

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO GESTÃO DO CUIDADO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

BRENNO MOURA DE BRITO

**INTERVENÇÃO SOBRE OS ALTOS NÍVEIS DE PRESSÃO ARTERIAL
NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA MARIA DAS DORES DE
PAULA, NO MUNICÍPIO DE SENA MADUREIRA, ESTADO DO ACRE**

RIO BRANCO - ACRE

2019

BRENNO MOURA DE BRITO

**INTERVENÇÃO SOBRE OS ALTOS NÍVEIS DE PRESSÃO ARTERIAL
NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA MARIA DAS DORES DE
PAULA, NO MUNICÍPIO DE SENA MADUREIRA, ESTADO DO 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: Virgiane Barbosa de Lima

RIO BRANCO - ACRE

2019

BRENNO MOURA DE BRITO

**INTERVENÇÃO SOBRE OS ALTOS NÍVEIS DE PRESSÃO ARTERIAL
NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA MARIA DAS DORES DE
PAULA, NO MUNICÍPIO DE SENA MADUREIRA, ESTADO DO ACRE**

Banca examinadora

Professor (a). Nome – Virgiane Barbosa de Lima(Orientadora)

Professora– Maria Dolôres soares Madureira - UFMG

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

RESUMO

Sena Madureira é um município de 45.177 habitantes e está situado no Acre. Este trabalho foi proposto para a equipe de saúde Maria das Dores de Paula, que é responsável por 2960 usuários onde há um número significativo de portadores de hipertensão arterial sistêmica e que não aderem ao tratamento da doença, ou encontram dificuldades de reduzir os níveis pressóricos. Os usuários buscam atendimento estando descompensados quanto aos níveis de pressão arterial, demonstrando falta de adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico. Neste caso descrevem estilos de vida incompatíveis com quem está vivendo com a hipertensão. Esta intervenção foi proposta para melhorar o vínculo entre equipe e usuários, modificando seu processo de trabalho, estimulando a transformação de hábitos necessários para conviver com o problema. Realizou-se o diagnóstico situacional, o qual evidenciou os principais problemas enfrentados pela equipe de saúde para planejar ações pelo método de Planejamento Estratégico Situacional. As informações para esta intervenção foram coletadas nos prontuários, registros da equipe, consulta médica e de enfermagem, convívio com os pacientes durante as visitas domiciliares e observação ativa da área de abrangência. A bibliografia utilizada foi consultada em trabalhos científicos disponíveis nas bases de dados da Biblioteca Virtual em Saúde, PUBMED, Biblioteca Virtual do Núcleo de Educação em Saúde Coletiva e no SciELO. Na construção do diagnóstico situacional foi utilizado o método da Estimativa Rápida Participativa e durante a proposta do plano de ação identificou-se os nós críticos, que envolvem o problema selecionado e a necessidade da realização deste projeto com apoio e participação da equipe multidisciplinar, realizando modificações pertinentes na rotina do trabalho da equipe. Espera-se que a equipe consiga orientar e prevenir doenças através de ações preventivas, melhorando os níveis pressóricos dos hipertensos, melhorando efetivamente sua qualidade de vida.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde. Hipertensão. Prevenção.

ABSTRACT

Sena Madureira is a municipality of 45,177 inhabitants and is situated in Acre. This work was proposed for the Maria das Dores de Paula health team, which is responsible for 2960 users where there are a significant number of patients with systemic arterial hypertension who do not adhere to the treatment of the disease, or who find difficulties in reducing blood pressure levels. The users seek care being unbalanced regarding blood pressure levels, demonstrating lack of adherence to pharmacological and non-pharmacological treatment. In this case they describe lifestyles that are incompatible with those who are living with hypertension. This intervention was proposed to improve the link between team and users, modifying their work process, stimulating the transformation of habits necessary to live with the problem. The situational diagnosis was made, which showed the main problems faced by the health team to plan actions using the Strategic Situational Planning method. The information for this intervention was collected in the medical records, team records, medical and nursing consultation, socializing with the patients during home visits and active observation of the area of coverage. The bibliography used was consulted in scientific works available in the databases of the Virtual Health Library, PUBMED, Virtual Library of the Nucleus of Education in Public Health and in SciELO. In the construction of the situational diagnosis, the Participatory Rapid Estimate method was used and during the proposal of the action plan the critical nodes were identified, involving the selected problem and the need to carry out this project with support and participation of the multidisciplinary team, making modifications in the routine of the team's work. It is hoped that the team will be able to guide and prevent diseases through preventive actions, improving the pressure levels of hypertensive patients, effectively improving their quality of life.

Key words: Primary Health Care. Hypertension. Prevention.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABS	Atenção Básica à Saúde
ACS	Agentes Comunitários de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
DM	Diabetes mellitus (<i>Diabetes mellitus</i>)
ESF	Estratégia Saúde da Família
eSF	Equipe de Saúde da Família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MS	Ministério da Saúde
PSF	Programa Saúde da Família
UBS	Unidade Básica de Saúde
PPB	Programa de Pesquisa em Biodiversidade
CENBAM	Centro de Estudos Integrados da Biodiversidade da Amazônia

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

**Quadro 1- Classificação de prioridade para os problemas identificados no território da equipe de Saúde Maria das Dores de Paula, Unidade Básica de Saúde Maria das Dores de Paula, município de Sena Madureira, estado do Acre
16**

Quadro 2 – Operações sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema “Alto descontrole dos níveis pressóricos entre usuários portadores de hipertensão, sob responsabilidade da Equipe Maria das Dores de Paula no município de Sena Madureira /AC.....27

Quadro 3 – Operações sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema “Alto descontrole dos níveis pressóricos entre usuários portadores de hipertensão, sob responsabilidade da Equipe Maria das Dores de Paula no município de Sena Madureira /AC.....29

