

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

KARIN NADIA DREYER

**PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA DIMINUIÇÃO DO ALTO
ÍNDICE DE HIPERTENSÃO ARTERIAL NA POPULAÇÃO
ASSISTIDA PELA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA DR.
FERNANDO A. CORREIA 02, BRASILÉIA-ACRE.**

RIO BRANCO/ ACRE

2019

KARIN NADIA DREYER

**PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA DIMINUIÇÃO DO ALTO
ÍNDICE DE HIPERTENSÃO ARTERIAL NA POPULAÇÃO
ASSISTIDA PELA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA DR.
FERNANDO A CORREIA 02, BRASILÉIA-ACRE.**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização Estratégia Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do Certificado de Especialista em Gestão no Cuidado da Saúde da Família.

Orientadora: Ms. Grace Kelly Naves de Aquino Favarato

RIO BRANCO/ACRE

2019

KARIN NADIA DREYER

**PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA DIMINUIÇÃO DO ALTO
ÍNDICE DE HIPERTENSÃO ARTERIAL NA POPULAÇÃO
ASSISTIDA PELA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA DR.
FERNANDO A. CORREIA 02, BRASILÉIA-ACRE.**

Banca examinadora

Profa. Ms. Grace Kelly Naves de Aquino Favarato (Orientadora)

Profa. Dra. Maria Marta Amancio Amorim

Aprovado em Belo Horizonte, em ----- de ----- de 2019.

DEDICATÓRIA

Este trabalho é dedicado a meus filhos de forma especial, a meu tutor, a meus colegas e a meus pacientes.

AGRADECIMENTOS

Minha gratidão a cada um e a todos que contribuíram na elaboração deste trabalho.

Não é preciso ter pressa. A impaciência acelera o envelhecimento, eleva a pressão arterial e apressa a morte. Tudo chega a seu tempo. Masaharu Taniguchi

RESUMO

O presente trabalho aborda sobre o alto índice de hipertensão arterial, em usuários cadastrados na área de abrangência da Unidade Básica de Saúde Dr. Fernando de Azevedo Correia 2, priorizando as dificuldades encontradas no acompanhamento dos hipertensos, dadas as características dos locais onde residem os mesmos, os fatores de risco e as consequências de tal acontecimento. A relevância da temática dá-se pelo fato de que a cada ano que passa novas pessoas tornam-se hipertensas e o número de óbitos e seqüelas por complicações ligadas a esta patologia vem aumentando, não só em Brasília, mas em todo o mundo. O objetivo deste trabalho é propor um plano de intervenção para diminuir o alto índice de hipertensão arterial na população assistida pela Unidade de Saúde da Família Dr. Fernando de Azevedo Correia – 02 do município de Brasília-Acre. Para o desenvolvimento deste estudo foi utilizado o Planejamento Estratégico Situacional, a fim de realizar o diagnóstico situacional e elaboração do plano de ação (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010). Seguiu-se procedimentos metodológicos que abrangem algumas etapas para a elaboração deste trabalho: 1. Realização de um diagnóstico situacional; 2. Revisão de literatura e 3. Desenvolvimento de um plano de ação. O diagnóstico situacional foi realizado e fundamentado por dados disponibilizados no Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), na base de dados da internet do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), com foco nos dados municipais, observação dos prontuários e formulário de movimento ambulatorial da USF Dr. Fernando Azevedo Correia 2. Em seguida identificaram-se os principais problemas de saúde da área de abrangência, e priorizando segundo sua importância e a capacidade de enfrentá-los, sendo escolhido os mais relevantes e, logo sendo abordando a temática hipertensão arterial. Foi realizada uma revisão da literatura na Biblioteca Eletrônica Científica Online (SciELO), sobre hipertensão arterial para enriquecer a discussão e reflexão sobre o tema em questão. As ações propostas através deste trabalho são ferramentas importantes para a promoção de saúde e prevenção da HAS não somente para a população assistida pela USF Dr. Fernando Azevedo Correia 2, mas para toda a população em geral.

Palavras-chave: Estratégia Saúde da Família. Hipertensão, Promoção da Saúde, Estilo de Vida Saudável.

ABSTRACT

The present study deals with the high index of arterial hypertension in users enrolled in the area of coverage of the Basic Health Unit Dr. Fernando de Azevedo Correia 2, prioritizing the difficulties encountered in the monitoring of hypertensive patients, given the characteristics of the places where they reside, the risk factors and the consequences of such an event. The relevance of this issue is due to the fact that with each passing year new people become hypertensive and the number of deaths and sequelae due to complications related to this pathology has been increasing, not only in Brasília but throughout the world. The objective of this study is to propose an intervention plan to reduce the high rate of arterial hypertension in the population assisted by the Family Health Unit Dr. Fernando de Azevedo Correia - 02 in the city of Brasília-Acre. For the development of this study, the Situational Strategic Planning was used in order to carry out the situational diagnosis and elaboration of the action plan (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010). Methodological procedures were followed which cover some stages for the elaboration of this work: 1. Situational diagnosis; 2. Literature review and 3. Development of a plan of action. The situational diagnosis was carried out and based on data provided in the Basic Attention Information System (SIAB), in the internet database of the Brazilian Institute of Geography and Statistics (IBGE), focusing on municipal data, ambulatory movement of the USF Dr. Fernando Azevedo Correia 2. The main health problems of the area of comprehension were identified, prioritizing according to their importance and the capacity to face them, being chosen the most relevant and, soon being addressed the arterial hypertension. A review of the literature on the Electronic Scientific Electronic Library (SciELO) on arterial hypertension was done to enrich the discussion and reflection on the subject in question. The actions proposed through this work are important tools for the promotion of health and prevention of SAH, not only for the population assisted by USF Dr. Fernando Azevedo Correia 2, but for the entire population in general.

