

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

WANESSA SOARES BRASIL

**INTERVENÇÃO EDUCATIVA PARA DIMINUIR A INCIDÊNCIA DE
HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA NA UNIDADE DE SAÚDE DA
FAMÍLIA VITÓRIA II, RIO BRANCO, ACRE**

RIO BRANCO / AC

2019

WANESSA SOARES BRASIL

**INTERVENÇÃO EDUCATIVA PARA DIMINUIR A INCIDÊNCIA DE
HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA NA UNIDADE DE SAÚDE DA
FAMÍLIA VITÓRIA II, RIO BRANCO, 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: Msc. Wania Cristina da Silva

RIO BRANCO / AC
2019

WANESSA SOARES BRASIL

**INTERVENÇÃO EDUCATIVA PARA DIMINUIR A INCIDÊNCIA DE
HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA NA UNIDADE DE SAÚDE DA
FAMÍLIA VITÓRIA II, RIO BRANCO, ACRE**

Banca examinadora

Professor (a). Ms Wania Cristina da Silva - UFMG

Professor (a). Dra. Nayara Ragi Baldoni Couto – Universidade de Itaúna (UIT)

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

RESUMO

A Hipertensão Arterial Sistêmica é um problema grave da saúde pública no Brasil e no mundo. Esse problema é devido, em sua maior parte, pela falta de adesão dos pacientes ao tratamento. Na Unidade de Saúde da Família (USF) Vitória II, em Rio Branco, Acre realizamos um trabalho que teve como objetivo a execução de uma intervenção educativa para diminuir a incidência de hipertensão arterial sistêmica em usuários da nossa área. A eleição do tema da intervenção foi determinada por prévias análises daqueles problemas identificados e por meio da verificação da necessidade de investimentos nesta área programática, no intuito de alcançar e melhorar os elementos vinculados à viabilidade de formação de grupos de intervenção. Houve como proposta, a realização de um conjunto de ações sistematizadas que contribuíram para a diminuição da incidência de hipertensos, melhorando a qualidade de vida destes usuários, a adesão ao tratamento, a adesão às atividades programadas e a hábitos mais saudáveis. Os resultados desta intervenção foram apresentados e analisados de forma qualitativa e quantitativa, permitindo a compreensão exata de cada um. Incorporamos à rotina do serviço a intervenção realizada o que veio a fortalecer as ações já implementadas, motivando à ampliação de propostas para outras ações programáticas, utilizando-se da mesma metodologia o que permitiu seguir qualificando a oferta do cuidado em saúde ofertada pela unidade.

Palavras-chave: Pressão alta, Hipertensão Arterial, Unidade de Saúde da Família, Fatores de Risco, Medidas educativas, Qualidade de Vida, Doença hipertensiva, Fatores de risco, Prevenção de doenças crônicas, Educação em saúde.

ABSTRACT

Systemic Arterial Hypertension is a serious public health problem in Brazil and in the world. This problem is due, for the most part, to the patients' lack of adherence to treatment. In the Health Family United (HFU) Vitória II, in Rio Branco-AC, we carried out a study that had as objective the execution of an educational intervention to reduce the incidence of systemic arterial hypertension in users of our area. The choice of the intervention theme was determined by previous analyzes of those identified problems and by the verification of the need for investments in this program area, in order to reach and improve the elements linked to the feasibility of forming intervention groups. A set of systematized actions that contributed to the decrease in the incidence of hypertensive patients, improving the quality of life of these users, adherence to treatment, adherence to programmed activities and to healthier habits was proposed. The results of this intervention were presented and analyzed in a qualitative and quantitative way, allowing the exact understanding of each one. We incorporated into the routine of the service the intervention carried out, which strengthened the actions already implemented, motivating the expansion of proposals for other programmatic actions, using the same methodology, which allowed us to continue qualifying the offer of health care offered by the unit.

Key words: Arterial Hypertension, Family Health, Risk Factors, Educational Measures, Quality of Life.~~High blood pressure. Hypertensive disease. Risk factors for hypertension. Prevention of chronic diseases. Health education.~~

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AVE	Acidente Vascular Encefálico
CAD	Centro de Apoio Diagnóstico
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
DAP	Doença Arterial Periférica
DCV	Doença Cardiovasculares
DM	Diabetes Melito
DRC	Doença Renal Crônica
ESF	Equipe de Saúde da Família
HAS	Hipertensão arterial Sistêmica
HOSMAC	Hospital de Saúde Mental do Acre
IAM	Infarto Agudo do Miocárdio
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IC	Insuficiência Cardíaca
LACEN	Laboratório Central.
NASF	Núcleos de Apoio à Saúde da Família
OPAS	Organização Pan-americana da Saúde
SEMSA	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
USF	Unidade de Saúde da Família

