processo educativo.

A recomendação feita pela Organização Mundial de Saúde sobre o consumo diário do sal é abaixo de 5g/dia. Pois o excesso de sal na dieta aumenta a pressão arterial e, é uma substância que pode estar associada com outras doenças como câncer gástrico, cálculos renais e osteoporose (OPAS/OMS, 2016). Recomenda-se um padrão dietético para evitar o desenvolvimento da hipertensão arterial, balanceado, rico em frutas, hortaliças, fibras, minerais e laticínios com baixos teores de gordura. Os benefícios obtidos com relação à PA estão associados ao alto consumo de potássio, magnésio e cálcio nesse padrão nutricional (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

Manter um estilo de vida ativo, com prática de atividade física sistemática, tem múltiplos benefícios para a saúde. Além de reduzir a incidência das doenças cardiovasculares e morte por dita causa (FANG; WYLIE-ROSETT; ALDERMAN, 2005; BRASIL, 2013). Recomendam-se atividades físicas aeróbicas, realizadas cinco dias da semana pelo menos 30 minutos, podendo ser realizadas em uma única sessão ou até três sessões de 10 minutos (PARANÁ, 2018).

Deve-se estimular o abandono do tabagismo, oferecendo informações sobre como esta dependência química interfere na vida diária da pessoa (PARANA, 2018). “Aqueles que fumam mais de 20 cigarros por semana aumentam em cinco vezes o risco de morte súbita” (FERREIRA *et al.*, 2009 *apud* BRASIL, 2014, p. 56).

Um índice de massa corpórea (IMC) mantido entre 18-25kg/m<sup>2</sup> e a circunferência abdominal dentro da normalidade para sexo, diminui o risco cardiovascular, apoiado na dieta e atividade física (SOCIEDADE DE CARDIOLOGIA DO ESTADO RIO DE JANEIRO, 2018). O Ministério da Saúde (BRASIL, 2016) enfatiza a realização de atividades educativas direcionadas à população feminina, pelo papel protagonista das mulheres nos lares, tornando-as multiplicadoras das ações de promoção da saúde, possibilitando ampliar o impacto das ações em saúde.

“O consumo de bebidas etílicas em quantidades elevadas acima de 30 g associa-se ao aumento do risco de morbimortalidade, devido às complicações cardiovasculares consequentes”, entretanto esse limiar para o risco à saúde ainda não está definido (ALMEIDA; FOOK; MARIZ, 2016, p.78).

Para melhorar a adesão ao tratamento farmacológico Oliveira *et al.* (2017) refere-se às combinações fixas de fármacos que aumentam a adesão, já que reduz as várias tomadas diárias, e facilita maior tolerância aos fármacos. Também aconselha o envolvimento do paciente, dos familiares e a abordagem pela equipe multidisciplinar, pois interferem positivamente na adesão ao tratamento.

Portanto, torna-se evidente a necessidade de implantar de forma segura as “diretrizes para o tratamento da HAS, através de um processo continuado, que envolva fundamentalmente ações de educação, de mudança do estilo de vida e garantia de acesso aos cuidados médicos e aos medicamentos” (OLIVEIRA *et al.*, 2017, p.791).

## **6 PLANO DE INTERVENÇÃO**

Neste Projeto de Intervenção propomos implementar estratégias de prevenção e promoção de saúde, com a formação de grupos dirigidos a aumentar o nível de conhecimentos das pessoas sobre HAS e promover mudanças nos hábitos e estilos de vida, com o objetivo de mudar paradigmas, e melhorar a qualidade de vida da população dos pacientes com Hipertensão Arterial da UBS 25 de Agosto, no município de Cruzeiro do sul, considerando que esta doença tem uma alta prevalência.

O controle da mesma tem uma finalidade, ou seja, a redução das complicações, considerando as características da área de abrangência e o número de pacientes hipertensos cadastrados. O projeto tem como objetivo desenvolver intervenção educativa, para avaliar o conhecimento que tem a população sobre os estilos de vida saudável e fatores de risco de Hipertensão Arterial e suas possíveis complicações, envolvendo todo o pessoal da equipe.