Keywords: Family Health Strategy, Hypertension, Health promotion, Healthy Lifestyle.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABS	Atenção Básica à Saúde
ACS	Agente comunitário de saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
CDS-AB	Coleta de Dados Simplificada
ESF	Estratégia Saúde da Família
FUNDHACRE	Fundação Hospitalar do Estado do Acre
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
NASF	Núcleo de Apoio a Saúde da Família
PSF	Programa Saúde da Família
SEMSA	Secretaria Municipal de Saúde
USF	Unidade de Saúde da Família

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1: Classificação de prioridades para os problemas identificados no diagnóstico da população adstrita à Unidade de Saúde da Família Dr. Fernando Azevedo Correia 2, município de Brasiléia, Estado do Acre.....	15
Quadro 2: Número de hipertensos cadastrados na USF Dr. Fernando Azevedo Correia 2 no ano de 2018.....	17
Quadro 3: Número de hipertensos cadastrados e assistidos na USF Dr. Fernando Azevedo Correia 2, no ano de 2018.....	18
Quadro 4: Operações sobre o nó crítico 1 “Estilo de vida e hábitos ruins”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Dr. Fernando Correia 2, do município Brasiléia, estado do Acre.....	28
Quadro 5: Operações sobre o nó crítico 2 “Falta de conhecimento sobre a hipertensão arterial e suas consequências”, na população sob responsabilidade da Unidade de Saúde da Família Dr. Fernando Correia 2, do município Brasiléia, estado do Acre.....	29

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	12
1.1 Breves informações sobre o município.....	12
1.2 A Unidade de Saúde da Família, seu território e sua população.....	13
1.3 Estimativa rápida, os problemas da Unidade Fernando de Azevedo Correia e sua área de abrangência.....	14
1.4 Priorização dos problemas da Unidade Fernando de Azevedo Correia.....	15
2. JUSTIFICATIVA.....	18
3. OBJETIVOS.....	19
3.1 Objetivo geral	19
3.2 Objetivos específicos.....	19
4. METODOLOGIA.....	20
5. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA.....	20
6. PROPOSTA DE INTERVENÇÃO.....	26
6.1. Descrição do problema selecionado	26
6.2. Explicação do problema selecionado	26
6.3. Seleção dos nós críticos	27
6.4. Desenho das operações	27
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	29
REFERÊNCIAS.....	31

1 INTRODUÇÃO

1.1 Breves informações sobre o município

Brasiléia é um município brasileiro localizado no sul do estado do Acre. Sua população, estimada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em 2018, era de 25848 habitantes. Sua área é de 3916,507 ², com uma densidade de 5,46 h/km². Localizado a 237 km ao sul de Rio Branco, na fronteira com a Bolívia, tem limites com os municípios de Epitaciolândia, Assis Brasil, Sena Madureira e Xapuri (WIKIPÉDIA, 2019)

Apesar de instituída como área de livre comércio, a mesma ainda não foi regulamentada. Atualmente, registra-se forte dependência comercial com o vizinho município boliviano de Cobija, contrariando o ocorrido em décadas passadas, quando o fato era o inverso (IBGE, 2018).

Brasiléia se originou de uma pequena faixa de terra, a partir de um antigo Seringal Carmen, em 3 de Julho de 1910, usando o nome de Brasília. Posteriormente, em 1943, o nome da cidade foi mudado, para não ser confundido com a futura capital federal. Recebeu uma nova denominação, derivada da união das palavras Brasil (Bras) e Hiléia (floresta), utilizada até hoje. Em 1992, a cidade teve sua área dividida, toda a área e população localizados na margem direita do Rio Acre, originou o município de Epitaciolândia (IBGE, 2018).

O município ocupa o sexto lugar em número de habitantes, segundo a estimativa do IBGE de 2018, na proporção de 64,22% urbana, 12 243 habitantes; e 35,78% rural, 6822 habitantes. Sendo que destes, 1060 são ribeirinhos, que habitam comunidades nas margens do rio Acre (IBGE, 2018).

Brasiléia possui nove Unidades de Saúde da Família (USF), sendo que sete estão localizadas na zona urbana e duas localizadas na zona rural. No momento, duas novas USF estão em fase de construção, sendo uma localizada na BR 317, no km 19 e a outra no bairro Marcos Galvão II, e em

breve serão inauguradas. Com isso, Brasília passará a possuir onze USF para atender a demanda do referido município.

Todas as USF contam com médicos do Programa Mais Médicos, sendo que todos os médicos são brasileiros, visto que houve substituição dos médicos cubanos, que até o fim de 2017 eram maioria no município.

1.2 A Unidade de Saúde da Família, seu território e sua população.

Localizada na zona urbana do município de Brasília – Acre, a USF Dr. Fernando Azevedo Correia possui uma estrutura física, que comporta até o momento, duas equipes, conhecidas como USF Fernando Correia 01 e 02.

A equipe de saúde da USF Fernando de Azevedo Correia-02 está composta por um médico do Programa Mais Médicos do Governo Federal, dois enfermeiros, um cirurgião dentista, onze Agentes Comunitários de Saúde (ACS's), um assistente administrativo, um técnico em enfermagem, um auxiliar em saúde bucal, um auxiliar de serviços gerais, um vigia.

Tal USF é referência para a população da zona rural do referido município, daí seu apelido de “Posto dos Colonos”.

Sua área de abrangência é formada por 1764 pessoas, sendo 910 do sexo masculino e 854 do sexo feminino. Em relação a hipertensos a USF Dr. Fernando Azevedo Correia 2 apresenta 119 cadastrados (e-SUS AB, 2018).

