

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS  
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

**ALEXEIS DESPAIGNE GONZÁLEZ**

**HIPERTENSÃO ARTERIAL E FATORES DE RISCOS EM PACIENTES  
DO POSTO DE SAÚDE DE BOTAFOGO NO MUNICÍPIO DE  
CORURIBE ALAGOAS**

**Maceió - Alagoas  
2016**

**ALEXEIS DESPAIGNE GONZÁLEZ**

**HIPERTENSÃO ARTERIAL E FATORES DE RISCOS EM PACIENTES  
DO POSTO DE SAÚDE DE BOTAFOGO NO MUNICÍPIO DE  
CORURIBE ALAGOAS**

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

Orientador: Prof<sup>a</sup>. Ms. Teresa Cristina Carvalho dos Anjos

Maceió - Alagoas  
2016

**ALEXEIS DESPAIGNE GONZÁLEZ**

**HIPERTENSÃO ARTERIAL E FATORES DE RISCOS EM PACIENTES  
DO POSTO DE SAÚDE DE BOTAFOGO NO MUNICÍPIO DE  
CORURIBE ALAGOAS**

**Banca examinadora**

Examinador 1: Prof<sup>a</sup>. Ms. Teresa Cristina Carvalho dos Anjos  
Secretaria de Estado da Saúde em Alagoas

Examinador 2: Profa. Dra. Selme Silqueira de Matos

Aprovado em Belo Horizonte, em 09 de Junho de 2016.

## **DEDICATÓRIA**

Ao povo Brasileiro, em especial a população do PSF Botafogo, a equipe que me acolheu com grande entusiasmo e abraço caloroso, como um filho de sua região. Agradeço por tanto amor, o qual procurei retribuir com trabalho, dedicação e compromisso para com a equipe em prol da melhoria da saúde da população. Obrigado.

## **AGRADECIMENTOS**

A Deus pela sua piedade e misericórdia para com minha pessoa e a todos os que de uma forma ou outra ajudaram na realização e correção do trabalho para um bem-estar da saúde na comunidade. Obrigado pela sua paciência e trabalho em parceria.

A pobreza, a ignorância, as doenças e vícios escravizam aos povos.

Lázaro Cárdenas.

(1891-1970)

## RESUMO

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é importante fator de risco para doenças decorrentes de aterosclerose e trombose, que se exteriorizam, predominantemente, por acometimento cardíaco, cerebral, renal e vascular periférico, tem uma etiologia multifatorial onde populações de baixa condição econômica e cultural constituem as primeiras vítimas. No caso da população atendida na Estratégia de Saúde da Família (ESF) Botafogo, no município de Coruripe em Alagoas, registra-se elevada incidência e prevalência de hipertensão o que amplia a demanda por consultas e por tratamento das complicações. Propomos um plano de intervenção com o objetivo de diminuir a incidência e complicações da hipertensão na comunidade Botafogo. Para estruturar o plano, foi utilizado o Método de Estimativa Rápida, o Planejamento Estratégico Situacional e estudo bibliográfico, o que contribuiu para definir as prioridades dos problemas e seleção dos nós críticos. Considerando que HAS pode ser controlada, possui fatores de riscos modificáveis e não modificáveis, foram priorizados para intervenção os fatores de maior incidência para aparição da doença e que tivessem uma resolutividade de acordo com os recursos viáveis no cotidiano do trabalho. Espera-se com este projeto de intervenção identificar os pacientes e caracterizar os fatores de riscos associados à HAS para elevar o nível de conhecimento e estimular assim as mudanças nos hábitos e estilos de vida que interferem na saúde dos pacientes na ESF Botafogo.

Palavras chaves: Hipertensão arterial sistêmica, fatores de riscos, trombozes, ateroscleroses, doenças cardiovasculares.

## **ABSTRACT**

Systemic arterial hypertension (SAH) is an important risk factor for diseases caused by atherosclerosis and thrombosis, which are externalized predominantly for cardiac, cerebral, renal and peripheral vascular involvement, has a multifactorial etiology where low economic and cultural condition populations are the first victims. In the case of the population served in the Family Health Strategy (FHS) Botafogo in Coruripe municipality in Alagoas, is recorded high incidence and prevalence of hypertension which increases the demand for consultations and treatment of complications. We propose an action plan with the objective of reducing the incidence and complications of hypertension in Botafogo community. To structure the plan, we used the Quick Estimate Method, the Situational Strategic Planning and bibliographical study, which helped to define the priorities of problems and selection of critical nodes. Whereas hypertension can be controlled, has factors of modifiable and non-modifiable risks were prioritized for intervention the higher incidence factors for appearance of the disease and they had a resoluteness according to viable resources in daily work. It is hoped that this intervention project to identify patients and characterize the risk factors associated with hypertension to raise the level of knowledge and thus stimulate changes in habits and lifestyles that affect the health of patients in the ESF Botafogo.

Keywords: hypertension, risk factors, stroke, atherosclerosis, cardiovascular disease.