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade atendida pela equipe de saúde Vitória II, município de Rio Branco, estado do Acre..... 11

Quadro 2 – Operações sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema “incidência de hipertensão”, na população sob responsabilidade da USF Vitória II em Rio Branco.21

Quadro 3 – Operações sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema “incidência de hipertensão”, na população sob responsabilidade da USF Vitória II em Rio Branco.23

Quadro 4 – Operações sobre o “nó crítico 3” relacionado ao problema “incidência de hipertensão”, na população sob responsabilidade da USF Vitória II em Rio Branco.24

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	8
1.1 Aspectos gerais do município	8
1.2 Aspectos da comunidade.....	8
1.3 O sistema municipal de saúde	8
1.4 A Unidade de Saúde da Família VitóriaI	9
1.5 A Equipe de Saúde da Família Vitória II	10
1.6 O funcionamento da Unidade de Saúde	10
1.6.1 O dia a dia da equipe	10
1.6.2 Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade (primeiro passo)	10
1.7 Priorização dos problemas – a seleção do problema para plano de intervenção (segundo passo).....	11
2 JUSTIFICATIVA.....	14
3 OBJETIVOS.....	15
3.1 Objetivo geral.....	15
3.2 Objetivos específicos	15
4 METODOLOGIA	16
5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA.....	17
6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO	20
6.1 Descrição do problema selecionado (terceiro passo)	20
6.2 Explicação do problema selecionado (quarto passo).....	20
6.3 Seleção dos nós críticos (quinto passo)	21
6.4 Desenho das operações (sexto passo).....	21
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	26
REFERÊNCIAS.....	27

1 INTRODUÇÃO

1.1 Aspectos gerais do município

O município de Rio Branco foi fundado em 1882 e com o fim da Revolução Acreana em 1903, que buscava a conquista da região entre Brasil, Bolívia e Peru, o Governo Federal mandou para a cidade Cunha Matos, que se tornava prefeito do departamento de Alto Acre até 1905. Matos escolheu montar sua prefeitura a margem direita do rio (CIDADES, 2015). Configura-se Rio Branco como a capital estadual do Acre, localizado na região norte do Brasil e distante 3.123 quilômetros de Brasília. Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) de 30 de agosto de 2016, a população de Rio Branco era de 402.057 habitantes (IBGE, 2019).

1.2 Aspectos da comunidade.

Vitória é uma comunidade periférica da cidade de Rio Branco, que faz parte do bairro São Francisco, com uma população estimada de 6.500 pessoas. Se confirmou comunidade por causa da migração populacional do interior do estado, essas famílias se estabeleceram na procura de uma melhor qualidade de vida e de oportunidades. A princípio, a falta de infraestrutura sanitária, de rede de esgoto e de água potável, assim como eletricidade, estava entre suas principais necessidades, as quais em parte ainda são reivindicações da população. É observado na região a existência de muitos negócios pequenos. Produto da crise que envolve a economia nacional, existem muitas pessoas desempregadas e uma grande parte da renda dessas famílias chega através do Programa Bolsa Família do Governo Federal (PAIVA; FALCÃO; BARTHOLO, 2013).

1.3 O sistema municipal de saúde

A Secretaria Municipal de Saúde (SEMSA) conta com um total de 94 instituições onde são oferecidos serviços de saúde à população de Rio Branco e outras que moram na região metropolitana (SAÚDE, 2017). A SEMSA dispõe de cinquenta e sete Unidade de Saúde da Família (USF) com Equipe de Saúde da Família (ESF), mais 13 tradicionais; tem disponíveis 2 Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) e conta com um Centro de Especialidades Odontológicas (CEO). A

população do município tem acesso à atenção especializada no Centro “Doutora Cláudia Vitorino”. Existem, ainda, quatro serviços de atendimento hospitalar: Hospital de Saúde Mental do Acre (HOSMAC), Hospital Geral de Clínicas de Rio Branco, Hospital Infantil Yolanda Lima e Silva e Hospital Santa Juliana. A realização de exames complementares é realizado pelo Sistema Único de Saúde (SUS) no Centro de Apoio Diagnóstico (CAD), em um CAD Imagem no 2º distrito e, também, através do Laboratório Central (LACEN).

1.4 A Unidade de Saúde da Família Vitória

A USF alberga três USF, Vitória I, II e III, no qual abordaremos no presente estudo a USF Vitória II, que acompanha uma população de 1.985 pessoas. A estrutura física do estabelecimento é de construção recente (4 anos). A unidade de saúde possui vários ambientes dentro da estrutura física que oferecem boas condições e as instalações são de excelente qualidade. Os ambientes são a farmácia, sala de vacinação, consultórios médicos, sala de enfermagem e consultórios odontológicos, sala de curativo, sala de esterilização, sala da reunião e arquivo, almoxarifado e a copa. Os banheiros são diferenciados para funcionários e para usuários, os quais permitem acesso às pessoas cadeirantes e com deficiência motora com sala de recepção e espera.