Devido ao fato de ser referência para a população da zona rural e seus usuários apresentarem dificuldade no acesso à zona urbana a referida USF funciona com demanda espontânea. Os ACS são os principais responsáveis por trazer a demanda de visitas domiciliares.

São realizadas atividades aos hipertensos e aos demais usuários em parceria com Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF), através de encaminhamentos para o nutricionista, psicólogo, educador físico e assistente social, os quais atendem de forma grupal, preferencialmente, e ambulatorial, caso necessário/extremo. Tais atividades são dificultadas pelas más condições de acesso à zona rural, condicionadas pela situação dos ramais. Com isso a população adstrita da referida USF pouco participa de atividades do NASF.

Os encaminhamentos para a alta complexidade (especialidades) são feitos na USF e agendados na Secretaria Municipal de Saúde (SEMSA) e atendidos na Fundação Hospitalar do Estado do Acre (FUNDHACRE). Quando contra referenciados, os exames dos pacientes são feitos na Atenção Primária à Saúde (APS), no caso, na USF Dr. Fernando Azevedo Correia 2

A produção da referida USF (consultas médicas, consultas de enfermagem, consultas odontológicas, puericultura, exame preventivo do câncer do colo uterino, entre outros) são cadastradas no sistema e-SUS Atenção Básica (e-SUS AB), utilizando, para a captação de dados, o sistema de software Coleta de Dados Simplificada (CDS-AB).

1.3 Estimativa rápida, os problemas da Unidade Fernando de Azevedo Correia 2 e sua área de abrangência.

Devido suas características particulares, tanto do ponto de vista estrutural/funcionamento e de sua população da área adstrita, percebe-se alguns problemas que determinam ou condicionam falhas na assistência/acompanhamento dos usuários da referida USF e, sobretudo aos hipertensos assistidos pela mesma.

1. População assistida é formada principalmente por indivíduos residentes na zona rural do município, que apresentam em sua maioria, dificuldades de chegar até a USF, visto que os ramais não oferecem condições de trafegabilidade durante grande parte do ano.

2. Usuários passam meses sem comparecer na USF para consulta ou acompanhamento, devido ao alto preço cobrado pela passagem nos carros de linha.
3. Concorrência por fichas com pacientes que vivem na zona urbana, que geralmente, por facilidade de acesso à USF acabam ficando com a maioria delas.
4. Duas equipes de saúde dividindo uma estrutura física pequena.
5. Por conta da dificuldade de acesso aos ramais do município não foi possível realizar o mapeamento das microáreas rurais e algumas destas encontram-se descobertas, ou seja, não recebem visita dos ACS.
6. Os cadastros individuais e territoriais por sua vez ainda estão em fase de conclusão por parte dos ACS, o que dificulta mensurar a quantidade de hipertensos que deveriam ser assistidos/ acompanhados pela USF Dr. Fernando Azevedo Correia 2.
7. Elevada demanda de usuários tanto da zona urbana quanto da zona rural.

Tais problemas acabam condicionando e/ ou determinando falhas na assistência prestada aos usuários desta USF.

1.4 Priorização dos problemas da Unidade Fernando de Azevedo Correia

Foram identificados problemas descritos abaixo de acordo com sua importância e urgência, assim como a capacidade de enfrentamento do referido problema.

Quadro 1. Classificação de prioridades para os problemas identificados no diagnóstico da população adstrita à Unidade de Saúde da Família Dr. Fernando Azevedo Correia 2, município de Brasiléia, Estado do Acre.

Problemas identificados	Descrição	Importância	Urgência	Capacidade de enfrentamento
--------------------------------	------------------	--------------------	-----------------	------------------------------------

<p>1. População assistida é formada principalmente por indivíduos residentes na zona rural do município, que apresentam em sua maioria, dificuldades de chegar até a USF, visto que os ramais não oferecem condições de trafegabilidade durante grande parte do ano.</p>	<p>Impossibilita/dificulta fazer diagnóstico situacional da área de abrangência e realizar o acompanhamento dos usuários de forma efetiva.</p>	<p>Alta</p>	<p>6</p>	<p>Parcial</p>
<p>2. Usuários passam meses sem comparecer na USF para consulta ou acompanhamento, devido ao alto preço cobrado pela passagem nos carros de linha.</p>	<p>USF perde o controle sobre a condição de saúde dos usuários</p>	<p>Alta</p>	<p>6</p>	<p>Parcial</p>
<p>3. Concorrência por fichas com pacientes que vivem na zona urbana, que geralmente, por facilidade de acesso à USF acabam ficando com a maioria delas.</p>	<p>Acesso ao atendimento dificultado.</p>	<p>Alto</p>	<p>6</p>	<p>Parcial</p>
<p>4. Duas equipes de saúde dividindo uma estrutura física pequena.</p>	<p>Condições mínimas para a realização das funções laborais.</p>	<p>Alto</p>	<p>5</p>	<p>Parcial</p>

5. Por conta da dificuldade de acesso aos ramais do município não foi possível realizar o mapeamento das micro áreas rurais e algumas destas encontram-se descobertas, ou seja, não recebem visita dos ACS.	Dificuldade para conhecer a realidade da área de abrangência	Alto	6	Parcial
6. Os cadastros individuais e territoriais por sua vez ainda estão em fase de conclusão por parte dos ACS.	Dificulta mensurar a quantidade de hipertensos que deveriam ser assistidos/acompanhados pela USF Dr. Fernando Azevedo Correia 2.	Alto	6	Parcial
7. Elevada demanda de usuários tanto da zona urbana quanto da zona rural	Profissionais sobrecarregados	Alto	5	Parcial

Fonte: Autoria própria (2019)

*Alta, média ou baixa

** Total dos pontos distribuídos até o máximo de

***Total, parcial ou fora

****Ordenar considerando os três itens

Solucionar tais problemas fará com que seja prestada uma assistência humanizada e de qualidade aos usuários da USF Dr. Fernando Azevedo Correia.