Quadro 4 – Operações sobre o “nó crítico 3” relacionado ao problema “Alto descontrole dos níveis pressóricos entre usuários portadores de hipertensão, sob responsabilidade da Equipe Maria das Dores de Paula no município de Sena Madureira /AC.....30

Quadro 5 – Operações sobre o “nó crítico 4” relacionado ao problema “Alto descontrole dos níveis pressóricos entre usuários portadores de hipertensão, sob responsabilidade da Equipe Maria das Dores de Paula no município de Sena Madureira /AC.....31

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	09
1.1 Aspectos gerais do município	09
1.2 Aspectos da comunidade	10
1.3 O sistema municipal de saúde	10
1.4 A Unidade Básica de Saúde Maria das Dores de Paula	11
1.5 A Equipe de Saúde da Família Maria das Dores de Paula, da Unidade Básica de Saúde Maria das Dores de Paula	11
1.6 O funcionamento da Unidade de Saúde da Equipe Maria das Dores de Paula	11
1.7 O dia a dia da equipe Maria das Dores de Paula	12
1.8 Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade	13
1.9 Priorização dos problemas – a seleção do problema para plano de intervenção	14
2 JUSTIFICATIVA	16
3 OBJETIVO	17
4 METODOLOGIA	18
5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	19
6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO	24
6.1 Descrição do problema selecionado	24
6.2 Explicação do problema	24
6.3 Seleção dos nós críticos	25
6.4 Desenho das operações	25
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	31
REFERÊNCIAS	32

1 INTRODUÇÃO

1.1 Aspectos gerais do município de Sena Madureira

Sena Madureira é um município brasileiro do estado do Acre, cuja população estimada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) para o ano de 2018, era de 45.177 habitantes (IBGE, 2017).

Ainda conforme o IBGE (2017), historicamente, a origem da localidade está ligada à exploração de seringais da região aproximadamente no ano de 1861, mas o povoado intensificou em 1878, com a o estabelecimento de novos nordestinos, que abandonaram a seca, incrementando o trabalho no local. Posteriormente, no ano de 1904, o território do Acre foi organizado em 03 Departamentos autônomos, onde o Departamento do Alto Purus foi elevado à categoria de vila com a denominação de Sena Madureira no ano de 1912 e passou a ser constituído de 5 distritos: Sena Madureira, São Bento, Iracoma, Granja e Mercês.

Segundo o Guia das Artes (2019), o município pertence ao Parque Estadual Chandless, que conforme o Programa de Pesquisa em Biodiversidade (PPB) do Centro de Estudos Integrados da Biodiversidade da Amazônia (CENBAM) e do site Guia das artes, que abrange os municípios de Manuel Urbano, Sena Madureira e Santa Rosa do Purus. O parque é uma unidade de conservação de proteção integral, com preservação da natureza, sendo que este nome faz referência ao rio Chandless, que drena a Unidade no sentido sudoeste nordeste e nasce no Peru.

O território do Acre pertenceu à Bolívia e ao Peru e aos poucos foi ocupado por brasileiros, havendo embates com os primeiros devido a cobrança de impostos pela extração da borracha tendo sido fundada a cidade de Puerto Alonso. Quando tomada por brasileiros, a cidade passou a se chamar Porto Acre sendo que os conflitos entre bolivianos e brasileiros somente se deram com a assinatura do Tratado de Petrópolis em 17 de novembro de 1903, quando o Brasil adquiriu o território do Acre. De outro lado, houve também embates dos limites com peruanos que foram expulsos das áreas ocupadas em setembro de 1903, finalizando em 8 de setembro de 1909, tendo sido nomeado pelo Presidente da República, um governante até o ano de 1962 (BACELAR, 2019).

O Acre foi elevado à categoria de estado pertencendo à região Norte pela Lei 4.070 em 15 de junho de 1962 pelo então presidente João Goulart. Atualmente o estado faz limites com Peru, Bolívia, Amazonas e Rondônia, ocupando 164.123,737 Km² de extensão onde estão distribuídos vinte e dois municípios (IBGE, 2017).

1.2 Aspectos da comunidade

O município de Sena Madureira, ainda de acordo com o IBGE (2017), localiza-se a 125km de Rio Branco, capital do Acre sendo também conhecida como terra do mandim (PREFEITURA MUNICIPAL DE SENA MADUREIRA, 2019). Pertencendo à mesorregião do Vale do Acre e microrregião de Sena Madureira, o município faz limites com o Amazonas, Assis Brasil, Bujari, Rio Branco, Xapuri, Brasiléia, Manoel Urbano e Peru. Os Sena-madureirenses possuem costumes religiosos, predominando os fiéis da igreja católica, seguido dos evangélicos, possuindo uma população relativamente jovem. Estes sobrevivem do trabalho na agricultura, pecuária, extração de madeira, castanha e borracha, sendo que os dois primeiros são atualmente as atividades mais comuns. Parte significativa da população de Sena Madureira trabalha no serviço público, comércio e pequenas indústrias. Sua população dispõe de supermercados, Mercearia, hotéis como Rio Sena, Avenida Central, Gregórios Plaza Hotel, o que também refletiu de maneira considerável na geração de postos de trabalho (IBGE, 2017).

1.3 O sistema municipal de saúde de Sena Madureira

Cerca de 90% dos Sena-madureirenses, são dependentes do sistema municipal de saúde, e dos serviços de média e alta complexidade ofertados em Rio Branco, capital do estado, sempre que necessário o encaminhamento dos pacientes. Na cidade existe um hospital para atendimentos de serviços de urgência e emergência, cuidado ambulatorial e hospitalar, embora os recursos e a estrutura se encontrem escassos. Para cuidados em atenção primária à Saúde existem quinze Unidades Básicas de Saúde (UBS), que abrigam dezoito equipes de saúde da família (Esf) que prestam serviços em atenção primária, cuja gestão é realizada através da secretaria municipal de saúde e com recursos do Sistema Único de Saúde (SUS).