Existe um fluxo das informações oferecidas pelo pessoal de acolhimento, possibilitando assim um atendimento mais completo aos usuários desde sua chegada ao estabelecimento em busca de atendimento e dos serviços que são disponibilizados no centro de saúde. As consultas são realizadas dentro do ambiente da unidade e também em visitas domiciliares, além de atendimentos descentralizados que periodicamente são oferecidos em algum local estratégico da comunidade. Os usuários poderão ter acesso às informações contidas nos seus próprios prontuários para que sejam repassadas aos profissionais de outros níveis de atendimento para os devidos acompanhamentos. Nessa unidade também é realizada a confecção de Cartão do SUS.

Como parte das nossas funções, além dos serviços médicos, de enfermagem de odontologia citados anteriormente, realiza-se encaminhamentos para avaliações por equipes de especialistas. Para um melhor entendimento da situação de saúde e do quadro de doenças, nossa população está dividida em micro áreas, possibilitando um melhor e direcionado planejamento, o que visa fazer acompanhamento

sistemático e regular dos grupos prioritários como grávidas, crianças, hipertensos e/ou diabéticos e da saúde do idoso.

1.5 A Equipe de Saúde da Família Vitória I

A equipe atua em uma área urbana, porém na periferia da cidade a qual está vinculada ao SUS exclusivamente e os profissionais que a integra são 15, dando cobertura para uma população de 1.985 usuários. A equipe se compõe de: uma médica, uma enfermeira, uma odontóloga, um assistente de odontologia, uma técnica de enfermagem, oito agentes comunitários de saúde (ACS) e dois agentes comunitários de endemias.

1.6 O funcionamento da Unidade de Saúde

O Centro de saúde funciona de segunda a sexta-feira, em dois períodos, com horário de abertura às 07h:00min horas até 12h:00min horas, posteriormente ao horário de almoço, o serviço é reaberto das 14h:00min horas até 17h:00min horas. Na recepção da unidade está a técnica de enfermagem e um ACS para o acolhimento dos usuários.

1.6.1 O dia a dia da equipe

A rotina diária de trabalho compreende a participação de todos os integrantes da equipe, seja na própria unidade como na comunidade. Desde a abertura até o fechamento do estabelecimento realiza-se cuidados da saúde, como em consultas programadas, consultas de demanda livre, visitas domiciliares, ações de saúde, promoção de saúde, oferta de medicações em todos os períodos de trabalho ao longo da semana.

1.6.2 Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade (primeiro passo)

DA COMUNIDADE EM GERAL (O CONTEXTO)

- Pouco interesse dos usuários no cuidado e na prevenção de enfermidades.
- Baixo nível cultural influenciador em condutas negativas de saúde.

DO SISTEMA LOCAL DE SAUDE

- É observado frequente falta de insumos suficientes para a realização de ações de saúde assim também como de equipamentos e de materiais.

DA ÁREA DE ABRANGÊNCIA DA UNIDADE DE SAÚDE

- Foi observado que a população demonstra pouco interesse de participar em atividades de saúde programadas.

PROBLEMAS DE SAÚDE PREVALENTES

- Incidência de hipertensos.
- Hábitos alimentares inadequados.
- Consumo de drogas.
- Índice elevado de pessoas obesas.
- Tabagismo

SANEAMENTO:

- Rede insuficiente e deteriorada de esgoto.
- Rede de água potável em péssimas condições.
- Esgoto a céu aberto.
- Colheita de lixo irregular.

EDUCAÇÃO

- Escolas sem as condições adequadas nas salas de aula.
- Observado escassez de literatura e de materiais educativos.
- Observado muitas vezes a escassez de professores da rede de ensino fundamental, ensino médio.

1.7 Priorização dos problemas – a seleção do problema para plano de intervenção (segundo passo)

Quadro 1 – Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade atendida pela equipe de saúde Vitória II, município de Rio Branco, estado do Acre.