O quadro abaixo demonstra a incidência de hipertensão no município comparando o índice municipal com o da USF.

Quadro 2: Número de hipertensos cadastrados na USF Dr. Fernando Azevedo Correia 2 no ano de 2018, município de Brasiléia, Estado do Acre.

Total geral de hipertensos em Brasiléia – Acre no ano de 2018	Total de hipertensos cadastrados na USF Dr. Fernando Azevedo Correia 2, no ano de 2018	Porcentagem de hipertensos em relação ao município
--	---	---

1624	119	7%
------	-----	----

Fonte: Esus-AB (2018)

O quadro abaixo mostra a o total de atendimentos no ano de 2018.

Quadro 3: Número de hipertensos cadastrados e assistidos na USF Dr. Fernando Azevedo Correia 2, no ano de 2018, município de Brasiléia, Estado do Acre.

Total de hipertensos cadastrados na USF no ano de 2018	Total de atendimentos realizados a hipertensos na USF no ano de 2018
119	465

Fonte: Esus-AB (2018)

2 JUSTIFICATIVA

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) constitui importante fator de risco para complicações cardíacas e cerebrovasculares (WHO, 2011), sendo considerado um problema de saúde pública em âmbito mundial (ROSÁRIO et al, 2009). Partindo desse princípio julga-se necessário trabalhar essa temática, considerando as características particulares dos usuários da USF Dr. Fernando Azevedo Correia 2.

Aborda-se sobre essa temática devido ao fato do município de Brasiléia apresentar um alto índice de hipertensos e os profissionais não realizarem ações e medidas efetivas para prevenir tal agravo e realizar um acompanhamento adequado aos mesmos. É comum a USF Dr. Fernando Azevedo Correia 2 admitir pacientes hipertensos descompensados, o que resulta muitas vezes na referência para o serviço hospitalar, culminando com a hospitalização.

Reduzir o número de óbitos e internações por HAS é altamente necessário, assim como prevenir que novos usuários se tornem hipertensos.

Egan (2013) afirma que em praticamente todas as nações, a prevenção e o controle da HAS trazem implicações importantes e a utilização de novas estratégias e abordagens que identifiquem com mais precisão os indivíduos em situação de risco, oferecem benefícios tanto para o indivíduo com HAS hipertensão como para a sociedade. A partir desta afirmação verifica-se a relevância deste estudo.

Não somente os profissionais da USF Fernando Azevedo Correia 2, mas os profissionais de saúde devem estar cientes da magnitude deste problema, para que se possa, com o apoio de todos, reduzir o alto índice de HAS no município de Brasileia. Com isso, justifica-se a relevância da elaboração desse trabalho.

3 OBJETIVOS

3.1. Objetivo geral

Propor um plano de intervenção para diminuir o alto índice de hipertensão arterial na população assistida pela Unidade de Saúde da Família Dr. Fernando de Azevedo Correia – 02, do município de Brasiléia-Acre.

3.2. Objetivos específicos

Analisar manuais e artigos relacionados à hipertensão arterial.

Recomendar estratégias e ações relacionadas à hipertensão arterial.

Recomendar atividades de promoção a saúde e prevenção intercorrências hipertensivas.

Desenvolver processos de educação permanente no serviço a fim de promover hábitos de vida saudáveis.

4 METODOLOGIA

Para o desenvolvimento deste estudo foi utilizado o Planejamento Estratégico Situacional, a fim de realizar o diagnóstico situacional e elaboração do plano de ação (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010). Seguiu-se procedimentos metodológicos que abrangem algumas etapas para a elaboração deste trabalho: 1. Realização de um diagnóstico situacional; 2. Revisão de literatura e 3. Desenvolvimento de um plano de ação.

O diagnóstico situacional foi realizado e fundamentado por dados disponibilizados no Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), na base de dados da internet do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), com foco nos dados municipais, observação dos prontuários e formulário de movimento ambulatorial da USF Dr. Fernando Azevedo Correia 2.

Em seguida identificaram-se os principais problemas de saúde da área de abrangência, e priorizando segundo sua importância e a capacidade de enfrentá-los, sendo escolhido os mais relevantes e, logo sendo abordando a temática hipertensão arterial.

Foi realizada uma revisão da literatura na Biblioteca Eletrônica Científica Online (SciELO), sobre hipertensão arterial para enriquecer a discussão e reflexão sobre o tema em questão.

Para a definição das palavras-chave foi consultado os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS): estratégia saúde da família, hipertensão, promoção da saúde e estilo de vida saudável.

5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

No Brasil, as doenças cardiovasculares são responsáveis por mais de 250.000 mortes por ano, e a hipertensão arterial sistêmica (HAS) participa de quase metade delas (MIRANDA et al., 2002).

É uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial – PA (PA \geq 140 x 90mmHg). Associa-se, frequentemente, às alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo (coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos) e às alterações metabólicas, com aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

Mudanças importantes na conduta diagnóstica e terapêutica foram exaustivamente discutidas. No diagnóstico, considerando o progresso verificado nas medidas de PA fora do consultório médico, a monitorização ambulatorial da pressão arterial (MAPA) e a monitorização residencial da pressão arterial (MRPA) foram incluídas como opções no fluxograma diagnóstico. Com relação à terapêutica, a inclusão da conduta baseada no risco cardiovascular adicional de acordo com os níveis da PA e a presença de fatores de risco, lesões de órgãos-alvo e doença cardiovascular deixam este documento em sintonia com o que há de mais atual na terapêutica cardiovascular (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2007).