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
AVC	Acidente Vascular Cerebral
DAC	Doença Arterial Crônica
ESF	Estratégia Saúde da Família.
HAP	Hiperaldosteronismo Primário
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IC	Insuficiência Cardíaca
IRC	Insuficiência Renal Crônica
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
PA	Pressão Arterial
PIB	Produto Interno Bruto
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UPA	Unidade de Pronto Atendimento

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Descrição da população segundo o sexo e faixas etárias .....	13
Quadro 2: Classificação da pressão arterial, adultos com mais de 18 anos.....	23
Quadro 3: Classificação de prioridades para os problemas identificados no diagnóstico da equipe de Botafogo.....	25
Quadro 4: Operações sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema “HAS”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Botafogo, em Coruripe, Alagoas.....	27
Quadro 5: Operações sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema “HAS”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Botafogo, em Coruripe, Alagoas.....	28
Quadro 6: Operações sobre o “nó crítico 3” relacionado ao problema “HAS”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Botafogo, em Coruripe, Alagoas.....	29

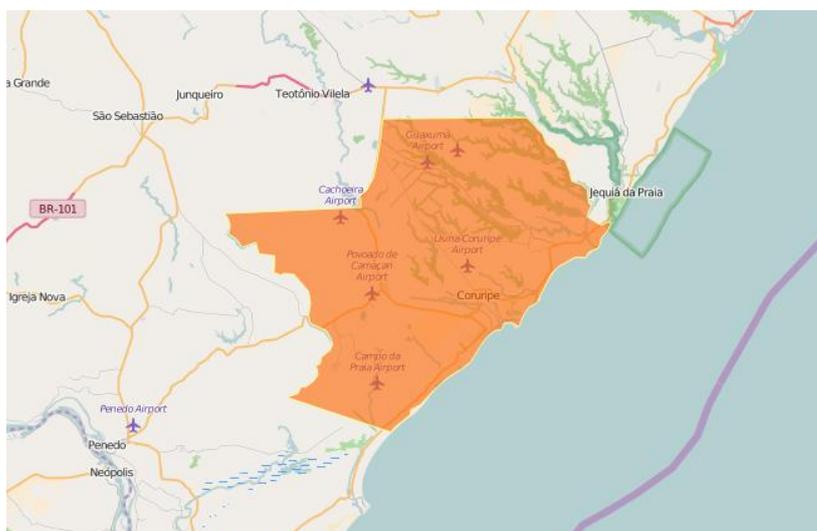
## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>12</b>
<b>JUSTIFICATIVA.....</b>	<b>16</b>
<b>OBJETIVOS.....</b>	<b>18</b>
<b>METODOLOGIA.....</b>	<b>19</b>
<b>REVISÃO DA LITERATURA.....</b>	<b>20</b>
<b>PROPOSTA DE INTERVENÇÃO.....</b>	<b>24</b>
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>30</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>31</b>

## 1 INTRODUÇÃO

### 1.1 Descrição do município.

Coruripe está situado no leste alagoano com uma área de extensão territorial de 898,625 km<sup>2</sup>, sendo o segundo município maior em extensão de Alagoas. Limita-se ao norte com São Miguel dos Campos e Jequiá da Praia, ao sul com Feliz Deserto e Oceano Atlântico, a leste com o Oceano Atlântico a oeste com Penedo e Teotônio Vilela. As cidades mais próximas são Feliz Deserto distante 40km, São Miguel dos Campos a 40km, Teotônio Vilela a 45 km, Piaçabuçu a 50 km, Penedo 86km, Maceió a 95km e Arapiraca a 154km. Sua população estimada para 2015 é de 52.130 hab., densidade 56,77hab./km<sup>2</sup>, altitude de 16m, acompanhada de um clima tropical. Sua população vive principalmente do cultivo da cana-de-açúcar, coleta de coco, e da pesca, tendo ainda outras formas de subsistência como o cultivo de maracujá, o artesanato e o comércio (IBGE, 2010).



Fonte: IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2010)

### 1.2 Descrição da população da ESF Botafogo.

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) Botafogo no município de Coruripe, está localizada num povoado rural que tem o mesmo nome. Conta com uma população de 3.104 pessoas, sendo 859 famílias cadastradas. A população é muito carente, com baixo nível cultural e educacional, o que aumenta seu grau de vulnerabilidade para doenças crônicas não transmissíveis constatado diariamente no

cotidiano do trabalho da equipe da ESF, refletindo no aumento de demanda por consultas e tratamento de complicações associadas a hipertensão arterial, principalmente acima dos 20 anos.

<b>Quadro 1: Descrição da população segundo o sexo e faixas etárias.</b>											
<b>SEXO</b>	<b>FAIXA ETARIA</b>										
	<1	1-4	5-6	7-9	10-14	15-19	20-39	40-49	50-59	>60	TOTAL
<b>Masculino</b>	28	129	63	104	163	163	502	167	114	109	1542
<b>Feminino</b>	26	122	58	102	163	170	510	184	105	122	1562
<b>Número de Pessoas</b>	54	251	121	206	326	333	1012	351	219	231	3104

Fonte: ESF Botafogo (2015).

O quadro acima nos mostra a faixa etária da população atendida na ESF Botafogo da qual destacamos a existência de maior densidade populacional na faixa etária entre 20-39 anos com 1012 habitantes, sem diferença significativa entre a população do sexo feminino e masculino. Esta faixa etária é considerada produtiva pela capacidade de desenvolvimento laboral e reprodução familiar, mas, também é susceptível e de risco acrescido para modificar hábitos e estilos de vida que prejudicam a saúde, o que aumenta significativamente a incidência e prevalência das doenças crônicas não transmissíveis, já que pelas condições sócio econômicas e de estilo de vida, residir em povoado rural sem estrutura sanitária de água e esgoto, maus hábitos alimentares e higiênico sanitário favorece a seu incremento. Observa-se que é uma população jovem, não existindo um envelhecimento demográfico representativo na população em estudo. A presença reduzida de idosos neste grupo populacional pode ser interpretada pela alta natalidade e pela incidência, prevalência e complicações por doenças crônicas não transmissíveis que podem levar a uma morte precoce da população quando não ocasiona uma incapacidade física.

### **1.3 Sistema local de saúde.**

Coruripe conta com 12 equipes de saúde entre a zona urbana e a zona rural. Todas as Equipes são cobertas com profissionais médicos, dos quais 2 são médicos estrangeiros. Está estabelecido que cada profissional deve cumprir um horário de segunda a sexta feira de 8h as 17h, com uma carga horaria de 40 horas semanais.