### **6.1 Descrição do problema selecionado**

A equipe de saúde da UBS 25 de agosto, pertencente ao município Cruzeiro do Sul, apresenta um elevado número de pacientes com Hipertensão Arterial, na população com mais de 18 anos de idade. Além de ser uma das causas mais frequentes de assistência e consulta médica. Atualmente estamos com um número de 143 hipertensos que são atendidos e cadastrados nesta equipe. Embora esse número possa não representar o total de pessoas hipertensas na comunidade, pois é frequente a demanda de pacientes não cadastrados no HIPERDIA na unidade. As principais complicações que os pacientes apresentam são: doenças cardiovasculares, doença vascular encefálica, com um número importante de pacientes acamados pelas sequelas de AVE, além de apresentar outras limitações que comprometem a qualidade de vida do paciente.

Observam-se, na área, usuários hipertensos descompensados e com adesão inadequada ao tratamento dietético e medicamentoso, motivados pelo desconhecimento que apresentavam acerca dos fatores de risco e complicações sobre sua doença.

O impacto das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) na saúde das populações é crescente em todo o mundo. A hipertensão arterial é uma doença crônico-degenerativa, sendo o principal fator de risco para as complicações mais comuns como infarto do miocárdio e acidente vascular encefálico, além da doença renal crônica (SANTOS; MOREIRA, 2012). Reforça-se que a hipertensão arterial pode ser considerada uma doença assintomática, que provoca retardo no diagnóstico, e em muitas ocasiões, é feito quando as complicações já estão instaladas (PARANÁ, 2014).

Faz-se necessária, portanto a implantação de programas educativos para promover a conscientização dos pacientes quanto ao conhecimento dos fatores de risco, complicações e tratamento da HAS e as repercussões que a mesma provoca na saúde do indivíduo, a família e a sociedade.

## **6.2 Explicação do problema**

A pressão exercida na parede das artérias é chamada de pressão arterial. Quando a pressão arterial ultrapassa os limites considerados normais, as paredes das artérias começam a ser forçadas. A elevação anormal da pressão arterial é chamada de hipertensão (BRITES, 2009).

Ignorar a hipertensão arterial é muito perigoso porque isso aumenta a possibilidade de complicações potencialmente letais. Quanto maior é a pressão arterial, maior é a probabilidade de ter consequências para o coração e vasos sanguíneos de órgãos alvos como cérebro e rins. Isto se fatores de risco associados como tabagismo, sedentarismo, dieta não saudável, obesidade, diabetes, dislipidemias, baixo nível socioeconômico e antecedência familiar de hipertensão. “O baixo nível socioeconômico

e a falta de acesso aos serviços de saúde e aos medicamentos aumenta também a vulnerabilidade de ter episódios cardiovasculares provocados pela hipertensão não controlada” (OMS, 2013, p.20).

Pelas observações realizadas pela equipe de saúde em nossa área de abrangência, percebemos que o elevado número de hipertensos da área, está associado a vários aspectos, hábitos e estilos de vida inadequados, por exemplo: dieta inadequada (rica em sal e gorduras), pouca atividade física, que reforça o sedentarismo e contribui com o aumento de peso e pode provocar doenças associadas à obesidade como é a hipertensão arterial. Também existe um baixo nível de desconhecimento dos pacientes sobre a doença e seus fatores de risco, que leva à não adesão ao tratamento médico, pois muitos pacientes não apresentam sintomas e não vêem a necessidade de tomar a medicação, além de apresentar em ocasiões dificuldades econômicas para adquirir o medicamento.

Na dinâmica que envolve o HIPERDIA, grande parte dos pacientes querem apenas o medicamento e não se interessam a estar participando nas atividades de orientação em saúde. A equipe realiza atividades de educação em saúde, mas percebe a necessidade de incrementá-las para alcançar melhores resultados na prevenção e controle da hipertensão arterial, onde o paciente sinta maior interesse, motivação e veja os benefícios da mesma ao conhecer sua real situação de vida.

A hipertensão arterial é conhecida como risco cardiovascular que pode ser alto em pessoas com hipertensão leve e outros por ser uma doença silenciosa e invisível. Promover a conscientização pública é fundamental, como é o acesso à detecção precoce. A hipertensão é um sinal de aviso importante, que indica que são necessárias mudanças urgentes e significativas no modo de vida. As pessoas tem que saber porque do aumento da pressão arterial é perigoso, e qual a forma de controlá-la.