Estudos recentes mostram que, entre os idosos, sua prevalência varia de 52% a 63% (CONVERSO, LEONARDO, 2005) o que permite identificar a HAS como um problema de saúde pública, conferindo ao paciente um alto risco cardiovascular (PIMENTA, 2007).

Além de ser causa direta de cardiopatia hipertensiva, é fator de risco para doenças decorrentes de aterosclerose e trombose, que se manifestam, predominantemente, por doença isquêmica cardíaca, cerebrovascular, vascular periférica e renal. Em decorrência de cardiopatia hipertensiva e isquêmica, é também fator etiológico de insuficiência cardíaca. Déficits cognitivos, como doença de Alzheimer e demência vascular, também têm HAS em fases mais precoces da vida como fator de risco. Essa multiplicidade de consequências coloca a HAS na origem de muitas doenças crônicas não transmissíveis e,

portanto, caracteriza-a como uma das causas de maior redução da expectativa e da qualidade de vida dos indivíduos (DUNCAN; SCHMIDT; GIUGLIANI, 2006).

Segundo Toledo et al (2007) sua evolução clínica é lenta, possui uma multiplicidade de fatores e, quando não tratada adequadamente, traz graves complicações, temporárias ou permanentes. Representa elevado custo financeiro à sociedade, principalmente por sua ocorrência associada a agravos como doença cerebrovascular, doença arterial coronária, insuficiência cardíaca e renal crônicas, doença vascular de extremidades. Sua característica crônica e silenciosa dificulta a percepção dos sujeitos portadores do problema. Torna-se assim “perversa” por sua invisibilidade, e acaba por comprometer a qualidade de vida. Traz, ainda, como consequências, internações e procedimentos técnicos de alta complexidade, levando ao absenteísmo no trabalho, óbitos e aposentadorias precoces, comprometendo a qualidade de vida dos grupos sociais mais vulneráveis.

Com o envelhecimento fisiológico, ocorre o desenvolvimento de processos ateroscleróticos nos grandes vasos e arteríolas, ocasionando perda da distensibilidade e elasticidade, diminuindo sua capacidade com o aumento da velocidade da onda de pulso. A rigidez da parede dos vasos tende a elevar a pressão sistólica e o aumento da velocidade da onda de pulso mantém a pressão arterial diastólica (PAD) dentro dos valores normais ou pode até diminuí-la. Com isso, a pressão sistólica e a pressão de pulso têm-se definido como adequados preditores de eventos cardiovasculares no idoso (GAZONI ET al, 2009).

A HAS tem alta prevalência e baixas taxas de controle. A mortalidade por doença cardiovascular (DCV) aumenta progressivamente com a elevação da PA a partir de 115/75 mmHg de forma linear, contínua e independente (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010). Em 2001, cerca de 7,6 milhões de mortes no mundo foram atribuídas à elevação da PA (54% por acidente vascular encefálico e 47% por doença isquêmica do coração),

ocorrendo a maioria delas em países de baixo e médio desenvolvimento econômico e mais da metade em indivíduos entre 45 e 69 anos (WILLIAMS, 2010).

Infelizmente, dados provenientes de alguns estudos sugerem que 30% a 50% dos pacientes hipertensos, mesmo em tratamento medicamentoso, não apresentam PA controlada (PIMENTA, CALHOUN, 2007; BORELLI et al., 2008), e em cerca de 10% dos idosos, o diagnóstico de HAS somente é feito após um evento clínico decorrente da pressão elevada por vários anos (MIRANDA et al., 2002).

No Brasil, em 2003, 27,4% dos óbitos foram decorrentes de doenças cardiovasculares, atingindo 37% quando são excluídos os óbitos por causas mal definidas e a violência. A principal causa de morte em todas as regiões do Brasil é o acidente vascular cerebral, acometendo as mulheres em maior proporção (LOTUFO, 2005).

Inquéritos de base populacional realizados em algumas cidades do Brasil mostram prevalência de HAS ($\geq 140/90$ mmHg) de 22,3% a 43,9% (MATOS, LADEIA, 2003).

A maior parte dos pacientes com HAS apresenta excesso de peso, e estudos de diferentes populações mostram que o sobrepeso e a obesidade podem ser responsáveis por 20% a 30% dos casos de HAS (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2006).

Estudos clínicos no tratamento da PA sugerem modificações do estilo de vida com a realização de atividades físicas e redução do peso corporal como primeiro passo na redução da PA, restrição do sal na dieta, associado ou não ao uso de medicamentos que podem também ser administrados isolados ou em associação (MIRANDA et al., 2002; BEROLLI et al., 2008).

Diversas classes de anti-hipertensivos já demonstraram reduzir o risco cardiovascular e, na maioria dos casos, torna-se necessário associar fármacos com mecanismos de ação diferentes. Além da evidência de benefício clínico, a escolha do anti-hipertensivo deve considerar fatores como comorbidades do paciente, o perfil de efeitos adversos, a interação medicamentosa, a posologia e até mesmo o preço do fármaco no mercado (BEROLLI et al., 2008; PERROTI et al., 2007).

A introdução do anti-hipertensivo deve ser feita em doses baixas e com aumento gradual, evitando-se quedas tensionais que possam acarretar hipotensão ortostática ou hipofluxo em órgãos vitais. Octogenários merecem atenção especial, pois tendem a responder de maneira inesperada à terapia medicamentosa. Os pacientes devem ser orientados em relação à doença durante as consultas médicas e, sempre que possível, em grupos de assistência multiprofissional (BEROLLI et al., 2008; PERROTI et al., 2007).