Para apoiar o diagnóstico, em Sena Madureira, existe um laboratório de análises clínicas e na terapia medicamentosa uma farmácia municipal. Para a manutenção dos serviços de urgência e emergência, o município mantém o transporte em saúde através de uma equipe do Serviço e Atendimento Móvel de Urgência (SAMU).

O município possui uma unidade do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) I, e o mesmo auxilia a equipe no atendimento e acompanhamento de pacientes que possuem algum transtorno psiquiátrico grave. Outro recurso é o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF)

que atua na própria UBS, onde os mesmos contribuem com a avaliação e atendimento de pacientes, palestras ou visitas domiciliares.

1.4 A Unidade Básica de Saúde Maria das Dores de Paula

Este trabalho se refere à UBS Maria das Dores de Paula, localizada na Rua Cunha Vasconcelos, no bairro do Bosque em Sena Madureira, Acre, onde a mesma funciona de 7:00 às 12:00 e de 14:00 às 17:00. Sua estrutura física é constituída de dois consultórios médicos, um de enfermagem, um de odontologia, além de uma recepção, sala de reuniões, brinquedoteca, cozinha, banheiros exclusivos para funcionários e usuários. No ano de 2017 a UBS passou por uma pequena reforma em sua estrutura física, porém manteve a mesma estrutura.

O bairro do Bosque está localizado próximo ao centro de Sena Madureira e observando o mesmo, verificou-se que se trata de um bairro, cuja população possui renda consideravelmente variada, vivendo ali os empresários da cidade e também famílias de baixa renda, porém, morando nas bordas do bairro. A estrutura de saneamento básico é precária principalmente devido à presença de esgoto a céu aberto, onde seu despejo ocorre no Rio IACO. A comunidade conta com uma única UBS em seu território, abrigando uma eSF e uma equipe de Saúde Bucal. No território verificou-se ainda a presença de escolas e creches municipais, uma academia popular a céu aberto, e uma praça onde existem quadras de esportes.

1.5 A Equipe de Saúde da Família Maria das Dores de Paula

A Equipe de Saúde da Família Maria das Dores de Paula trabalha na Unidade Básica de Saúde Maria das Dores de Paula e é composta por um médico, um cirurgião dentista, um auxiliar de saúde bucal, um enfermeiro, um técnico de enfermagem, um recepcionista e cinco Agentes Comunitários de Saúde (ACS), sendo que, um deles encontra-se afastado devido a problemas psiquiátricos. Estes profissionais, prestam serviços básicos em saúde para 2960 usuários cadastradas distribuídas em 5 micro áreas, sendo que na unidade são atendidos usuários somente da zona urbana, com fácil acesso à unidade, que é adaptada ao atendimento de pessoas com deficiência. Por outro lado, observando o território da equipe, verificou-se a fragilidade do saneamento básico, demonstrado pela presença de famílias que vivem em áreas

com risco de desabamento, esgoto a céu aberto e de animais soltos pelas ruas do bairro, alguns deles em situação de maus tratos.

1.6 O funcionamento da Unidade de Saúde da Equipe Maria das Dores de Paula

Os profissionais da eSF Maria das Dores de Paula ocupam seu tempo diariamente e praticamente na UBS, no atendimento da demanda espontânea, pois, a maioria dos usuários ainda procuram a consulta médica para a solução dos problemas. Em contrapartida, a equipe já vem oferecendo programas de prevenção organizados e com agendamento prévio como o de saúde do homem, puericultura, pré-natal, prevenção de câncer do colo do útero (saúde da mulher), saúde bucal e visitas domiciliares e tem observado a baixa adesão da população aos mesmos. O trabalho com HIPERDIA vem sofrendo resistência dos usuários, pois, os mesmos não estão acostumados com o agendamento prévio e reuniões, sendo este um dos fatores dificultadores do processo de trabalho da equipe.

1.7 O dia a dia da equipe Maria das Dores de Paula

O trabalho diário da equipe acaba sendo alterado por fatores que interferem de forma positiva ou não no processo de trabalho, assim, podem ser citados alguns fatores dificultadores e facilitadores enfrentados pelos profissionais da equipe Maria das Dores de Paula. No primeiro caso, podem ser citadas: a dificuldade na triagem, que é realizada pelo técnico de enfermagem, o qual enfrenta verdadeira sobrecarga; o desvio da função de um de um ACS, que, quando presente na UBS auxilia o técnico de enfermagem, pelo fato de este também possuir curso em técnico de enfermagem; a falta do prontuário eletrônico; a grande demanda de atendimentos da atenção secundária e terciária, sendo que os pacientes são referenciados para Rio Branco através de ajuda de custo para transporte e hospedagem que é o Tratamento Fora de Domicílio (TFD); o encaminhamento feito pelo médico para outro grau de complexidade, coordenado pela Secretaria Municipal de Saúde, onde o médico não possui acesso ao sistema de agendamentos; a falta de contrareferência na maioria das ocasiões; a demora relativa para a consulta com algumas especialidades, podendo ocorrer uma espera de mais de dois anos (ortopedia); no que se refere ao trabalho da equipe, a mesma ainda se perde com a desorganização das ações, burocracia excessiva e relativa falta de companheirismo ou mesmo falta da devida valorização profissional.

De outro lado, estão os fatores que facilitam o processo de trabalho, que são marcados pelo apoio prestado pelos profissionais do NASF e CAPS, sendo que os casos leves

e moderados são manejados na própria UBS e encaminham para o CAPS os casos que demandam cuidados diferenciados. Outra situação considerada ponto facilitador, é que no caso de necessidade de acompanhamento por alguma especialidade, o médico encaminha através do preenchimento de formulários de referência, para demais complexidades em Rio Branco embora a agenda seja na própria secretaria de saúde.