### **6.3 Seleção dos nós críticos**

Foram identificados como “nós” críticos e, portanto sensíveis e acessíveis ao trabalho da equipe para buscar a sua transformação relacionados fortemente com o problema principal e, ao qual podemos atacar para. Os principais “nós” críticos identificados foram:

- Hábitos e estilos de vida inadequados
- Baixo nível de informação dos pacientes sobre a hipertensão
- Falta de atividades educativas.
- Não adesão ao tratamento

#### **6.4 Desenho das Operações**

Após o problema ser selecionado e explicado, “identificadas as causas (nós críticos) consideradas como as mais importantes, é necessário pensar as soluções e estratégias para o enfrentamento do problema, iniciando a elaboração do plano de intervenção, propriamente dito” (FARIA; CAMPOS; SANTOS, 2018, p.61).

Então foi elaborado um plano de ação, para enfrentar os problemas que estão causando o problema principal. As operações estão desenhadas nos quadros 2, 3, 4 e 5, a seguir.

Quadro 2 – Operações sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema “Elevado número de pacientes Hipertensos”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família 25 de Agosto, do município Cruzeiro do Sul, estado de Acre.

|   |  |
|---|--|
| “Nó crítico” 1                                      | Hábitos e estilos de vida inadequados  |
| Operação  | Modificação de estilos de vida   |
| Projeto   | Hábitos saudáveis  |
| Resultados esperados                                | Levar uma vida ativa, diminuir os fatores de riscos, prevenção de doenças e de suas complicações, conseguindo melhorar a qualidade de vida e o bem estar do indivíduo e a família. Implantar o programa de caminhadas e estabelecer campanha educativa na rádio local. |
| Produtos esperados                                  | Diminuir número de usuários obesos, sedentários, tabagistas e alcoólicos e maus hábitos dietéticos na população como o consumo elevado de sal, gorduras; incentivar a prática de atividade física regular.   |
| Recursos necessários                                | Estrutural: Profissional para acompanhar o grupo operativo<br>Cognitivo: Adequado conhecimento científico.<br>Financeiro: Recursos próprios da secretaria de saúde e prefeitura<br>Político: Articulação intersetorial com educação e a mobilização social.            |
| Recursos críticos                                   | Estrutural: Profissional de saúde<br>Cognitivo: Informações sobre o tema<br>Político: Recursos próprios da secretaria de saúde<br>Financeiro: Adesão do gestor local   |
| Controle dos recursos críticos                      | Atores: médico e enfermeira da equipe (motivação favorável). Direção da radio (Motivação favorável). Secretário municipal de saúde (Motivação favorável).  |
| Ações estratégicas                                  | Promoção de saúde, palestras, oficinas, grupo operativos divulgação pelos meios de difusão (rádio).  |
| Prazo   | 1 ano  |
| Responsáveis pelo acompanhamento das operações      | Médica, enfermeira, técnica de enfermagem, ACS e cirurgião dentista.   |
| Processo de monitoramento e avaliação das operações | Avaliação de três em três meses após o início das atividades.  |

Fonte: Autoria própria, 2018

Quadro 3 – Operações sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema “Elevado número de pacientes Hipertensos”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família 25 de Agosto, do município Cruzeiro do Sul, estado de Acre.

|   |   |
|---|---|
| Nó crítico 2  | Baixo nível de informação dos pacientes sobre a hipertensão.  |
| Operação  | Incrementar o conhecimento da comunidade.   |
| Projeto   | Construção do conhecimento  |
| Resultados esperados                                | Manutenção dos índices pressóricos estáveis e redução das complicações da doença.   |
| Produtos esperados                                  | População com maior conhecimento, sobre a doença, fatores de risco, complicações, adesão ao tratamento, além de maior autocuidado.  |
| Recursos necessários                                | Estrutural: Profissional para acompanhar organização da agenda do trabalho e programa de atividade.<br><br>Cognitivo: oferecer informação sobre o tema de hipertensão e sobre as estratégias de comunicação<br><br>Financeiro: Recursos próprios da secretaria de saúde e prefeitura (folhetos educativos, panfletos, audiovisuais)<br><br>Político: Articulação entre os setores de saúde e educação |
| Recursos críticos                                   | Estrutural: Profissional de saúde<br><br>Cognitivo: Informações sobre o tema<br><br>Político: Recursos próprios da secretaria de saúde<br><br>Financeiro: aquisição de material informativo. (Panfletos, folhetos educativos)   |
| Controle dos recursos críticos                      | Profissional da saúde. Médica, enfermeira (motivação favorável) e secretário de saúde (motivação favorável).  |
| Ações estratégicas                                  | Apresentar o projeto para a comunidade e Secretaria Municipal de Saúde  |
| Prazo   | 6 meses   |
| Responsáveis pelo acompanhamento das operações      | Médica, Enfermeira, técnica de enfermagem, ACS e cirurgião dentista.  |
| Processo de monitoramento e avaliação das operações | Avaliação de três em três meses após o início das atividades.   |

Fonte: Autoria própria, 2018.