No Brasil, os desafios do controle e prevenção da HAS e suas complicações são, sobretudo, das equipes de Atenção Básica (AB). As equipes são multiprofissionais, cujo processo de trabalho pressupõe vínculo com a comunidade e a clientela adscrita, levando em conta a diversidade racial, cultural, religiosa e os fatores sociais envolvidos. Nesse contexto, o Ministério da Saúde preconiza que sejam trabalhadas as modificações de estilo de vida, fundamentais no processo terapêutico e na prevenção da hipertensão. A alimentação adequada, sobretudo quanto ao consumo de sal e ao controle do peso, a prática de atividade física, o abandono do tabagismo e a redução do uso excessivo de álcool são fatores que precisam ser adequadamente abordados e controlados, sem os quais os níveis desejados da PA poderão não ser atingidos, mesmo com doses progressivas de medicamentos (BRASIL, 2009).

A HAS e as doenças relacionadas à PA são responsáveis por alta frequência de internações. Insuficiência cardíaca, sendo a principal causa de

hospitalização entre as doenças cardiovasculares, sendo duas vezes mais freqüente que as internações por acidente vascular cerebral. Em 2005 ocorreram 1.180.184 internações por doenças cardiovasculares, com custo global de R\$ 1.323.775.008,28 (BRASIL, 2006).

A literatura sugere que estabelecer um processo de educação permanente com os profissionais da AB possibilita a construção de novas práticas e mudanças nos processos de trabalho que não produzem os resultados esperados. Os objetivos mais importantes das ações de Saúde em HAS são o controle da pressão arterial e a redução da morbimortalidade causada por essas duas patologias. Portanto, fazer uma intervenção educativa, sistematizada e permanente com os profissionais de saúde é um aspecto fundamental para mudar as práticas em relação a esses problemas (CAMPBELL et al., 2003; DROUIN et al., 2006; ONYSKO et al., 2006; BONDS et al., 2009).

É importante ressaltar que os usuários de saúde não são consumidores apenas, por exemplo, das orientações, dos grupos educativos, são, além disso, agentes/co-produtores de um processo educativo. Possuem uma dupla dimensão no processo: são ao mesmo tempo objetos de trabalho dos agentes educativos e sujeitos de sua própria educação. A construção de um cuidado aderente às necessidades dos grupos sociais incorpora essa dimensão educativa emancipatória (TOLEDO et al., 2007).

O Programa Saúde da Família (PSF) surge em meio à crescente desilusão aos limites da medicina, às pressões para contenção de gastos econômicos, desejando-se que sirva de exemplo de um novo tipo de assistência distinto do modelo predominante (BRASIL, 1996).

A ESF propõe que as equipes realizem regularmente atividades educativas, visto que o programa se constitui num modelo pautado no desenvolvimento de ações preventivas e de promoção à saúde dos indivíduos, famílias e comunidades. A promoção da saúde é definida como o processo de

capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo (WHO, 1986).

Dessa forma, a promoção da saúde visa colaborar para reduzir as desigualdades existentes em relação aos direitos de saúde, facilitando oportunidades e recursos para que os sujeitos atinjam seu completo potencial de saúde. A uni direcionalidade dos técnicos de saúde presente nos processos educativos é limitante e negligencia esse conceito (TOLEDO et al., 2007).

6. PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

6.1. Descrição do problema selecionado

Dentre as doenças cardiovasculares, a HAS constitui importante fator de risco para complicações cardíacas e cerebrovasculares (WHO, 2011), sendo considerada um problema de saúde pública em âmbito mundial. Em 2000, a prevalência da HAS na população mundial era de 25% e a estimativa para o ano de 2025 é de 29% (TALAEI et al, 2014). Estudos realizados no Brasil revelaram que a prevalência da hipertensão variou entre 22,3 e 43,9%, com média de 32,5% (CESARINO et al, 2008).

A HAS é um importante fator de risco para doenças decorrentes de aterosclerose e trombose, que se exteriorizam, predominantemente, por acometimento cardíaco, cerebral, renal e vascular periférico. É responsável por 25 e 40% da etiologia multifatorial da cardiopatia isquêmica e dos acidentes vasculares cerebrais, respectivamente (FUCHS, 2004). Essa multiplicidade de consequências coloca a HAS na origem das doenças cardiovasculares e, portanto, caracteriza-a como uma das causas de maior redução da qualidade e expectativa de vida dos indivíduos (PASSOS; ASSIS; BARRETO, 2006).

6.2. Explicação do problema selecionado

A importância de abordar sobre HAS é devido ao fato do município de Brasiléia apresentar um alto índice de hipertensos e os profissionais não realizarem ações e medidas efetivas para prevenir tal agravo e realizar um acompanhamento adequado aos mesmos. É comum a USF Dr. Fernando Azevedo Correia 2 admitir pacientes hipertensos descompensados, o que resulta muitas vezes na referência para o serviço hospitalar, culminando com a hospitalização.

Dificuldade de acesso à unidade de saúde, falta de acompanhamento adequado e a cultura das pessoas de não manter hábitos saudáveis condiciona e/ ou determina o acontecimento de intercorrências e até mesmo óbitos.

6.3. Seleção dos nós críticos

A equipe de saúde da USF Dr. Fernando Azevedo Correia 2 identificou depois de analisar os relatórios das visitas domiciliares e a partir de conversas entre os profissionais de saúde que atendem a população rural, as causas da HAS em que essa doença pode impactar na saúde/doença das pessoas afetadas por ela. Foi visto ainda, que a equipe tem sim, possibilidade de intervir junto à comunidade, tratando os que já possuem a doença, identificando novos casos e ainda tentando prevenir que a doença acometa outras pessoas. A seguir, foi destacado os “nós críticos” identificados pela equipe:

1. estilos de vida e hábitos ruins;
2. falta de conhecimento sobre a HAS e suas consequências.