Os médicos participantes do Programa Mais Médicos possuem uma carga horária de 32h de trabalho e 8h para estudos.

O município possui 1 Hospital denominado Carvalho Beltrão com Unidade de Pronto Atendimento (UPA) para atender as urgências. Também trabalha em parceria com 1 laboratório privado para realização dos exames e conta com 2 Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) e serviço de fisioterapia médica.

A forma de organização do sistema de saúde do município é em rede, prestando uma assistência integral e contínua a uma população definida, com comunicação fluida entre os diferentes níveis. A população que vive na área rural de Coruripe, organiza-se socialmente em famílias e é cadastrada e registrada em micro áreas. Os pontos de atenção à saúde que ofertam os serviços de atenção secundária é o hospital Carvalho Beltrão, com referências a outros pontos de saúde mais complexos em situações especiais, nos municípios de Maceió, Penedo e Arapiraca.

O município de Coruripe conta com os seguintes recursos: 3 agências bancárias, Banco do Brasil, Bradesco e Caixa Económica, 1 correio postal, 2 usinas de cana, 1 Igreja Católica e outras organizações religiosas, 20 escolas municipais, 2 escolas privadas, 11 creches, 9 farmácias do trabalhador e várias outras no comércio, 2 casas lotéricas, 1 escola de música, 7 restaurantes, 1 associação de guias de turismo, 1 hotel e várias pousadas distribuídas no centro e litoral norte na costa. Possui muitos sítios e casas de campo além das áreas de praias e lazer, tendo o maior fluxo de pessoas durante o final de semana. A população do município tem um nível de desenvolvimento econômico baixo, sendo o rendimento médio mensal per capita de R\$ 204,00 para os residentes das áreas rurais e R\$ 230,00 da área urbana (IBGE, 2010). A maioria das famílias sobrevive com um salário mínimo, dependem quase totalmente da produção agrícola, do comércio e da pesca. Embora o município esteja no 5º lugar no ranking das cidades alagoanas com o maior Produto Interno Bruto (PIB) per capita, maior até que o da capital do Estado (IBGE, 2013), advindo de rendimentos de poços de extração de petróleo que são administrados pelo governo com transferências de tributos ao município para seu desenvolvimento, este fator não tem se traduzido em maior qualidade de vida dos munícipes. O PIB per capita (ou por pessoa) mede quanto, do total produzido, cabe a cada brasileiro se todos tivessem partes iguais.

#### **1.4 Unidade Básica de Saúde.**

O posto de saúde de Botafogo está inserido no município Coruripe na área rural e presta serviço de segunda a sexta feira, das 7h às 17h com 1h de almoço incluído. O território de abrangência atende a totalidade da população de Botafogo. O atendimento é realizado por equipe multiprofissional, composta por: 1 médico, 1 dentista, 5 agentes comunitários de saúde (ACS), 1 enfermeira, 1 auxiliar de enfermagem, 1 auxiliar de dentista, 1 digitadora e o pessoal de serviços gerais. A Unidade Básica de Saúde (UBS) possui recepção, copa, 2 salas de espera e 2 banheiros, 1 consultório odontológico, 1 consultório médico, 1 consultório de enfermagem, 1 sala de vacina, 1 de curativo e 1 de observação. No município existe duas modalidades de encaminhamento para a realização dos exames laboratoriais, pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e pelo privado. A população com mais condições financeiras prefere fazer os exames pelo privado devido à demora da entrega dos resultados dos exames feitos pelo SUS, que podem demorar até 1 mês para sua entrega ao paciente.

A demora na entrega de resultados dos exames é uma das dificuldades que afeta a qualidade do trabalho da equipe de saúde, a demandas por consultas é alta comparada a capacidade de atendimento da equipe e a densidade demográfica da área adscrita. A incidência de doenças crônicas não transmissíveis é expressiva, nas quais destacamos a HAS com papel muito importante na mortalidade e na incapacidade dos sujeitos atendidos pela ESF Botafogo pelas complicações que oferece.

## 2 JUSTIFICATIVA

A comunidade de Botafogo é uma comunidade rural com baixo nível cultural, maus hábitos alimentares e desenvolvimento econômico crítico, com crenças religiosas fortemente arraigadas e cultura familiar que interferem na saúde da população, aumentando o grau de vulnerabilidade desta população para doenças crônicas não transmissíveis.

No levantamento situacional realizado em equipe para definir os nós críticos e apresentar um plano estratégico para enfrentamento dos problemas de saúde desta população, verificou-se que há incidência, prevalência e recorrência de doenças crônicas não transmissíveis sendo a hipertensão, a diabetes mellitus e as anemias as mais frequentes que afetam a saúde da população. Esses três tipos de adoecimento demandam níveis elevados de atendimentos médicos na UBS, hospitalizações e gastos com insumos médicos.

Desde a criação do Programa de Saúde da Família (PSF), hoje compreendido com ESF, o controle da hipertensão em adultos é entendido como ação estratégica de caráter prioritário em sua fase inicial, trata-se de uma doença crônica não transmissível de alta prevalência cujo controle eficiente pode produzir mais saúde para a população e menos investimento em atenção secundária no SUS. (RABETTI, A.C.; FREITAS, S.F.T. 2011, p. 259)

Por essas razões e com o objetivo de contribuir para diminuir os fatores de risco, os gastos com insumos médicos, diminuição das complicações, colaborar na redução das incapacidades produzidas por essa doença, aumentar os níveis de conhecimento em saúde além de cumprir as diretrizes da atenção primária em saúde que são a promoção, prevenção, tratamento e reabilitação foi que priorizamos hipertensão arterial como tema do trabalho de intervenção na comunidade para o bem da população. Registram-se na área da ESF 330 usuários hipertensos sendo acompanhados pela equipe de saúde.