Quadro 4 – Operações sobre o “nó crítico 3” relacionado ao problema “Elevado número de pacientes Hipertensos.”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família 25 de Agosto, do município Cruzeiro do Sul, estado de Acre.

|  |   |
|--|---|
| Nó crítico 3   | Falta de atividade educativa  |
| Operação   | Aumentar o número de atividades educativas pela equipe.   |
| Projeto  | Melhor saúde e qualidade de vida.   |
| Resultados esperados                                 | Controle sobre os fatores determinantes e comportamento de saúde.<br>Atividades educativas desenvolvidas pela equipe.   |
| Produtos esperados                                   | Aquisição de novos conhecimentos, Criar mudanças positivas nos hábitos, costumes e atitudes dos indivíduos e a comunidade   |
| Recursos necessários                                 | Estrutural: agenda do trabalho<br>Cognitivo: Adequado conhecimento científico dos profissionais<br>Financeiro: recursos audíveis, material didáticos, recursos humanos e espaço físico.<br>Político: Articulação com a secretaria de saúde  |
| Recursos críticos                                    | Estrutural: Profissional de saúde, agenda do trabalho<br>Cognitivo: Informações sobre o tema<br>Político: Recursos próprios da secretaria de saúde<br>Financeiro: aquisição de recursos para equipamento material: audiovisuais, material didático, recursos humanos e espaço físico. |
| Controle dos recursos críticos                       | Ator que controla :equipe de saúde (Motivação favorável). Secretário de saúde (Motivação favorável.)  |
| Ações estratégicas                                   | Realizar promoção de saúde, utilizando palestras, oficinas, conversas, grupo operativo.   |
| Prazo  | 6 meses   |
| Responsáveis pelo acompanhamento das operações       | Médica, enfermeira e ACS e coordenador  |
| Processo de monitoramento e avaliação das operações. | Gestão e acompanhamento pela equipe de saúde.   |

Fonte: Autoria própria, 2018.

Quadro 5 – Operações sobre o “nó crítico 4” relacionado ao problema “Elevado número de pacientes Hipertensos.”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família 25 de Agosto, do município Cruzeiro do Sul, estado de Acre.

|   |  |
|---|--|
| “Nó crítico” 4                                      | Não adesão ao tratamento   |
| Operação  | Incentivar a adesão ao tratamento.   |
| Projeto   | Importância da adesão ao tratamento médico.  |
| Resultados esperados                                | Uma vida produtiva, melhor qualidade de Vida, estabilização da doença.   |
| Produtos esperados                                  | Compreensão sobre os benefícios, aceitação de mudanças no seu estilo de vida,  |
| Recursos necessários                                | Estrutural: Profissional para acompanhar o projeto<br>Cognitivo: Adequado conhecimento científico. Estratégias de comunicação<br>Financeiro: aquisição dos recursos audiovisuais (folhetos educativos e outros)<br>Político: Articulação intersetorial com educação e a mobilização social, além da secretaria de saúde. |
| Recursos críticos                                   | Estrutural: espaço físico. Profissional de saúde<br>Cognitivo: Informações sobre o tema e estratégias de comunicação<br>Político: Recursos próprios da secretaria de saúde, espaço físico<br>Financeiro: aquisição dos recursos audiovisuais   |
| Controle dos recursos críticos                      | Secretária de saúde (Motivação favorável)<br>Equipe de saúde (Motivação favorável)   |
| Ações estratégicas                                  | Promoção de saúde por meio de palestras, roda de conversa, grupos operativos   |
| Prazo   | 1 ano  |
| Responsáveis pelo acompanhamento das operações      | Médico e enfermeira  |
| Processo de monitoramento e avaliação das operações | Avaliação de três em três meses após o início das atividades.  |

Fonte: Autoria própria, 2018.