6.4. Desenho das operações

As operações para solução dos problemas identificados delineiam-se como ilustra o quadro 4.

Quadro 4 – Operações sobre o nó crítico 1 “Estilo de vida e hábitos ruins”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Dr. Fernando Correia 2, do município Brasiléia, estado do Acre

Nó crítico 1	Estilo de vida e hábitos ruins
---------------------	--------------------------------

Operação (operações)	Mudar o estilo de vida
Projeto	Bem estar
Resultados esperados	Reduzir o sedentarismo em 50% e a obesidade que atinge 10% da comunidade para 3%
Produtos esperados	Atividades físicas semanais em uma área comum
Recursos necessários	Estrutural: local para as atividades Cognitivo: informações de atividades relevantes Financeiro: pagamento de um educador físico e um fisioterapeuta Político: ceder local para que as atividades sejam desenvolvidas.
Recursos críticos	Político: ceder local para que as atividades sejam desenvolvidas. Financeiro: pagamento de um educador físico e um fisioterapeuta
Controle dos recursos críticos	Ator que Controla: Secretário Municipal de Saúde e coordenação de atenção básica. Motivação: Favorável
Ações estratégicas	Sensibilização de gestores, profissionais e população em geral. Reunir maior número de hipertensos.
Prazo	Dois meses para o início das atividades
Responsável (eis) pelo acompanhamento das ações	Equipe da USF Dr. Fernando Azevedo Correia 2.
Processo de monitoramento e avaliação das ações	Verificar mensalmente o peso e a frequência dos pacientes nas atividades físicas.

Fonte: Autoria própria (2019).

As operações para os nós críticos identificados delineiam-se como ilustra o quadro 5.

Quadro 5 – Operações sobre o nó crítico 2 “Falta de conhecimento sobre a hipertensão arterial e suas consequências”, na população sob responsabilidade da Unidade de Saúde da Família Dr. Fernando Correia 2, do município Brasiléia, estado do Acre.

Nó crítico 2	Falta de conhecimento sobre a hipertensão arterial e suas consequências.
---------------------	--

Operação (operações)	Repassar informações sobre a doença através de palestras
Projeto	Hipertensão Arterial: que bicho é esse?
Resultados esperados	Pacientes bem informados sobre o que é essa doença e seus riscos
Produtos esperados	Promover palestras e entrega de panfletos nas escolas e em atividades comemorativas do município
Recursos necessários	Estrutural: organizar agendas Cognitivo: conhecimento de momentos oportunos Financeiro: recursos financeiros para materiais utilizados Político: parceria com escolas e mobilização social
Recursos críticos	Político: parceria com escolas e mobilização social Financeiro: recursos financeiros para materiais utilizados
Controle dos recursos críticos	Ator que Controla: Secretário Municipal de Saúde Motivação: Indiferente Ator que Controla: Secretaria Municipal de Educação Motivação: Favorável Ator que Controla: Secretário Municipal de Cultura Motivação: Favorável
Ações estratégicas	Sensibilização de gestores, profissionais e população em geral.
Prazo	Dois meses para o início das atividades
Responsável (eis) pelo acompanhamento das ações	Equipe da USF Dr. Fernando Azevedo Correia 2 e coordenação de atenção básica
Processo de monitoramento e avaliação das ações	Verificar a comunidade atendida durante as visitas domiciliares o grau conhecimento da doença.

Fonte: Autoria própria (2018).

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

As ações propostas através deste trabalho são ferramentas importantes para a promoção de saúde e prevenção da HAS não somente para a população assistida pela USF Dr. Fernando Azevedo Correia 2, mas para toda a população em geral.

Os profissionais da AB têm importância primordial nas estratégias de prevenção, diagnóstico, monitorização e controle da HAS. Devem também, ter

sempre em foco o princípio fundamental da prática centrada na pessoa e, conseqüentemente, envolver usuários e cuidadores, em nível individual e coletivo, na definição e implementação de estratégias de controle à HAS (BRASIL, 2013).

A avaliação será realizada através do número de hipertensos cadastrados na USF e sua proporção de acompanhamento, assim como o número de internações devido a HAS.

Outro ponto de avaliação do plano será revisão quadrimestral dos acompanhamentos a hipertensos pela USF Dr. Fernando Azevedo Correia 2 que fazem parte de sua área de abrangência, objetivando diminuir o alto índice de HAS e aumentar o número de acompanhamentos a este público.

Torna-se necessário sensibilizar e capacitar a os profissionais que atuam na USF Dr. Fernando Azevedo Correia 2 e formar parcerias para que estes possam atuar de forma humanizada e efetiva com os hipertensos desta área de abrangência, em virtude também das características particulares desta população.

Com isso, espera-se obter profissionais preparados para enfrentar tal agravo e pacientes colaboradores com sua própria condição de saúde.

REFERÊNCIAS

BONDS, D. E. et al. **A multifaceted intervention to improve blood pressure control: The Guideline Adherence for Heart Health (GLAD) study.** American Heart Journal, v. 157, n. 2, p. 278-284, 2009.

BORELLI FA, SOUZA MG, PASSARELLI O, PIMENTA E, GONZAGA C, COREDEIRO A ,ET AL. **Hipertensão arterial no idoso: importância em se tratar.** Rev Bras Hipertens, 2008;15(4):236-239.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da Família: uma estratégia de organização dos serviços de saúde.** Brasília (DF): Secretaria de Assistência à Saúde/Departamento de Assistência e Promoção à Saúde/Coordenação de Saúde da Comunidade; 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **e-sus Atenção Básica.** Brasília. Pág. 1, 2019. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/esus.php>. Acesso em 11 de fevereiro de 2019.