Contribuindo ainda com o processo de trabalho, podem ser considerados os exames auxiliares do diagnóstico, que são coletados na UBS e encaminhados para outro laboratório no município, cujos resultados retornam na mesma semana; os grupos operativos com suas reuniões semanais, em dias específicos com adequação da agenda, onde a equipe da UBS acompanha esses grupos que são :grupo de pacientes portadores de hipertensão, tabagismo e depressão; as visitas domiciliares semanais de acordo com a agenda semanal da UBS, envolvendo o médico, enfermeiro, além das visitas do ACS; a união da equipe permite a realização de ações de prevenção com frequência, com reuniões frequentes (única equipe do estado a alcançar as melhores notas do PMAC); o planejamento das ações; os primeiros atendimentos na UBS de pacientes em situações urgentes e se necessário são encaminhados ao pronto socorro, com transporte realizado por veículo da própria secretaria exclusivo para essa função; o trabalho articulado dos ACS a equipe de técnicos, enfermeiro, médico e dentista.

1.8 Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade Unidade básica de saúde Maria das Dores de Paula

Através do método da estimativa rápida, a eSF Maria das Dores de Paula, utilizando informações contidas em seus registros, pela observação ativa do território, análise dos prontuários, comportamento dos usuários nos grupos operativos, e entrevistas com informantes que vivem no território, foi realizado o diagnóstico situacional daquele território. O produto deste estudo, permitiu identificar diversos problemas no território sob responsabilidade dos profissionais da UBS Maria das Dores de Paula, que foram: hipertensão arterial, diabetes mellitus, sedentarismo, altos índices de pacientes com sobrepeso, alta incidência de hepatites virais, desemprego e saneamento básico precário. A hipertensão arterial e as outras doenças cardiovasculares, foram os maiores responsáveis pelos óbitos ocorridos no ano de 2017 em Sena Madureira e tão importante quanto esta causa, a equipe percebeu um número significativo de casos novos de Hepatites Virais B e C, notificados no ano de 2017.

Após discussões sobre o diagnóstico situacional realizado, a equipe concluiu que no momento, a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) necessita de maior atenção, dada a importância da redução da qualidade de vida de grande parte dos usuários que utilizam os serviços em saúde da equipe Maria das Dores de Paula em Sena Madureira. Além disso, observou-se que a equipe vem falhando na orientação aos pacientes hipertensos durante o contato dos mesmos com os serviços prestados, pois, os mesmos aparecem descompensados em novas consultas e com queixas semelhantes. As queixas, em alguns casos, somam-se aos exames clínicos alterados no que se refere às dislipidemias, estresse, sedentarismo, acometendo inclusive a população idosa. Em outras situações, a equipe observou que parte destes pacientes não aderem ao tratamento medicamentoso e nem pratica as medidas não farmacológicas bem como as orientações repassadas pelos profissionais da equipe e da equipe do NASF. Observou-se então, que boa parte da falta de adesão ao tratamento da hipertensão está diretamente ligada à falta de medicamentos na farmácia municipal, ou mesmo ao processo de trabalho inadequado da equipe.

Através da identificação dos problemas mais prevalentes na UBS Maria das Dores de Paula, buscou-se, a priorização dos problemas, onde foram usados critérios como importância, urgência e capacidade de enfrentamento de cada problema identificado.

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

Quadro 1- Classificação de prioridade para os problemas identificados no território da equipe de Saúde Maria das Dores de Paula, Unidade Básica de Saúde Maria das Dores de Paula, município de Sena Madureira, estado do Acre

Priorização dos problemas identificados no território da equipe de Saúde Maria das Dores de Paula, Unidade Básica de Saúde Maria das Dores de Paula, município de Sena Madureira, estado do Acre				
Principais Problemas	Importância*	Urgência**	Capacidade de Enfrentamento***	Seleção****
Hipertensão Arterial	Alta	7	Parcial	1
Diabetes Mellitus	Alta	6	Parcial	2
Alto índice de sedentarismo	Alta	5	Parcial	3
Grande número de pessoas com Sobrepeso	Alta	4	Parcial	4
Alta incidência de Hepatites Virais	Alta	3	Parcial	5
Desemprego	Alta	2	Fora	6
Saneamento Básico	Alta	1	Fora	7

insuficiente				
---------------------	--	--	--	--

Fonte: Próprio autor

*Alta, média ou baixa

** Total dos pontos distribuídos: 28

***Total, parcial ou fora

****Ordenado considerando os três itens

Com a priorização dos problemas seguindo os critérios descritos como importância, urgência e capacidade de enfrentamento, o problema que no momento possui maior urgência no seu enfrentamento foi a baixa adesão ao tratamento da hipertensão arterial sistêmica no território da equipe de Saúde Maria das Dores de Paula, da Unidade Básica de Saúde Maria das Dores de Paula, município de Sena Madureira, Acre.

2 JUSTIFICATIVA

A realização do diagnóstico situacional, utilizando o método da estimativa rápida, permitiu a identificação dos problemas em saúde, enfrentados no território da eSF Maria das Dores de Paula da Unidade Básica de Saúde Maria das Dores de Paula no município de Sena Madureira no estado do Acre.

O levantamento dos principais problemas vivenciados entre usuários do território da equipe e evidenciados no diagnóstico situacional permitiu que a equipe selecionasse a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), que é uma patologia que vem reduzindo a qualidade de vida da população acometida, podendo remeter a quadros incapacitantes, conforme observados nos registros da unidade. Além disso, a equipe observou a ineficácia das orientações e ações ofertadas aos pacientes hipertensos, havendo necessidade de readequações para que seja possível estimular a adesão aos tratamentos farmacológico e não farmacológico necessários para a estabilização da doença. A equipe de saúde também verificou que parte destes hipertensos, embora atendidos na UBS Maria das Dores de Paula, diagnosticados com hipertensão demonstram claramente a falta de adesão ao tratamento da hipertensão, se deve à ideia que o paciente ainda tem do modelo biomédico tradicional em detrimento das atividades preventivas como fundamental no processo de reabilitação associado à terapia medicamentosa.