O trabalho contará com a participação e colaboração da equipe da ESF e NASF, sendo coordenado e supervisionado pelo médico proponente do trabalho com

vistas a reduzir os índices da HAS na área de abrangência, assim como as complicações decorrentes do agravo da HAS. A participação do NASF é de grande relevância, como prevê a portaria nº 2.488, o acompanhamento de casos de forma interdisciplinar pode modificar a coordenação do cuidado na rede de atenção à saúde, potencializar a atenção primária, ampliar as ações das equipes de saúde da família e otimizar fluxos de referência e contrarreferência (SILVA, A.T.C. *et al*, 2012, p. 2078). Neste sentido, faz-se importante fortalecer o trabalho em equipe e somar esforços para o alcance dos resultados almejados.

### **3 OBJETIVOS**

#### **Geral**

Intervir sobre fatores de riscos da hipertensão arterial reduzindo a incidência, prevalência, recorrência e complicações decorrentes da doença junto aos pacientes da unidade de saúde Botafogo do município Coruripe – Al.

#### **Específicos:**

- Elevar o conhecimento sobre os fatores de riscos da HAS na comunidade por meio de intervenções educativas.
- Caracterizar os pacientes hipertensos segundo os fatores de riscos para o estabelecimento de protocolos de tratamentos específicos de acordo com o grau de vulnerabilidade.
- Estimular atividades físicas que reduzam os riscos para HAS e suas complicações.

#### 4 METODOLOGIA

Para elaboração do plano de intervenção para o controle da hipertensão arterial sistêmica e dos fatores de riscos dos pacientes hipertensos da área de abrangência da equipe da ESF na UBS Botafogo, foi realizada a análise situacional de saúde, identificando assim os principais problemas de saúde que interferem na vida da população. Para subsidiar a interpretação dos dados, realizou-se uma revisão de literatura sobre o tema, utilizando os descritores hipertensão arterial sistêmica, fatores de riscos, trombooses, ateroscleroses, doenças cardiovasculares.

Apoiamo-nos em diversos autores nacionais e também internacionais para uma melhor abordagem, desenvolvimento e planejamento das estratégias de trabalho na intervenção educativa proposta. O Projeto de intervenção será desenvolvido na UBS Botafogo, comunidade rural, localizada no município de Coruripe do Estado de Alagoas e terá a participação da Equipe da ESF e o apoio do NASF. A intervenção terá a inclusão de todos os usuários cadastrados como hipertensos e com fatores de risco associados, do sexo feminino e masculino independente de cor e orientação sexual. O único critério de exclusão é a não aceitação dos sujeitos na participação das atividades propostas. A equipe de saúde ficará responsável pela identificação dos usuários hipertensos, sensibilização para adesão a proposta de trabalho e confirmação do prévio consentimento para abordagem individual e coletiva registrado em prontuário.

As etapas que constituem este plano de intervenção foram construídas de acordo com os nós críticos identificados a partir do encontro com usuários, profissionais de saúde e os dados do diagnóstico de saúde da comunidade com a identificação dos principais problemas que os afetam e a eleição de um problema prioritário para realizar a intervenção. Além disso, foi realizada uma avaliação do orçamento e recursos humanos necessários para a realização do trabalho, uma capacitação dos profissionais da equipe que se voluntariaram para a participação no projeto com posterior validação com grupos específicos da proposta/instrumento construído, essas etapas facilitarão a implantação do projeto na área de abrangência da equipe da ESF/ UBS Botafogo.

## 5 REVISÃO LITERATURA

De acordo com as Sociedades Brasileiras de Hipertensão; Cardiologia; Nefrologia (2010), a Hipertensão Arterial Sistêmica é uma doença crônica não transmissível e multifatorial que afeta a todos os seres humanos além atuar como fator de risco para outras doenças. Associa-se frequentemente a alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo (coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos) e a alterações metabólicas, com consequente aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais.

A HAS representa um dos maiores problemas em saúde pública no Brasil e no mundo, gerando elevado custo médico-social, principalmente pela sua participação em complicações como nas doenças cerebrovasculares, na doença arterial coronária (DAC), na insuficiência cardíaca (IC), na insuficiência renal crônica (IRC), na retinopatia hipertensiva e na insuficiência vascular periférica. A principal causa de morte em todas as regiões é o acidente vascular cerebral, acometendo as mulheres em maior proporção. Alguns autores consideram que 40% das mortes por acidente vascular cerebral (AVC) e 25% das mortes por DAC são decorrentes de HAS. Portanto a HAS é um dos fatores mais relevantes para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares (BRASIL, 2013, p. 129).

Define-se como hipertensão a elevação crônica da pressão arterial (PA) (sistólica  $\geq 140$ mmHg ou diastólica  $\geq 90$ mmHg), a etiologia é desconhecida em 80% a 95% dos pacientes. A hipertensão sistólica isolada ( $\geq 140$  e diastólica  $< 90$ ) é mais comum em pacientes idosos devido a redução da complacência vascular (BRASIL, 2013, p. 130). Importante considerar uma forma de hipertensão secundária passível de correção, especialmente em pacientes com menos de 30 anos ou nos que se tornam hipertensos depois dos 55 anos.