Problemas	Importância*	Urgência**	Capacidade de enfrentamento***	Seleção/ Priorização****
Pouco interesse dos usuários no cuidado e na prevenção de	Alta	8	Total	8

enfermidades.				
Baixo nível cultural influenciador em condutas negativas de saúde.	Alta	7	Total	4
Falta de insumos suficientes para a realização de ações de saúde assim também como de equipamentos e de materiais.	Média	6	Fora de Alcance	8
População com falta de interesse para participar em atividades de saúde programadas.	Média	6	Parcial	7
Número elevado de hipertensos.	Alta	8	Total	1
Hábitos alimentares inadequados.	Alta	7	Total	5
Consumo de drogas.	Alta	8	Parcial	2
Índice elevado de pessoas obesas.	Alta	8	Total	3
Rede insuficiente e deteriorada de esgoto.	Média	6	Fora de Alcance	9
Rede de água potável em péssimas condições.	Média	6	Fora de Alcance	10
Esgoto a Céu aberto.	Média	6	Fora de Alcance	11
Colheita de lixo irregular.	Baixa	5	Fora de Alcance	12
Escolas sem as condições adequadas nas salas de aula.	Baixa	5	Fora de Alcance	13

Falta de literatura e de materiais educativos.	Baixa	5	Fora de Alcance	14
Falta de professores	Baixa	5	Fora de Alcance	15

Fonte: Elaborado pela autora, 2018.

*Alta, média ou baixa

** Total dos pontos distribuídos até o máximo de 30

***Total, parcial ou fora

****Ordenar considerando os três itens

2 JUSTIFICATIVA

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) tem uma definição clássica por várias sociedades médicas, por ser uma condição clínica multifatorial caracterizada por elevação sustentada dos níveis pressóricos ≥ 140 e/ou 90 mmHg. Frequentemente se associa a distúrbios metabólicos, alterações funcionais e/ou estruturais de órgãos-alvo, sendo agravada pela presença de outros fatores de risco, como dislipidemia, obesidade abdominal, intolerância à glicose e diabetes melitos (DM) (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2017a).

A HAS na área de abrangência da USF Vitória II, em Rio Branco, constitui um problema de saúde relevante e crescente; em grande parte condicionada pela falta de adesão dos usuários diagnosticados com esta doença em muitos casos, mesmo aceitando, o indivíduo padece dessa enfermidade, há sempre algum grau de resistência na adesão ao tratamento.

Quando o diagnóstico de HAS é mencionado, percebe-se que existem resistências comportamentais, caracterizados por receios em aceitar a condição e isso afeta na prática seguir a terapêutica. Um vez a pressão arterial estando normalizada após o uso da medicação, o paciente resolve parar por conta própria o tratamento por achar que está bem. Esse é um ponto crítico na abordagem desses pacientes, já que são resistentes à ideia de que devem utilizar ininterruptamente a medicação, para que não haja agravo do quadro. Portanto, diante da situação apresentada é necessário criar propostas criativas de intervenção para atrair a conscientização e atenção desses pacientes atendidos pela equipe da USF Vitória II no sentido de aderir ao tratamento.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Propor um plano de intervenção educativa para diminuir a incidência de Hipertensão Arterial Sistêmica na USF Vitória II, Rio Branco- AC.

3.2 Objetivos específicos

- Determinar o perfil sociodemográfico dos pacientes hipertensos atendidos.
- Planejar a formação de grupos de intervenção, integrados por pessoas com hipertensão.
- Determinar o grau de adesão ao tratamento farmacológico por meio de métodos indiretos.
- Organizar palestras em locais públicos sobre as causas e consequências da hipertensão.

4 METODOLOGIA

O trabalho foi desenvolvido na área de abrangência da USF Vitória II, município de Rio Branco, Acre, com a participação de 110 usuários que estiveram de acordo com a realização das atividades, todos maiores de 18 anos, e acompanhados pela equipe.

Para a execução dos objetivos traçados neste trabalho, realizamos uma pesquisa a fim de identificar estudos relacionados com o tema no período de 9 anos. Foram realizadas as buscas na Biblioteca Virtual, MedLine, Scielo e Google Acadêmico.

Para tal, foram utilizados descritores para a busca de artigos, sendo estes: pressão alta, doença hipertensiva, fatores de risco, prevenção de doenças crônicas, educação em saúde. As buscas aconteceram no período de junho-dezembro de 2018, e os artigos aqueles que se enquadrassem em um período não maior do que 9 anos. Foram realizadas buscas manuais nos prontuários individuais de usuários na USF

Sendo assim, foi elaborada uma proposta de intervenção, que viabilizou a realização deste trabalho, com objetivo principal de diminuir a incidência de Hipertensão Arterial nos usuários atendidos pela USF Vitória II. Elaborou-se um plano de ações que permitiu a sistematização de atividades de educação permanente em saúde direcionadas ao problema em questão. Realizou-se aulas instrutivas, palestras e encontros visando à mudança de estilo de vida e de fatores de risco modificáveis a fim de obter melhor qualidade de vida.