De acordo com Radovanovic *et al.* (2014), a HAS é um importante fator de risco para complicações cardíacas e cerebrovasculares. No Brasil, a doença acomete 36 milhões de pessoas adultas e cerca de 70% da população idosa, estando de alguma forma relacionada à metade das mortes por doenças cardiovasculares. Quando associada ao diabetes mellitus, as complicações cardíacas, renais e acidentes vasculares encefálicos são responsáveis por perdas de produtividade no trabalho, renda familiar, entre outros (MALACHIAS *et al.*, 2016).

Na redução do problema, associado ao uso de medicamentos, desde a década de noventa, as terapias não farmacológicas envolvem a redução na utilização do Coreto de Sódio nos alimentos, fumo, redução do Stress, redução do peso e do sedentarismo utilizando a prática regular de exercícios físicos devidamente orientados (BAPTISTA *et al.*, 1997).

3 OBJETIVO

Elaborar uma proposta de intervenção visando o controle da hipertensão arterial sistêmica, através de medidas farmacológicas e não farmacológicas entre os usuários acometidos no território da equipe de saúde Maria das Dores de Paula, no município de Sena Madureira, estado do Acre.

4 METODOLOGIA

Esta proposta de intervenção foi realizada após a construção do diagnóstico situacional do território sob responsabilidade da eSF Maria das Dores de Paula, no município de Sena Madureira, estado do Acre. O diagnóstico foi construído utilizando o método da estimativa rápida, com posterior levantamento dos problemas mais frequentes observados na comunidade. Em seguida, através do método de Planejamento Estratégico Situacional (PES), foi elaborada uma proposta de intervenção para que a eSF Maria das Dores de Paula em Sena Madureira proporcione ferramentas de enfrentamento da hipertensão arterial sistêmica, associada a fatores de risco como sobrepeso, sedentarismo e tabagismo acometendo os usuários adscritos àquela equipe (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

Assim, para a construção do plano de ação, foi realizada a pesquisa bibliográfica para subsidiar as ações propostas, na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), sítios como o *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), LILACS (Literature of Latin America and the Caribbean), cadernos e manuais do Ministério da Saúde. Outras informações que foram necessárias foram buscadas nos registros e arquivos da Unidade Básica, fontes secundárias, entrevistas com informantes-chave que vivem na comunidade do Bosque em Sena Madureira, utilizando roteiros e a observação ativa da área, levando em conta a participação da própria população, quando se utilizou o método da Estimativa Rápida.

Os descritores de saúde utilizados no trabalho foram:

Atenção Primária à Saúde.

Hipertensão.

Prevenção.

5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

A Hipertensão Arterial “é definida como pressão arterial sistólica maior ou igual a 140 mmHg e uma pressão arterial diastólica maior ou igual a 90 mmHg, em indivíduos que não estão fazendo uso de medicação anti-hipertensiva” (BRASIL, 2006, p. 14).

De acordo com a VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão busca a manutenção da atualização dos profissionais de saúde. Conforme estas diretrizes, a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é uma condição clínica multifatorial em decorrência da elevação persistente dos níveis pressóricos. O quadro, está associado a alterações na estrutura ou funções dos órgãos-alvo e alterações metabólicas, responsáveis pelo aumento do risco de eventos cardiovasculares que podem ou não levar à morte. Para Rosário *et al.* (2009), esta síndrome também considera outros fatores como a obesidade, o aumento da resistência à insulina, diabete melito e dislipidemias, que devem ser levados em conta na estratificação do risco individual, antes de proceder o prognóstico e tratamento.

De acordo com Funder (2008) *apud* Sociedade Brasileira de Cardiologia (2010, p.1),

[...] A HAS tem alta prevalência e baixas taxas de controle, é considerada um dos principais fatores de risco (FR) modificáveis e um dos mais importantes problemas de saúde pública. 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.

Os autores Moura *et al.* (2015) e Silva (2016) concordam que a prevalência da hipertensão arterial sistêmica é crescente em países em desenvolvimento. Trata-se de uma doença assintomática, resultando em baixo controle, acometendo desde crianças até idosos, onde indivíduos na fase produtiva acabam interrompendo sua trajetória pela invalidez temporária ou por vezes até permanente, contribuindo com alterações socioeconômicas por interrupção da produção. Trata-se de um problema de saúde pública e embora altamente prevalente, são verificadas baixas taxas de controle, apesar de seus principais fatores de risco serem modificáveis. Estes fatores de risco estão relacionados à idade, a qual acomete pessoas adultas e idosas, à etnia, à obesidade, ao excesso de ingestão de sódio na dieta e de álcool, a fatores genéticos, ao sedentarismo e a fatores socioeconômicos. Já em relação aos fatores de

risco cardiovascular, geralmente, estes ocorrem de forma agregada, onde a predisposição genética e fatores ambientais associados tendem a contribuir com a frequência da doença em indivíduos com estilo de vida pouco saudável (BRANDÃO *et al.*, 2010).

[...] O estado de saúde de um indivíduo pode ser influenciado pelo meio em que vive, por suas relações sociais, bem como por suas condições sócio-econômico-culturais, sendo precisamente indicado por sinais fisiológicos, entre eles a pressão arterial, cuja aferição deve ser feita por profissionais de saúde treinados e em toda avaliação clínica (IV DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, 2002 *apud* CASTRO; ROLIM; MAURICIO, 2005, p. 185).