### Hipertensão secundária

A HAS secundária é consequência de uma causa identificável, abrange cerca de 5% a 10% dos hipertensos, dado possivelmente subestimado, já que não se pode excluir a possibilidade de casos semelhantes que sejam tardiamente ou nunca diagnosticados. As doenças renais são a causa mais comum de hipertensão secundária. Ocupando lugar de destaque a estenose da artéria renal, a par de

transtornos endócrinos como a síndrome de Cushing, o hipertiroidismo, o hipotiroidismo, a acromegalia, a síndrome de Conn ou hiperaldosteronismo primário, o hiperparatiroidismo e tumores como os para-gangliomas e os feocromocitomas. Na coartação da aorta a hipertensão arterial existe unicamente acima do nível da coartação, havendo hipotensão nos membros inferiores. Entre as outras possíveis causas encontra-se a obesidade, a apneia do sono e a gravidez (BORGES, 2012, p. 361-362).

Estenoses da artéria renal (hipertensão renovascular).

Hipertensão renovascular é considerada a segunda causa de hipertensão secundária precedida pelas doenças renais, pode ocorrer em um paciente já previamente hipertenso, devido a ateroscleroses (homens idosos) ou displasia fibromuscular (mulheres jovens). Caracteriza-se por início recente de hipertensão, refratária a terapia anti-hipertensivas habitual. Presença de sopro abdominal em 50% dos casos, frequentemente audível, pode-se verificar hipopotassemia, ou seja, a diminuição de potássio no sangue, leve devido a ativação do sistema renina-angiotensina - aldosterona (PRAXEDES, 2002, P. 148-149).

Coartação da aorta

Ocorre em crianças ou adultos jovens, a contração costuma estar presente na aorta, na origem da artéria subclávia esquerda. O exame revela pulsações femorais tardias e diminuídas, sopro sistólico tardio mais alto no dorso. A radiografia de tórax revela endentação da aorta no nível da coartação e chanfraduras das costelas (devido ao desenvolvimento de fluxo arterial colateral). Conclui-se que em todo paciente se deve obrigatoriamente palpar os pulsos dos membros inferiores e superiores, além de aferir a PA também nos quatro membros, podendo-se assim evitar transtornos secundários por falta do diagnóstico preciso desta cardiopatia que causa morbidade e mortalidade (EBAID, M.; AFIUNE, J.Y., 1998, p. 647).

Feocromocitoma

Trata-se de um tumor secretor de catecolaminas, da medula suprarrenal ou do tecido paraganglionar extrassuprarrenal, que se manifesta como hipertensão paroxística ou sustentada em pacientes jovens a pacientes de meia-idade. É comum a ocorrência de episódios súbitos de cefaleias, palpitações e sudorese profusa. Os

achados associados consistem em perda crônica de peso, hipotensão ortostática e comprometimento da tolerância a glicose. Os feocromocitomas podem estar localizados na parede da bexiga e apresentar-se com sintomas de excesso de catecolaminas associados a micção. Feocromocitomas representam uma causa incomum de hipertensão arterial, porém seu diagnóstico deve ser considerado em todos os pacientes que apresentem hipertensão intermitente, resistente, assim como sintomas ou sinais sugestivos (MALACHIAS, M. V. B., 2002, p. 160)

#### Hiperaldosteronismo

Habitualmente ocorre devido a adenoma secretor da aldosterona ou hiperplasia suprarrenal bilateral. Deve-se suspeitar de sua presença quando ocorre hipopotassemia em pacientes hipertensos sem uso de diuréticos. Em populações de pacientes hipertensos, a prevalência de hiperaldosteronismo primário (HAP) pode ser tão elevada quanto 10%, fazendo com que esta entidade possa ser a causa mais comum de hipertensão arterial secundária (KATER, C. E., 2002, p. 114)

Conforme explicitado no documento VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão (2010, p. 2-3), outros fatores cardiovasculares devem ser considerados como risco para a HAS, principalmente quando associados a idade, gênero e etnia, excesso de peso e obesidade, ingestão de sal, ingestão de álcool, sedentarismo, fatores socioeconômicos e genética. Logo, implementar medidas de prevenção na HAS representa um grande desafio para os profissionais e gestores da área de saúde, considerando que no Brasil, cerca de 75% da assistência à saúde da população é feita pela rede pública, por meio do SUS. Ancorando-nos neste referencial, propomos desencadear ações voltadas para a prevenção primária e a detecção precoce da HAS como forma de evitar doenças e como meta prioritária dos profissionais de saúde da ESF Botafogo e NASF.

O diagnóstico da HAS segue padrões de classificação devidamente consensuados por expertises que propõem e validam os protocolos clínicos que servem de referência para diagnóstico, prevenção primária e secundária e tratamento deste grave problema de saúde pública conforme detalhamento abaixo:

**Quadro 2: Classificação da pressão arterial, adultos com mais de 18 anos.**

Classificação	Pressão Sistólica (mmHg).	Pressão Diastólica (mmHg).
ÓTIMA	< 120	< 80
NORMAL	< 130	< 85
LIMITROFE	130-139	85-89
Hipertensão estágio 1	140-159	90-99
Hipertensão estágio 2	160-179	100-109
Hipertensão estágio 3	≥ 180	≥ 110
Hipertensão Isolada	≥ 140	< 90

Quando as pressões sistólicas e diastólicas de um paciente se situam em categorias diferentes, a maior deve ser utilizada para classificação da pressão arterial.

Fonte: Sociedade Brasileira de cardiologia (2010).