5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

A HAS considera-se como uma doença de origem multifatorial, que comumente pode-se associar a desordens hormonais e metabólicas. Está definida por um aumento da pressão arterial igual ou maior a 140/90 mm Hg. Hoje em dia consideramos esta como uma das doenças mais comuns do mundo moderno. Tem altas prevalências e baixas taxas de controle, sendo, portanto, considerada um problema de saúde pública (CHOBANIAN, 2010; COSTA, 2012).

Esta patologia, de acordo com a Sociedade Brasileira de Hipertensão, é crônica, não transmissível, com início insidioso com repercussões clínicas de grande importância para vários sistemas de órgãos do corpo (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2017a).

A medida sanitária mais importante a ser desenvolvida é a prevenção da hipertensão, por meio de prevenção e controle da pressão arterial, a qual constitui um desafio para gestores e profissionais. É preciso ter a adequada percepção do risco que obriga os sistemas a executar estratégias com medidas de promoção e educação dirigidas à diminuição da pressão arterial média da população. Tais medidas incidirão diretamente naqueles fatores de risco principais, como no caso da falta de exercício físico, de níveis elevados de lipídios em sangue, a elevada ingestão de sal, o tabagismo, o alcoolismo e também a obesidade, os quais sendo realizados poderão obter os melhores benefícios por meio das ações dirigidas às modificações do estilo de vida (WESCHENFELDER; GUE MARTINI, 2012).

Como trata-se de uma enfermidade que não tem cura, uma das formas de tratar e evitar complicações para aqueles indivíduos com níveis de pressão arterial acima de 180/110 mmHg, é o uso dos medicamentos. E para a maioria dos pacientes a oportunidade de reduzir a pressão pode ser por meio de mudança no estilo de vida e de reeducação, principalmente, em relação a uma alimentação saudável, a prática de atividades físicas, manutenção do peso ideal saudável, diminuição da quantidade de sal na comida, diminuição da quantidade ingerida de bebidas alcoólicas e o controle do tabagismo e do estresse. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO, 2019).

Há que observar, pesquisas recentes apontam que as diferenças socioeconômicas entre raças representam diferenças substanciais étnico-raciais em relação aos fatores de risco de doenças cardiovasculares (DCV) anteriormente

atribuídos à raça/etnia, associados com baixo nível socioeconômico, com piora no controle de PA, obesidade, diabetes, sedentarismo e tabagismo. Estas diferenças podem estar associadas à renda e ao ambiente social que desempenham um papel substancial desproporcionalmente elevada no nível de prevalência de hipertensão em minorias. É destacado também que morar em um bairro economicamente desfavorecido tem uma ligação a uma maior incidência de doenças coronarianas tanto em negros quanto em brancos (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2017b).

Nota-se, aqui, que é muito importante o desenvolvimento de trabalhos e pesquisas junto às comunidades de menor poder aquisitivo para mapear a real condição e associação correta com a realidade a qual eles estão inseridos. Para que esse cenário seja alterado, é importante que o sistema de saúde ofereça um acompanhamento dos agentes comunitários com o processo de reeducação alimentar e atividades para que esses estereótipos sejam modificados dentro do sistema.

Ainda nesse contexto, um dos objetivos na Organização Panamericana da Saúde (OPAS) também é modificar o quadro atual da prevalência das enfermidades crônicas, por meio de mudanças no estilo de vida, que poderão influenciar vários fatores de risco (BRANDÃO, 2015).

O Ministério da Saúde, classifica em baixo, médio e alto o risco cardiovascular, daí que preconiza consultas de acompanhamento de médico e de enfermagem aos usuários portadores desta doença, com frequência mínima semestral, a ser feita ou pelo médico ou pelo enfermeiro para os de baixo e médio risco. Aqueles classificados como alto risco serão acompanhados com periodicidade de a cada quatro meses no ano (BRASIL, 2013).

De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2013), a finalidade da Linha 26 de Cuidado da HAS é fortalecer e qualificar a atenção à pessoa com essa doença por meio da integralidade e da longitudinalidade do cuidado, em todos os pontos de atenção. Dentre os princípios norteadores dessa linha de cuidado, podem-se destacar (BRASIL, 2013, p. 23):