Conforme descrito anteriormente, na presença de fatores que contribuem para a elevação dos níveis pressóricos, para propor um controle eficaz da hipertensão, é necessário além do tratamento, o controle destes fatores de risco, aos quais os pacientes se encontram expostos (GIROTTO *et al.*, 2013).

De acordo com Santa-Helena; Nemes; Eluf Neto (2010, p.2389)

[...] O controle da HAS depende de medidas dietéticas e de estilo de vida (atividade física regular, combate ao tabagismo, controle do consumo de álcool) e, quando necessário, do uso regular de medicamentos. No entanto, estima-se que um terço das pessoas regularmente acompanhadas em serviços de saúde tem sua pressão arterial mantida em níveis.

Em decorrência da necessidade do controle da hipertensão arterial, a equipe de saúde envolvida deve procurar enfrentar a falta de adesão ao tratamento da mesma, estando comprovado que a baixa adesão à terapia anti-hipertensiva, está relacionada a baixa procura por serviços de saúde especializados (BARBOSA; LIMA, 2006 *apud* GIROTTO *et al.*, 2013).

A adesão ao tratamento “é a extensão pela qual o comportamento de uma pessoa reflete mudanças significativas no estilo de vida e está diretamente associada ao cumprimento de hábitos de vida saudáveis, conforme as recomendações feitas pelo provedor de cuidados da saúde” (DAL-FABBRO, 2005 *apud* BEZERRA; LOPES; BARROS, 2014, p. 551).

Por outro lado, Bezerra; Lopes; Barros (2014) consideram que a falta de adesão medicamentosa não depende somente da falta de ingerir o medicamento prescrito, e sim da forma de condução do tratamento, sendo influenciada por situações como, a vontade do indivíduo em mudar seus hábitos colaborando com o tratamento, comportamento, sentimentos, posicionamentos e efeitos psicológicos sobre o processo de adoecer e conviver com a doença. Os demais fatores relacionados ao tratamento da hipertensão arterial, interferindo na adesão ao tratamento e na qualidade de vida do paciente são: a falta de conhecimento sobre a doença, sua motivação para tratar uma doença crônica, baixo nível

socioeconômico, valores culturais, baixa de autoestima, relações ineficazes entre profissionais da equipe de saúde, dificuldades no acesso aos serviços de saúde e a consultas, custo dos medicamentos, efeitos adversos relacionados a medicamentos, fatores psicológicos e sociais. Já em relação a outros fatores, se destacam a idade avançada, hábitos como a obesidade, consumo de álcool, sedentarismo, dislipidemias, diabetes mellitus e alto teor de sódio na alimentação, o que também como responsáveis pelo aumento dos níveis pressóricos, sendo indispensável seu controle. Assim, o manejo para controle da hipertensão arterial envolve a dieta e prática de atividade física, especialmente entre grupos específicos, como os hipertensos e diabéticos, que sofrem com os danos causados pelo sedentarismo (GIROTTO *et al.*, 2013).

A VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010) considera as medidas não-medicamentosas, medidas medicamentosas e medidas de prevenção como ideais para favorecer o tratamento e controle da doença. No primeiro caso, estão as mudanças no estilo de vida recomendados como prevenção primária da doença, havendo redução da mortalidade por doença cardiovascular e hábitos de vida saudáveis desde a infância e adolescência, valorizando-se as características regionais, culturais, sociais e econômicas dos indivíduos. Assim, as medidas não-medicamentosas, as mais solicitadas na prevenção primária, são: a alimentação saudável, controle da ingestão de sódio, álcool e potássio, bem como redução do sedentarismo e tabagismo. Já para as medidas medicamentosas devem-se recomendar tratamento medicamentoso apenas em condições de risco cardiovascular global alto ou muito alto. As medidas de prevenção, devem ser implementadas pelos profissionais e gestores da área de saúde, responsáveis pela assistência à saúde da população na rede pública do Sistema Único de Saúde (SUS), considerando que a prevenção primária e o diagnóstico precoce são medidas capazes de evitar o desenvolvimento destas doenças.

O meio onde vive um indivíduo exerce influências sobre sua saúde, assim como suas relações sociais, condições sócio-econômico-culturais, o que é precisamente demonstrado nos sinais fisiológicos, e a pressão arterial é um destes sinais. A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma doença crônico-degenerativa e de alta prevalência no Brasil, atingindo adultos jovens e idosos; principalmente acidente vascular cerebral e infarto do miocárdio são agravos associados à HAS.

De controle desafiador para os profissionais, o tratamento da HAS exige a participação ativa do acometido pela doença, no sentido de modificar alguns hábitos de vida que são prejudiciais à saúde, praticando outros que a beneficiam. O diagnóstico é considerado

relativamente fácil pelos profissionais, onde também se observa grande diversidade terapêutica eficaz para seu controle. Já a decisão terapêutica, deve ser baseada no nível e variação da pressão arterial, os quais são bastante influenciados por fatores genéticos associados a fatores ambientais (CASTRO; ROLIM; MAURÍCIO, 2005). Ainda para os autores,

[...] Entre as mudanças que devem ocorrer na vida de um hipertenso, estão a redução do peso corporal, a dieta hipossódica e balanceada, o aumento da ingestão de frutas e verduras, a redução de bebidas alcoólicas, a realização de exercícios físicos, a cessação/atenuação do tabagismo e a substituição da gordura saturada por poli-insaturados e monoinsaturados. Sendo esses hábitos implementados, pode ser dispensada a terapia farmacológica ou a dose ou quantidade de drogas pode ser reduzida (HARBRON (2002) *apud* CASTRO; ROLIM; MAURÍCIO, 2005, p. 185)

Para Piccini *et al.* (2012, p.545), “a capacitação e sensibilização dos profissionais da atenção primária em saúde ampliam a adoção de práticas como orientação sobre fatores de risco e avaliação de órgãos-alvo da HAS, variáveis consideradas como qualificadoras do cuidado”.