## 6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

O plano de intervenção é o produto do esforço da equipe de trabalho da ESF, que colaborou no diagnóstico situacional e definição de prioridades a serem enfrentadas na UBS Botafogo. Intervir junto a comunidade para a redução da incidência, prevalência, recorrência e complicações decorrentes da HAS será muito importante e permitirá reorganizar o serviço para oferecer melhor assistência e obter resultados positivos em um período de tempo limite, otimizando todos os recursos materiais e humanos existentes a favor da comunidade. A construção do plano de ações considerou 4 etapas fundamentais:

### ➤ **Definição dos problemas**

Nesta etapa a equipe identificou os problemas prioritários da população que podem de forma direta ou indireta afetar a sua saúde, considerando características gerais a exemplo de baixo nível educacional, maus hábitos na alimentação, conhecimento insuficiente sobre doenças e seus fatores de riscos, alto índice de estresse além de influência da cultura, religião, valores que podem influenciar no desenvolvimento e ou manutenção de patologias, aumentando o grau de vulnerabilidade para desenvolver doenças crônicas não transmissíveis.

Depois de estudo e discussão, foram identificados problemas fundamentais na comunidade que refletem em forma de adoecimento na UBS, sendo mais recorrentes casos de:

- ✓ Hipertensão arterial
- ✓ Diabetes Mellitus
- ✓ Alcoolismo
- ✓ Sedentarismo
- ✓ Tabagismo

### ➤ **Priorização dos problemas.**

Após a identificação dos problemas, foi necessária a priorização deles, considerando os seguintes critérios: importância, urgência e capacidade da equipe para enfrentá-los. Classificados os problemas, foram selecionados conforme grau de importância e com alta possibilidade de resolutividade, considerando os recursos materiais e humanos disponíveis. Aplicados os critérios, os problemas foram selecionados conforme descrição:

- Numeração dos problemas por ordem de prioridades a partir do resultado da aplicação dos critérios.
- Atribuição de pontos de 0-10 conforme sua urgência.
- Identificação se a solução do problema está dentro, fora ou parcialmente dentro da capacidade de enfrentamento da equipe.
- Atribuição de valor alto, médio ou baixo para a importância do problema.

**Quadro 3: Classificação de prioridades para os problemas identificados no diagnóstico da equipe de Botafogo.**

Problemas	Importância	Urgência	Capacidade de enfrentamento	Seleção
Diabetes mellitus	Alta	9	Parcial	1
Hipertensão Arterial	Alta	9	Parcial	2
Sedentarismo	Meia	8	Parcial	6
Alcoolismo	Meia	7	Parcial	7
Tabagismo	Meia	7	Parcial	8

Fonte: próprio autor (2016)

A equipe constatou, pelos resultados obtidos, que doenças como a sedentarismo, tabagismo e alcoolismo, comportam-se como fatores de riscos para outras doenças como HAS e Diabetes Mellitus e ainda levar a complicações graves que comprometem a mobilidade físicas ou pode até levar a morte, além de outros fatores que tem muita vinculação com incidência e prevalência de doenças crônicas não transmissíveis. Portanto, definiu-se que a abordagem dos problemas levará em conta aspectos multifatoriais que predisõem aos pacientes a desenvolver essas doenças e suas complicações.

#### ➤ **Descrição do problema selecionado**

Uma vez feita a seleção do problema, foi realizada uma descrição deste para melhor compreender a incidência, prevalências e complicações decorrentes da HAS, assim permitirá a equipe de saúde fazer uma análise da magnitude do problema além de possibilita uma preparação mais adequada da equipe sobre o tema a ser desenvolvido pela equipe em intervenção direta com a comunidade conforme preconizado nos princípios da medicina da família e comunidade que são: a promoção, prevenção, tratamento e reabilitação de nossos pacientes.

Constata-se que a HAS atinge aproximadamente 45-50% dos usuários atendidos na UBS Botafogo, atingindo prioritariamente as faixas etárias compreendidas entre 25 a 65 anos, não tem preferência de sexo, atinge indistintamente homens e mulheres. A grande maioria da população tem ao menos um fator de risco para o desenvolvimento da patologia e suas complicações, exigindo alto interesse da equipe, secretarias de saúde e governo para uma diminuição, controle e redução de fatores de riscos reduzindo gastos com insumos médicos e melhorando o perfil epidemiológico local.

➤ **Explicação do problema.**

A hipertensão arterial é uma doença que comporta - se também como fator de risco para outras doenças como as cardiovasculares e do sistema nervoso central que causam AVC. Hoje o modelo econômico imperante no mundo influencia na precarização do trabalho, no aumento de privatizações, o que interfere sobre os meios de produção com principal objetivo no lucro, e de relações pouco centradas nos sujeitos. A força que adquire a cada dia o modelo econômico capitalista, possibilita influenciar em outros setores determinantes a exemplo da política, da cultura, do ambiente, dos fatores socioeconômicos, corroborando para a divisão de classes cada vez mais acentuada, promovendo a concentração da riqueza na mão de poucos e ampliando o universo dos menos favorecidos. Este desequilíbrio favorece o aumento do adoecimento da população. Logo, toda população que não possui desenvolvimento econômico favorável, ou que seja muito precário, possui probabilidade de se expor a riscos e desenvolver doenças que comprometem de forma crônica sua saúde. A precarização das políticas públicas reflete na ausência de proteção dos direitos de todo cidadão a uma atenção de qualidade baseada na promoção, prevenção, tratamento e reabilitação de suas doenças.

**Seleção dos não críticos.**

Identificamos os seguintes “nós críticos” relacionados ao problema HAS:

- 1- Baixo nível cultural e de conhecimento sobre os fatores de risco para a HAS.
- 2- Hábitos e estilos de vida
- 3- Organização do processo de trabalho da equipe de saúde.