Partir da situação problema: “atenção à HAS na Unidade Básica de Saúde”, problematizando a história natural da doença e como se dá a realização do cuidado das pessoas (qual o fluxo assistencial que deve ser garantido para pessoas com PA limítrofe e HAS, no sentido de atender às suas necessidades de saúde?); • Identificar quais são os pontos de atenção no município/distrito/região/estado e suas

respectivas competências, utilizando uma matriz para sistematizar essa informação e dar visibilidade a ela (que ações esses pontos de atenção devem desenvolver incluindo ações promocionais, preventivas, curativas, cuidadoras, reabilitadoras e paliativas?); • Identificar as necessidades das Unidades Básicas de Saúde (UBS) quanto ao sistema logístico para o cuidado dos usuários (cartão SUS, prontuário eletrônico, centrais de regulação, sistema de transporte sanitário), pontuando o que já existe e o que necessita ser pactuado com a gestão municipal/distrital/regional/estadual; • Identificar as necessidades das UBS quanto ao sistema de apoio (diagnóstico, terapêutico, assistência farmacêutica e sistema de informação), pontuando o que já existe e o que necessita ser pactuado com a gestão municipal/distrital/regional/estadual; • Identificar como funciona o sistema de gestão da rede (espaços de pactuação – colegiado de gestão, Programação Pactuada Intergestores – PPI, Comissão Intergestores Regional – CIR, Comissão Intergestores Bipartite – CIB, entre outros); • Desenhar o itinerário terapêutico dos usuários na rede e relacionar as necessidades logísticas e de apoio necessárias. Definir, em parceria com outros pontos de atenção e gestão, os fluxos assistenciais que são necessários para atender às suas necessidades de saúde e as diretrizes ou protocolos assistencial • Identificar a população estimada de pessoas com HAS e os diferentes estratos de risco e realizar a programação de cuidado de acordo com as necessidades individuais e os parâmetros para essa doença; • Definir metas e indicadores que serão utilizados para monitoramento e avaliação das Linhas de Cuidado (BRASIL, 2013, p. 23).

6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

A proposta a seguir, respondeu aos problemas principais priorizados: esta proposta se refere ao problema priorizado “Incidência de hipertensos”, para o qual se registra uma descrição do problema selecionado, a explicação e a seleção de seus nós críticos, de acordo com a metodologia do Planejamento Estratégico Simplificado (PES).

6.1 Descrição do problema selecionado (terceiro passo)

A HAS é uma doença crônica que afeta um total de 110 usuários da nossa população, o que representando um 5,54 % do total de pessoas acompanhadas pela equipe. A Hipertensão Arterial é tida como um grave problema de saúde pública, considerando-se sua cronicidade, altos custos de internações, incapacitação e aposentadoria precoce em virtude das suas complicações e sequelas (CARVALHO, 2013).

6.2 Explicação do problema selecionado (quarto passo)

A USF Vitória II identificou como seu principal problema a incidência de hipertensão. É apontada como fator de risco para complicações e doenças cardiovasculares na sociedade atual, tais como morte súbita, edema agudo de pulmão, insuficiência renal, infarto agudo do miocárdio (IAM) e acidente vascular encefálico (AVE), explicando 54% das mortes por acidente vascular encefálico e 47% daquelas por doença isquêmica do coração. (WILLIAMS, 2010)

O tema de uma doença crônica degenerativa de natureza multifatorial, a Hipertensão Arterial Sistêmica, que cursa de maneira assintomática muitas vezes, com evolução lenta e progressiva. Compromete o equilíbrio dos sistemas vasodilatadores e vasoconstritores, aumentando a pressão no interior dos vasos sanguíneos, o que ocasiona em um período de tempo variável, lesões em órgãos nobres como coração, cérebro, rins e olhos, podendo ainda trazer complicações como no caso do acidente vascular cerebral, da insuficiência cardíaca e da insuficiência renal (LESSA, 2010)

No Brasil, a Hipertensão Arterial afeta entre 20% e 30% da população adulta e está associada a 40% das mortes por acidente vascular cerebral, 25% das mortes

por doença coronária aguda, combinada com a diabetes; e 50 % por insuficiência renal (BRASIL, 2013; MOTTER; OLINTO; PAINZ, 2015)

6.3 Seleção dos nós críticos (quinto passo)

Foi realizada uma análise situacional na USF Vitória II e foi feita a identificação da situação atualmente existente, ainda, além de análise epidemiológica da comunidade, assim como parte do processo de sinalização de quais as necessidades que devem ser enfrentadas pela equipe e seus profissionais na rotina diária de trabalho.

Posteriormente à análise, foram selecionados os seguintes “nós críticos” relacionados à alta incidência de hipertensão em usuários da USF Vitória II.

- Falta de percepção e de conhecimento dos usuários sobre a HAS;
- Hábitos alimentares inadequados;
- Estilo de vida inadequado.

6.4 Desenho das operações (sexto passo)

Quadro 2 – Operações sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema “incidência de hipertensão”, na população sob responsabilidade da USF Vitória II em Rio Branco.