## **7 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Com a realização deste trabalho podemos chegar à conclusão de que a atenção básica tem um papel fundamental na assistência ao hipertenso. Por isso torna-se relevante a equipe de saúde ser mais dedicada e capacitada na hora de realizar as ações de intervenção, planejando melhor as atividades a realizar, visando a prevenção e o controle dos fatores de risco modificáveis, além das doenças na população adscrita.

A elaboração deste projeto de intervenção teve como propósito a melhoria do nível de conhecimento sobre Hipertensão Arterial Sistêmica de pacientes hipertensos e população da Unidade Básica de Saúde 25 de Agosto, uma vez que é elevada a prevalência de dita doença na área de abrangência.

Assim, espera-se com a implantação da presente proposta diminuir os fatores de risco e aumentar o conhecimento sobre a esta doença, proporcionando mudanças positivas no estilo de vida, diminuição das morbimortalidade e melhor qualidade de vida ao paciente.

## REFERÊNCIAS

ALMEIDA, T. S. O.; FOOK, S. M. L.; MARIZ, S. R.. Associação entre etilismo e HAS. **Revista Saúde e Ciência** online, v.5, n.1, p.76-90, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 58p. (Cadernos de Atenção Básica, n. 15) (Série A. Normas e Manuais Técnicos)

BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças na saúde suplementar**: manual técnico. 2. ed. rev. e atual. Rio de Janeiro: ANS, 2007. 168 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Plano de ações estratégicas para enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 160 p. : il. – (Série B. Textos Básicos de Saúde)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 128 p. (Cadernos de Atenção Básica, n. 37)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, **Síntese de evidências para políticas de saúde: prevenção e controle da hipertensão arterial em sistemas locais de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde; EVIPNet Brasil, 2016. 84 p.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. IBGE. Cidades. Acre. Cruzeiro do Sul. Panorama. 2017. Disponível em: < <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ac/cruzeiro-do-sul/panorama> >. Acesso em: 06 ago. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014, 162.p (Cadernos de Atenção Básica, n.35)

BRITES, A. D. **Hipertensão: Aumento da pressão arterial traz riscos à saúde**. Uol educação pesquisa escolar, 2009. Disponível em: < <https://educacao.uol.com.br/disciplinas/biologia/hipertensao-aumento-da-pressao-arterial-traz-riscos-a-saude.htm> >

BURGOS, P. F. M.; COSTA, W.; BOMBIG, M. T. N.; BIANCO, H. T.. A obesidade como fator de risco para a hipertensão arterial. **Rev. Bras. Hipertens**, v.21, n.2, p.68-74, 2014.

CASTRO, M.E.; ROLIM, M.O.; MAURICIO, T.F.. Prevenção da hipertensão e sua relação com o estilo de vida de trabalhadores. **Acta Paul Enferm**. São Paulo, v.18, n.2, p.184-9,2005.

COSTA, L. S.. Pressão Arterial e Risco Cardiovascular: Diagnóstico e Classificação da Hipertensão Arterial. in: SOCIEDADE DE CARDIOLOGIA DO ESTADO RIO DE JANEIRO. **SOCERJ Manual de hipertensão arterial**. Editores: Andréa Araújo Brandão, Armando da Rocha Nogueira. Rio de Janeiro: SOCERJ, 2018. p.13-24.

DANTAS, R. C. O.; FARIAS, D. A. A.; OLIVEIRA, F. V. A.; PAES, N. A.. Medidas Preventivas para o Controle da Hipertensão Arterial Sistêmica em Homens de um Município Paraibano. **R bras ci Saúde**, v.17, n.3, p.217-224, 2013.

DOMONER, M.S; RAMOS E. R. P.; PEREIRA, E.R.. Fatores associados à adesão ao tratamento anti-hipertensivo em unidade básica de saúde. **Acta Paul Enferm**.v.25, n. spe 1, p.27-34, 2012.

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

FERREIRA, S. R. G.; MOURALL, E. C.; MALTA, D. C.; SARNO, F.. Frequência de hipertensão arterial e fatores associados: Brasil, 2006. **Rev. Saúde Pública**, v. 43, supl. 2, p. 98-106, 2009.

FANG, J.; WYLIE-ROSETT, J.; ALDERMAN, M. H.. Exercise and cardiovascular outcomes by hypertensive status: NHANES I epidemiological follow-up study, 1971-1992. **American Journal of Hypertension**, New York, v.18, n.6, p.751-775, jun. 2005.