A Atenção Primária à Saúde (APS) utiliza de estratégias para controle da HAS. Estratégias educativas permitem estimular transformações de hábitos e estilo de vida reduzindo os fatores de risco cardiovascular; estas estratégias vêm sendo analisadas, principalmente sua importância, efetividade e suas limitações no tratamento. De qualquer forma, já é possível observar resultados como a redução da pressão arterial, a diminuição do peso corporal e da circunferência da cintura, melhora do perfil lipídico e da glicose sanguínea, mudanças favoráveis no consumo alimentar habitual e aumento do conhecimento sobre o processo saúde-doença-cuidado (RIBEIRO; RIBEIRO; DIAS, 2011; TOBE, 2014; ALVAREZ; ZANELLA, 2009 *apud* MACHADO *et al.*, 2016).

Para Reis e Glashan (2001) *apud* Castro, Rolim; Maurício (2005, p.185),

[...] Dentro desse contexto, é de suma importância que o profissional de saúde, ao abordar um hipertenso, atente às percepções do paciente para que este venha a conhecer a sua doença, a desenvolver a auto responsabilidade, a assumir seu papel ativo, a modificar seus comportamentos em relação à saúde e a manter sentimentos positivos.

Os profissionais de saúde devem detectar os motivos dos hipertensos não aderirem ao tratamento para melhor investigar seu impacto nos desfechos clínicos, a eficácia das ações propostas que atendam as reais necessidades população acometida (GEWEHR *et al.*, 2018). “A organização do sistema de saúde a partir da atenção primária à saúde (APS) é uma formulação típica do Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro, refinada com a implantação da Estratégia Saúde da Família (ESF)” (PAES *et al.*, 2014, p. 87).

A proposta da Atenção Primária à Saúde (APS), que anteriormente foi denominada “atenção básica à saúde” teve o objetivo de construir um sistema público universal evitando uma atenção primária seletiva que era comum na época. A APS contempla os três componentes essenciais conhecidos como o acesso universal e primeiro ponto de contato do sistema de saúde com o indivíduo; indissociabilidade da saúde do desenvolvimento econômico-social, reconhecendo-se os determinantes sociais; e participação social. A APS teve sua origem no Programa Saúde da Família (PSF) que visa a universalidade, acesso universal, com equidade conforme necessidades, sem observar a renda, oferecendo serviços em saúde (GIOVANELLA, 2018).

[...] A Atenção Primária à Saúde é definida como o primeiro nível de assistência dentro do sistema de saúde, caracterizando-se, principalmente, pela continuidade e integralidade da atenção, além da coordenação da assistência dentro do próprio sistema, da atenção centrada na família, da orientação e participação comunitária e da competência cultural dos profissionais (STARFIELD, 2002 *apud* SILVA *et al.*, 2014, p. 4408).

A Estratégia Saúde da Família (ESF) foi criada em 1994 pelo Ministério da Saúde no Brasil visando a expansão da APS e reorientação do SUS. O financiamento da ESF passou a ser crescente de acordo com o número de equipes implantadas associado às várias iniciativas de avaliação da ESF desenvolvidas no Brasil. O trabalho das ESF tem impacto positivo quando comparado a outros serviços da APS, considerando a satisfação do usuário dos serviços da APS (ESF e demais serviços), que embora escassos e sem instrumentos. Pesquisas para a avaliação dos serviços da Atenção Primária à Saúde vêm sendo feitas, considerando a essencial opinião dos usuários, que contribui para a institucionalização da avaliação e reorganização dos serviços, constituindo uma ferramenta para a participação popular (SILVA *et al.*, 2014).

6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

6.1 Descrição do problema (Terceiro Passo)

Os profissionais da eSF Maria das Dores de Paula, no município de Sena Madureira, no Acre construíram o diagnóstico situacional do território da sua área de abrangência, utilizando o método da estimativa rápida. Assim, foi possível observar que existe um número significativo de usuários que convivem com a hipertensão arterial sistêmica, e com níveis pressóricos descontrolados sugerindo falta de adesão às medidas farmacológicas e não farmacológicas propostas pelos profissionais da equipe de saúde Maria das Dores de Paula.

Muitos dos usuários diagnosticados com Hipertensão Arterial Sistêmica naquela área de abrangência estão com a qualidade de vida comprometida e grande parte dos usuários que utilizam os serviços em saúde da equipe Maria das Dores de Paula. A equipe em suas discussões verificou que a atenção dispensada a estes usuários está falha no que se refere à orientação aos pacientes hipertensos. Embora utilizando os serviços prestados, estes pacientes com a HAS descompensada e com queixas semelhantes buscam por atendimentos em novas consultas. Verificados os exames clínicos, são comuns os resultados alterados ao se observar as dislipidemias e quando indagados demonstram viver sobre estresse praticamente constante, sedentarismo, e hábitos de vida pouco saudáveis, principalmente com dieta hipercalórica de açúcares e gorduras. Em outras situações, existem pacientes que não aderem ao tratamento medicamentoso e nem pratica as medidas não farmacológicas e as orientações repassadas pelos profissionais da equipe e da equipe do NASF, podendo a equipe admitir que este comportamento está associado também à falta de medicamentos na farmácia municipal, ou mesmo ao processo de trabalho inadequado da equipe.

6.2 Quarto passo: explicação do problema

A equipe de saúde Maria das Dores de Paula, através do diagnóstico situacional, verificou vários problemas e selecionou o mais incidente na área de abrangência após priorização dos mesmos. Na área de abrangência da equipe Maria das Dores de Paula, abriga registros de 2.295 usuários, onde cerca de 70% das pessoas possuem idade superior a 18 anos no e aproximadamente 3% são portadores de hipertensão arterial sistêmica diagnosticada.