Nó crítico 1	Promover a melhoria da percepção e de conhecimento dos usuários sobre a Hipertensão Arterial Sistêmica
Operações	Promover o conhecimento da população sobre a Hipertensão assim como os riscos e as suas complicações.
Projeto	Conhecendo a Hipertensão Arterial.
Resultados esperados	Uma população mais instruída e esclarecida, capaz de identificar as características, riscos e complicações da Hipertensão Arterial e realizar o autocuidado. Aumentar em mais de 85 % os atendimentos direcionados aos usuários portadores desta doença e que estes se adiram e cumpram com o tratamento indicado.
Produtos esperados	Melhor percepção dos usuários em relação a doença a fim de que que fiquem mais instruídos esclarecidos e se cuidem mais. Campanhas de promoção de saúde na comunidade.

	Equipe direcionada às atividades de educação em saúde. Incorporação de ações de promoção permanente como parte da rotina de atividades da equipe com a população.
Recursos necessários	Estrutural: determinar profissional permanente para a realização de ações e acompanhamento da população. Cognitivo: Informações atualizadas sobre o tema. Político: convocação da comunidade Financeiro: recursos para impressão de cartazes para distribuir à população
Recursos críticos	Estrutural: falta de profissional com dedicação exclusiva para as atividades. Político: Envolvimento participativo da gestão local e de lideranças comunitárias que incentivem a realização do trabalho. Financeiro: verbas reduzidas pela prefeitura para esse tipo de finalidade.
Controle dos recursos críticos	Secretaria Municipal de Saúde
Ações estratégicas	Reuniões para discussão e debate de ações estratégicas com a participação de representações da gestão local assim como da liderança comunitária, a fim de todos os representantes.
Prazo	6 (seis) meses.
Responsável (eis) pelo acompanhamento das ações	Médica da equipe Enfermeira da equipe
Processo de monitoramento e avaliação das ações	A cada 3 (três) meses.

Fonte: Elaborado pela autora, 2018.

Quadro 3 – Operações sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema “incidência de hipertensão”, na população sob responsabilidade da USF Vitória II em Rio Branco.

Nó crítico 2	Hábitos alimentares inadequados
Operações	Oferecer orientações baseadas e efetivas sobre bons hábitos alimentares.
Projeto	Alimentando-nos saudável.
Resultados esperados	Usuários com conhecimentos sobre uma alimentação saudável, que saibam identificar quais os melhores alimentos, aqueles que mais aportam benefício à saúde. Implementar ações sistemáticas de educação à população.
Produtos esperados	Incorporação de ações de promoção permanente como parte da rotina de atividades da equipe com a população.
Recursos necessários	Estrutural: determinar profissional permanente para a realização de ações e acompanhamento da população. Cognitivo: Informações atualizadas sobre o tema. Político: convocação da comunidade Financeiro: recursos para impressão de cartazes para distribuir à população
Recursos críticos	Estrutural: falta de profissional com dedicação exclusiva para as atividades. Político: Envolvimento participativo da gestão local e de lideranças comunitárias que incentivem a realização do trabalho. Financeiro: verbas reduzidas pela prefeitura para esse tipo de finalidade.
Controle dos recursos críticos	Secretaria Municipal de Saúde
Ações estratégicas	Reuniões para discussão e debate de ações com a participação de representações da gestão local assim como da liderança comunitária, a fim de que exista envolvimento desejado.
Prazo	6 (seis) meses.
Responsável (eis) pelo acompanhamento das ações	Médica da equipe Enfermeira da equipe
Processo de monitoramento e avaliação das ações	A cada 3 (três) meses.

Fonte: Elaborado pela autora, 2018.

Quadro 4 – Operações sobre o “nó crítico 3” relacionado ao problema “incidência de hipertensão”, na população sob responsabilidade da USF Vitória II em Rio Branco.

Nó crítico 3	Estilo de vida inadequado
Operações	Conscientizar sobre hábitos e costumes de vida que estão errados que necessitam ser modificados.
Projeto	Viver com melhor saúde.
Resultados esperados	Promover conscientização no máximo de pessoas para diminuição a quantidade de pessoas fumantes, que consomem bebidas alcoólicas e que são sedentárias. Implementar ações sistemáticas de educação em saúde à população.
Produtos esperados	Organizar atividades em bairros com a participação da comunidade para realizar exercícios físicos. Programar e organizar palestras educativas em locais de maior concorrência de pessoas na comunidade. Apoio da rádio comunitária na realização de campanhas de promoção de saúde.
Recursos necessários	Estrutural: determinar profissional permanente para a realização de ações e acompanhamento da população. Cognitivo: Informações atualizadas sobre o tema. Político: convocação da comunidade Financeiro: recursos para impressão de cartazes para distribuir à população
Recursos críticos	Estrutural: falta de um profissional com dedicação exclusiva para as atividades. Político: Envolvimento participativo da gestão local e de lideranças comunitárias que incentivem a realização do trabalho. Financeiro: verbas reduzidas pela prefeitura para esse tipo de finalidade.
Controle dos recursos críticos	Secretaria Municipal de Saúde
Ações estratégicas	Reuniões para discussão e debate de ações com a participação de representações da gestão local assim como da liderança

	comunitária, a fim de que exista envolvimento de todos.
Prazo	6 (seis) meses.
Responsável (eis) pelo acompanhamento das ações	Médica da equipe Enfermeira da equipe
Processo de monitoramento e avaliação das ações	A cada 3 (três) meses.