**Quadro 4 – Operações sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema “HAS”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Botafogo, em Coruripe, Alagoas.**

<b>Nó crítico 1</b>	Baixo nível cultural e de conhecimento sobre os fatores de risco para a HAS
<b>Projeto</b>	Aprendamos a cuidar de nossa saúde.
<b>Resultados esperados</b>	Que o 90% da população consiga conhecer mais sobre doenças que sofrem, seus fatores de riscos e exercitar o autocuidado.
<b>Produtos esperados</b>	Programas educativos de promoção e prevenção para a população implantados. População com autonomia para tomar decisões sobre sua saúde.
<b>Atores sociais/ responsabilidades</b>	Equipe de saúde da ESF e do NASF – identificar, mobilizar, sensibilizar a população para participar de programas educativos e aderir ao tratamento quando necessário.
<b>Recursos necessários</b>	<b>Estrutural:</b> Organizar agenda de trabalho, envolver a equipe nas ações educativas <b>Cognitivo:</b> Ampliar os conhecimentos da equipe sobre o tema e sobre o uso de metodologias ativas para o desenvolvimento de uma abordagem que tenha significado para os usuários do serviço. <b>Financeiro:</b> Garantir a aquisição de recursos audiovisuais, panfletos e folhetos educativos <b>Político:</b> Fortalecer o vínculo intersetorial, com articulação entre os setores da saúde, educação, assistência social para mobilizar a comunidade, garantir espaços físicos destinados as ações educativas.
<b>Recursos críticos</b>	Político: conseguir o local, mobilização social. Cognitivo: desenvolver ações intersetoriais, incluindo a rede de ensino. Financeiro: para aquisição de recursos áudio visuais, folhetos educativos e lanches para a população durante as atividades grupais.
<b>Controle dos recursos críticos / Viabilidade</b>	Ator que controla: Setor de educação, Secretaria de saúde, Setor de comunicação. (Rádio e televisão.) Motivação: Favorável.
<b>Ação estratégica de motivação</b>	Não é necessário
<b>Responsáveis:</b>	A equipe de saúde ESF e NASF.
<b>Cronograma / Prazo</b>	Início em 1 mês, término em dezembro/16.
<b>Gestão, acompanhamento e avaliação</b>	A equipe de saúde fará a gestão do projeto incluindo a avaliação de processo e avaliação final observando a alteração nos indicadores de saúde da área adscrita. Solicitará apoio a Secretaria de Saúde e de Educação Municipal para viabilizar a proposta.

**Quadro 5 – Operações sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema “HAS”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Botafogo, em Coruripe, Alagoas.**

<b>Nó crítico 2</b>	Hábitos e estilos de vida
<b>Projeto</b>	<b>Cuidando de minha saúde e amando meu corpo.</b>
<b>Resultados esperados</b>	90% da população sensibilizada e adotando hábitos e estilo de vida saudáveis. Adesão da população as ações propostas pela equipe de saúde.
<b>Produtos esperados</b>	Divulgar o programa educativos para a população por todos os meios de comunicação do município. Hipertensos aderindo ao programa de prevenção e ao tratamento
<b>Atores sociais/ responsabilidades</b>	A equipe multiprofissional deverá organizar busca ativa nas micro áreas de abrangência.
<b>Recursos necessários</b>	Organizacional: organizar as atividades físicas e educativas. Cognitivo: ampliar informação da equipe sobre o tema. Político: conseguir o local, mobilização social. Mobilização intersetorial com a rede de ensino. Financeiro: aquisição de recursos audiovisuais, folhetos educativos, jogos e material didático em geral.
<b>Recursos críticos</b>	Político: articulação Intersetorial e mobilização social. Recursos humanos: pessoal da saúde e da educação capacitados. Financeiro: Aquisição de recursos audiovisuais, folhetos educativos e lanches para a população durante as atividades grupais.
<b>Controle dos recursos críticos / Viabilidade</b>	Ator que controla: Secretarias de saúde, esportes e educação. Motivação: Favorável
<b>Ação estratégica de motivação</b>	Apresentar o projeto com detalhamento dos recursos materiais e financeiros para ações educativas e atividades físicas.
<b>Responsáveis:</b>	Médico, Enfermeira, NASF e professor de educação física da Secretaria de esportes, gestores de saúde e coordenador da atenção básica.
<b>Cronograma / Prazo</b>	Em 6 meses e termino em 12 meses. .
<b>Gestão, acompanhamento e avaliação</b>	Gestão da equipe da ESF e NASF com o apoio das secretarias de Saúde, Educação e Esportes, avaliação ao término de 12 meses.

**Quadro 6 – Operações sobre o “nó crítico 3” relacionado ao problema “HAS”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Botafogo, em Coruripe, Alagoas.**

<b>Nó crítico 3</b>	Organização do processo de trabalho da equipe de saúde
<b>Projeto</b>	<b>Educação Permanente</b>
<b>Resultados esperados</b>	Discutir com a equipe e organizar o processo de trabalho. Estabelecer o sistema de cuidado para risco de HAS.
<b>Produtos esperados</b>	Sistema de cuidado para risco de HAS implantado. Protocolos implantados. Recursos humanos capacitados. Cobertura de 90% da população com risco de HAS. Equipe consciente e comprometida com a resolução dos problemas de saúde da comunidade. Cooperação de toda equipe.
<b>Atores sociais/ responsabilidades</b>	Médico, gestores de saúde e coordenador da atenção básica/ motivar, apoiar e realizar processos de educação permanente em saúde junto a equipe.
<b>Recursos necessários</b>	<b>Estrutural:</b> Organização do processo de trabalho contemplando o tempo necessário para ações de educação permanente em saúde. <b>Cognitivo:</b> Conhecimento de toda a equipe de saúde sobre os pacientes com HAS, sobre os fatores de risco e as possibilidades de enfrentamento, incorporação no cotidiano dos usuários das informações disponibilizadas durante o trabalho educativo. <b>Financeiro:</b> Compra de insumos para a realização de dinâmicas em grupo, <b>Político:</b> Priorizar educação permanente como dispositivo de qualificação das práticas de atenção à saúde.
<b>Recursos críticos</b>	Estrutural, financeiro e político, disponibilização de recursos humanos especializados assim como aquisição de espaço e recursos audiovisuais.
<b>Controle dos recursos críticos / Viabilidade</b>	Ator que controla: Secretaria de saúde Motivação: Favorável.
<b>Ação estratégica de motivação</b>	Implantar o projeto de intervenção desenvolvido no curso de Especialização em Saúde da Família envolvendo todos os atores da ESF, NASF, comunidade e profissionais da educação e do esporte.
<b>Responsáveis:</b>	Médico, gestores de saúde e coordenador da atenção básica.
<b>Cronograma / Prazo</b>	Início em três meses e termino em dozes meses.
<b>Gestão, acompanhamento e avaliação.</b>	A equipe de saúde é responsável pela gestão, acompanhamento e avaliação do projeto de intervenção podendo sugerir modificações durante o processo que possam contribuir para o alcance dos objetivos com foco na melhoria da qualidade de saúde da população.