KEARNEY, P. M., et al. Global burden of hypertension: analysis of worldwide data. **Lancet.**, v.365, n.9455, p.217-23, 2005.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. **Fatores de risco**. Rio de Janeiro, [200-?]. Disponível em: <[http://www.inca.gov.br/conteudo\\_view.asp?id=13](http://www.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=13)>.

LEWINGTON, S.; CLARKE, R.; QIZILBASH, N.; PETO, R.; COLLINS, R.. Prospective Studies Collaboration. Age-specific relevance of usual bloodpressure to vascular mortality: a meta-analysis of individual data for one million adults in 61 prospective studies. **Lancet.**, v.361, n.9362,p.1060, 2003.

MACHADO, M. C; PIRES, C.G. S; LOBAO, W, M.. Concepções dos hipertensos sobre os fatores de risco para a doença. **Cienc.saude coletiva**, v.17, n.5, p1365-1374, 2012.

MAIA, J. D. S.; SILVA, A. B.; MELO, P. H. V.; RODRIGUES, M. P.; MEDEIROS JUNIOR, A.. A educação em saúde para usuários hipertensos: percepções de profissionais da estratégia saúde da família. **Revista Ciência Plural**, v. 4, n.1, p.81-97, 2018.

OLIVEIRA, G. M. M. et al. Diretrizes de 2017 para manejo da hipertensão arterial em cuidados primários nos países de língua portuguesa. **Rev Port Cardiol.**, v.36, n.11,

p.789-798, 2017. Disponível em: < <http://www.elsevier.pt/pt/revistas/revista-portuguesa-cardiologia-334/pdf/S0870255117307862/S300/>>

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE/OMS BIREME- Dia Mundial da Hipertensão 2016 PAHO/WHO. Disponível em: < <https://www.paho.org>.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Estatísticas da Saúde Mundial 2012**. Geneva: OMS, 2012.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. **Información general sobre la hipertensión en el mundo: una enfermedad que mata en silencio, una crisis de salud pública mundial: Día Mundial de la Salud 2013**. Organización Mundial de la Salud. Disponível em: <<http://www.who.int/iris/handle/10665/87679>>.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. Superintendência de Atenção à Saúde. **Linha guia de hipertensão**. Curitiba: SESA, 2014. p. 48

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. Superintendência de Atenção à Saúde. **Linha guia de hipertensão arterial**. 2. ed. Curitiba: SESA, 2018. 52p. <[http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/HIPER\\_R\\_4\\_web.pdf](http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/HIPER_R_4_web.pdf)>

PEREIRA, S. D. **Conceitos e Definições em Epidemiologia importantes para Vigilância Sanitária**. Epidemiologia-Centro de Vigilância Sanitária. São Paulo, 2007. 33p. Disponível em: <[http://www.cvs.saude.sp.gov.br/pdf/epid\\_vis\\_a.pdf](http://www.cvs.saude.sp.gov.br/pdf/epid_vis_a.pdf)>

RODRIGUES, C.; SILVA, J. P.; CABRAL, C. V. S. Fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão arterial (HAS) entre a equipe de enfermagem. **R. Interd.**, v.9, n.2, p.117-126, 2016.

SANTA-HELENA, E. T.; NEMES, M. I. B.; ELUF NETO, J.. Fatores associados à não-adesão ao tratamento com anti-hipertensivos em pessoas atendidas em unidades de saúde da família. **Cad. Saúde Pública**, v. 26, n. 12, p. 2389-2398, 2010.

SANTOS, J. C.; MOREIRA, T. M. M.. Fatores de risco e complicações em hipertensos/diabéticos de uma regional sanitária do nordeste brasileiro. **Rev Esc Enferm USP**, v.46, n.5, p.1125-1132, 2012.

SINTES, A.. **Medicina General Integral: Salud y medicina**. 2 ed. La Habana: Editorial Ciencias Médicas, 2008. Volume 1. 742p. Disponível em: <<http://www.b51delta.xpg.com.br/B51MGI1.pdf>>

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. Sociedade Brasileira de Hipertensão. Sociedade Brasileira de Nefrologia. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Arq. Bras. Cardiol.**, v.95, n.1, suppl.1, p.51, 2010.

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

SOCIEDADE DE CARDIOLOGIA DO ESTADO RIO DE JANEIRO. SOCERJ. **Manual de hipertensão arterial**. Editores: Andréa Araújo Brandão, Armando da Rocha Nogueira. Rio de Janeiro: SOCERJ, 2018. 108 p.