Fonte: Elaborado pela autora, 2018.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em tempos em que a HAS se destaca como uma epidemia no mundo atual e em correspondência com o desenvolvimento, com os estilos de vida que impõe a sociedade atual, a adoção de medidas para frear a incidência desta é imperativo.

Durante as etapas em que foi elaborada a proposta e realizada a intervenção, foi possível avaliar os fatores que podem impactar na saúde da nossa população, assim também como a maneira de enfrentá-los a partir de uma ótica baseada principalmente na prevenção.

A finalidade do trabalho foi alcançada e foi criada uma estratégia que possibilitou intervir na situação que representa a incidência de hipertensão arterial. O estudo nos possibilitou conhecer a realidade da área de abrangência da ESF Vitória II, em relação aos fatores de risco e às complicações da hipertensão arterial, constatando uma realidade similar à que se vive no país todo. Foi possível também perceber as dificuldades da equipe em lidar com o problema e a importância que existe de preparar os profissionais para dar maior apoio aos usuários.

O plano de ação será de grande utilidade como ponto de partida para outros profissionais de saúde que atuam na atenção primária.

REFERÊNCIAS

- BRANDÃO, Andrea A. **Conceituação, Epidemiologia e Prevenção Primária**. IN: Diretrizes Brasileiras de Hipertensão V. 2015. Disponível em < <http://www.scielo.br/pdf/jbn/v32s1/v32s1a03.pdf>> Acesso em: 20 out.2018.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 128 p.: il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 37).
- CARVALHO, M. V. De, *et al.* A influência da hipertensão arterial na qualidade de Vida. **Arq. Bras. Cardiol.** São Paulo. V. 100, n. 2. 2013.
- CHOBANIAN, A. V. Improved hypertension Control: cause for some celebration. **JAMA**, v.303, n.20,p. 2082-2083,may.2010.
- CIDADES. **Rio Branco**. Disponível em: <<http://www.cidades.com.br/cidades-dobrasil/estado-acre/72-rio-branco.html>>. Acesso em: 29 de nov. de 2018.
- COSTA, J. V. et al. Análise de fatores de risco para hipertensão arterial em adolescentes escolares.**Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 20, n. 2, p. 289-295, apr. 2012.
- IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Página institucional**. Disponível em: < <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/ac.html>>, Acesso em: 19 abr. 2019.
- LESSA, I. Hipertensão arterial sistêmica no Brasil: Tendência temporal. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.26, n.8, ago. 2010.
- MOTTER, F.R.; OLINTO, M. T. A.; PANIZ, V. M. V. Avaliação do conhecimento sobre níveis tensionais e cronicidade da hipertensão: estudo com usuários de uma Farmácia Básica no Sul do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 2, p. 395-404, Fev. 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2015000200395&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 16 de out. 2018.
- PAIVA, L. H.; FALCÃO, T.; BARTHOLO, L. Do bolsa família ao Brasil sem miséria: um resumo do percurso brasileiro recente na busca da superação da pobreza extrema In: CAMPELLO, T.; NERI, M. C. **Programa Bolsa Família: uma década de inclusão e cidadania**. Brasília: Ipea, cap. 2, p. 25-146, 2013.
- SAÚDE, P. DE R. B. S. DE. **Plano Municipal de Saúde**. Rio Branco, p. 150-56, 2017

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. **Hipertensão Resistente na prática**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2017b.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. VI DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO ARTERIAL. **Arq. Bras. Cardiol.** v. 107, n. 3, supl. 3, p. 35-44, 2017a.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO. **O que é hipertensão?** Disponível em: < <http://www.sbh.org.br/informacoes.html>>. Acesso em: 29 abr. 2019.

WESCHENFELDER, M.D.; GUE MARTINI, J. Hipertensão arterial: principais fatores de risco modificáveis na estratégia saúde da família. **Enferm. glob.** v.11 n. 26. abr. 2012.

WILLIAMS, B. The year in hypertension. **J Am Coll Cardiol.** n.1, p. 66-73, 2010.