CESARINO, C.B., CIPULLO, J.P., MARTIN, J.F.V., CIORLIA, L.A., GODOY, M.R.P., CORDEIRO, J.A., et al. **Prevalência e fatores sociodemográficos em hipertensos de São José do Rio Preto.** Arq Bras Cardiol. 2008;91(1):31-5. Apud.

CONVERSO, M.E.R., LEOCÁDIO, P.L.L.F. **Prevalência da hipertensão arterial e análise de seus fatores de risco nos núcleos de terceira idade de Presidente Prudente.** Rev Ciênc Extensão 2005;2(1)13.

DROUIN, Dennis. **Implementation of recommendations on hypertension: The Canadian Hypertension Education Program.** Canadian Journal of Cardiology, v. 22, n. 7, p. 595-599, may, 2006.

DUNCAN, B.; SCHMIDT, M. I.; GIUGLIANI, E. R. J. **Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseada em evidências.** 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006.

EGAN, B.M. **Prediction of incident hypertension.** Health implications of data mining in the 'Big Data' era. J Hypertens. 2013;31(11):2123-4

FUCHS, F.D. **Hipertensão arterial sistêmica.** In: DUNCAN, B.B., SCHMIDT, M.I., GIUGLIANI, E.R.J., et al. **Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseada em evidências.** Porto Alegre: Artmed; 2004. p.641-56.

GAZONI, F.M., BRAGA I.L.S., GUIMARÃES, H.P., LOPES, R.D. **Hipertensão sistólica no idoso.** Rev Bras Hipertens 2009;16(1):34-37.

BRASIL. Ministério da Saúde. Grupo Hospitalar Conceição. **Protocolo de Hipertensão Arterial Sistêmica para a Atenção Primária em Saúde**; organização de Sandra Rejane Soares Ferreira... /et.al/; ilustrações de Maria Lúcia Lenz. -- Porto Alegre : Hospital Nossa Senhora da Conceição, 2009.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). 29 de agosto de 2018. «**Estimativas da população residente nos municípios brasileiros com data referência em 1º de julho de 2018**»(PDF). Disponível em: <https://pt.wikipedia.org/wiki/Brasil%C3%A9ia>. Acessado em: 09 de fevereiro de 2019.

LOTUFO, P.A. **Stroke in Brazil: a neglected disease**. Med J 2005; 123(1):3-4.

MATOS, A.C., LADEIA, A.M. **Assessment of Cardiovascular Risk Factors in a Rural Community in the Brazilian State of Bahia**. Arq Bras Cardiol 2003;81(3):297-302.

MIRANDA, R.D., PERROTTI, T.C., BELLINAZZI, V.R., NÓBREGA TM, CENDOROGLO MS, TANILO NETO J. **Hipertensão arterial no idoso: peculiaridades na fisiopatologia, no diagnóstico e no tratamento**. Rev Bras Hipertens 2002;9(3)293-300.

ONYSKO, J. et al. **Large Increase in Hypertension Diagnosis and Treatment in Canada after a healthcare professional education program**. Hypertension, v. 48, n. 5, p. 853-860, set. 2006.

PASSOS, V.M.A., ASSIS, T.D., BARRETO, S.M. **Hipertensão arterial no Brasil: estimativa de prevalência a partir de estudos de base populacional**. Epidemiologia e Serviços de Saúde, Belo Horizonte, 2006.

PERROTI, T.C., CAMPOS FILHO, J., UEHARA, C.A., ALMADA FILHO, C.M., MIRANDA, R.D. Tratamento farmacológico da hipertensão no idoso. **Rev Bras Hipertens**. 2007;14(1):37-41.

PIMENTA, E., CALHOUN, D.A. **Uso dos antagonistas da aldosterona no tratamento da hipertensão arterial refratária**. Rev Bras Hipertens 2007;14(4):252-257.

ROSÁRIO, T.M., SCALA, L.C.N.S., FRANÇA, G.V.A., PEREIRA, M.R.G., JARDIM, P.C.B.V. **Prevalência, controle e tratamento da hipertensão arterial sistêmica em Nobres, MT**. Arq Bras Cardiol. 2009;93(6):672-8.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 95, n. 1, p. 1-51, Suplemento 1, 2010.

TALAEI, M., SADEGHI, M., MOHAMMADIFARD, N., SHOKOUH, P., OVEISGHARAN, S., SARRAFZADEGAN N. **Incident hypertension and its predictors: the Isfahan Cohort Study**. J Hyertension. 2014;32(1):30-8.

TOLEDO, M.M., RODRIGUES, S.C., CHIESA, A.M. **Educação em saúde no enfrentamento da hipertensão arterial: uma nova ótica para um velho problema**. Texto Contexto Enferm, 2007; 16(2): 233-8.

WIKIPEDIA. Brasília- Acre. Disponível em: <https://wikipedia.org/wiki/Brasil%C35a9ia>. Acesso em: 16 de abril de 2019.

WILLIAMS, B. The year in hypertension. **Journal of the American College of Cardiology**, v. 55, n. 1, p. 66-73, 2010.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Global Atlas on Cardiovascular Disease Prevention and Control**. MENDIS, S., PUSKA, P., NORRVING, B. (editors). Geneva: World Health Organization; 2011. Disponível em: file:///C:/Users/ATENCAO%20BASICA/Downloads/9789244564370_rus.pdf.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Otawa charter for health promotion**. IN: An International Conference on Health Promotion; 1986 Nov 17-21; Ottawa, Canada: WHO; 1986. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70578/9789755903620_tur.pdf.