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Como todo projeto de intervenção na comunidade, pretende-se com sua realização cumprir com os princípios básicos ou diretrizes da ESF com foco na promoção, prevenção, tratamento e reabilitação da saúde, priorizando os sujeitos cadastrados na área adscrita da UBS Botafogo.

Intervir com ações educativas voltadas tanto para a comunidade como para os trabalhadores de saúde e parceiros que fazem interface com o setor saúde é estratégia prioritária para estimular na comunidade, como também na equipe multiprofissional a adesão a mudanças relacionadas a hábitos alimentares e estilos de vidas que favoreçam a saúde. Nesta perspectiva, é coerente incentivar práticas de exercícios físicos para manter ou atingir níveis pressóricos desejáveis, assim como uma dieta adequada a realidade da população, mas que contribua para reduzir a incidência e prevalência de doenças crônicas não transmissíveis.

A proposta apresentada convoca aos trabalhadores da saúde a se implicarem com um trabalho em equipe que se proponha contínuo, voltado para a promoção e prevenção de saúde, que requer intersetorialidade em prol da melhoria da qualidade de saúde da população. A sua execução contribuirá para elevar o nível de conhecimento da população sobre fatores de risco, complicações, prevenção, promoção e tratamento de doenças crônicas não transmissíveis, reduzir incidência e controlar a prevalência de HAS na área de abrangência da ESF Botafogo, envolver trabalhadores, usuários, gestores de saúde, educação, assistência social, esporte e lazer num trabalho educativo sistemático, além de contribuir para reduzir o gasto com tratamento de doenças crônicas não transmissíveis.

## REFERENCIAS

BORGES, F. Z. *et al.* Síndrome de Cushing subclínica relacionada à hipertensão arterial secundária e tireoidite autoimune. Relato de caso. **Revista Brasileira de Clínica Médica**. São Paulo, 2012 jul-ago;10(4):361-6. Disponível em: <<http://files.bvs.br/upload/S/1679-1010/2012/v10n4/a3030.pdf>> . Acesso em 18/05/2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Acolhimento à demanda espontânea: queixas mais comuns na Atenção Básica / **Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica**. – 1. ed.; 1. reimp. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 290 p.: il. – (Cadernos de Atenção Básica n. 28, Volume II). Disponível em <[http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos\\_ab/caderno\\_28.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/caderno_28.pdf)> . Acesso em 17/05/2016.

EBAID, M.; AFIUNE, J.Y. Coarctação de Aorta. Do Diagnóstico Simples às Complicações Imprevisíveis. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia** volume 71, (nº 5), São Paulo, 1998. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/abc/v71n5/a01v71n5.pdf>>. Acesso em 10/05/2016.

IBGE Cidades. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Disponível em <http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=270230&search=alagoas|c|oruripe|infograficos:-informacoes-completas> Acesso em 20/05/2016.

KATER, C. E. Hiperaldosteronismo Primário. **Arquivos Brasileiros Endocrinologia Metabólica** vol 46 nº 1. São Paulo, Fevereiro 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/abem/v46n1/a15v46n1.pdf>> Acesso em 11/05/2016.

MALACHIAS, M. V. B. Feocromocitoma – diagnóstico e tratamento. **Revista Brasileira de Hipertensão** 9: 160-164, 2002. Disponível em: <<http://departamentos.cardiol.br/dha/revista/9-2/feocromocitoma.pdf>>. Acesso em 12/05/2016.

PRAXEDES, J. N. Hipertensão renovascular: epidemiologia e diagnóstico. **Revista Brasileira de Hipertensão** vol 9 (2): abril/junho de 2002. Disponível em: <<http://departamentos.cardiol.br/dha/revista/9-2/hipertensao1.pdf>> Acesso em 12/05/2016.

RABETTI, Aparecida de Cássia; FREITAS, Sérgio Fernando Torres de. Avaliação das ações em hipertensão arterial sistêmica na atenção básica. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 45, n. 2, p. 258-268, abr. 2011 . Disponível em <[http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102011000200004&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102011000200004&lng=pt&nrm=iso)>. Acessos em 30/05/2016. Epub 18-Fev-2011.

SILVA, A.T.C. *et al.* Núcleos de Apoio à Saúde da Família: desafios e potencialidades na visão dos profissionais da Atenção Primária do Município de São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 28(11):2076-2084, nov, 2012 Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v28n11/07.pdf>>. Acesso em 30/05/2016.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA / SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO / SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia** 2010; 95 (1 supl.1): 1-51. Disponível em: <[http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2010/Diretriz\\_hipertensao\\_associados.pdf](http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2010/Diretriz_hipertensao_associados.pdf)>. Acesso em: 12/05/2016.