Por outro lado, a equipe identificou que as informações da unidade podem estar incompletas, pois em documentos a mesma equipe já registrou um número maior de hipertensos cadastrados. Esta observação foi encontrada baseada em compilado de internações hospitalares e óbitos.

Assim, a equipe concluiu que havia necessidade de reorientar os seus trabalhos para o grupo de hipertensos sob sua responsabilidade, dada a elevação dos níveis pressóricos e sua relação com comportamentos de risco como a alimentação inadequada, sedentarismo, crenças, cultura, baixa adesão aos tratamentos medicamentosos, alcoolismo, tabagismo, falta de atividades físicas, associadas à falta de ações de promoção e prevenção fornecidas equipe de saúde.

6.3 Quinto Passo: Seleção dos “nós críticos”

Os altos índices de hipertensos descompensados, adscritos à área de abrangência da ESF Maria das Dores de Paula, podem estar relacionados à falta de adesão ao tratamento farmacológico, praticando hábitos pouco saudáveis de vida, exposição ao estresse, falta de dinheiro para manutenção do tratamento, sempre que há falta dos mesmos na farmácia municipal, entre outros. Assim, foram verificadas situações que favorecem o aumento dos níveis pressóricos dos usuários adscritos:

- Falta de assistência integral ao hipertenso
- Empenho insuficiente da equipe de saúde ao propor ações educativas de promoção e prevenção
- Dificuldade de adesão ao tratamento farmacológico pelo hipertenso.
- Falta de adesão dos usuários às atividades preventivas propostas pela equipe.

6.4 Sexto passo: Desenho das operações

Quadro 2 – Operações sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema “Alto descontrole dos níveis pressóricos entre usuários portadores de hipertensão, sob responsabilidade da Equipe Maria das Dores de Paula no município de Sena Madureira /AC

Nó crítico 1	Falta de assistência integral ao hipertenso
Operação (operações)	Estimular a adesão ao tratamento da hipertensão e necessidade do uso regular dos medicamentos para manter a pressão arterial em níveis ideais
Projeto	“Programa Pressão Saudável”
Resultados esperados	<p>Divulgar o Projeto junto à comunidade adscrita à UBS;</p> <p>Cadastrar os usuários com sobrepeso e obesos, no “Projeto Pressão Saudável”;</p> <p>Avaliar o estado nutricional inicial dos participantes cadastrados no “Projeto Pressão Saudável”;</p> <p>Acompanhar mensalmente a evolução das medidas antropométricas durante o Projeto;</p> <p>Realizar a triagem clínica inicial e mensal dos cadastrados no “Programa Pressão Saudável”;</p> <p>Formar grupos de apoio, com encontros mensais, junto aos cadastrados no “Projeto Pressão Saudável”;</p> <p>Realizar ações educativas mensais sobre hipertensão arterial sistêmica;</p> <p>Reduzir o peso inicial dos participantes em 5% dentro dos primeiros seis meses de execução do projeto.</p>
Produtos esperados	<p>Orientação permanente dos profissionais da equipe para os portadores de hipertensão e ajuda dos medicamentos no tratamento;</p> <p>Visitas domiciliares aos portadores de hipertensão; convite aos usuários às consultas de controle, reuniões na unidade de saúde e atividades propostas.</p>
Recursos necessários	<p>Estrutural: Agendamento das atividades propostas</p> <p>Cognitivo: Reforçar sempre que necessária a informação para assimilação em todas os contatos com o hipertenso</p> <p>Político: Adesão de todos os profissionais da equipe</p> <p>Financeiro: recurso para material impresso e transporte</p>
Recursos críticos	Estrutural – Reestruturação da agenda para executar as propostas dos profissionais da equipe e do NASF para promoção do grupo

	operativo, visitas domiciliares e demais atividades propostas; Cognitivo: Informação sobre a hipertensão e comorbidades; Político: Discussão sobre o tema entre a equipe, os usuários e demais profissionais envolvidos; Financeiro: recurso para impressão materiais e combustível.
Controle dos recursos críticos	Favorável
Ações estratégicas	Não é necessária
Prazo	2 meses para construir os folhetos e iniciar a propagação
Responsável pelo acompanhamento das ações	Médico
Processo de monitoramento e avaliação das ações	Após 2 meses e a cada retorno à unidade de saúde verificar se as informações cedidas estão sendo assimiladas.

Quadro 3 – Operações sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema “Alto descontrole dos níveis pressóricos entre usuários portadores de hipertensão, sob responsabilidade da Equipe Maria das Dores de Paula no município de Sena Madureira /AC

Nó crítico 2	Empenho insuficiente da equipe de saúde ao propor ações educativas de promoção e prevenção
Operação (operações)	Apresentar o “Projeto Pressão Saudável” a toda equipe da UBS Maria das Dores de Paula, com o objetivo de manter a pressão arterial em níveis ideais.
Projeto	“Cuidar”
Resultados esperados	Divulgar o Projeto junto à comunidade adscrita à UBS; Avaliar o estado nutricional inicial dos participantes cadastrados no “Projeto Pressão Saudável”; Acompanhar mensalmente a evolução das medidas antropométricas durante o Projeto; Realizar a triagem clínica inicial e mensal dos cadastrados no “Programa Pressão Saudável”;
Produtos esperados	Orientação permanente dos profissionais da equipe para os portadores de hipertensão e ajuda dos medicamentos no tratamento; Formar grupos de apoio, com encontros mensais, junto aos cadastrados no “Projeto Pressão Saudável”. Reduzir o peso inicial dos participantes em 5% dentro dos primeiros seis meses de execução do projeto; Cadastrar os usuários com sobrepeso e obesos, no “Projeto

	Pressão Saudável”.
Recursos necessários	Estrutural: Agendamento das atividades propostas Cognitivo: Reforçar sempre que necessária a informação para assimilação em todas os contatos com o hipertenso Político: Colaboração de todos os profissionais da equipe Financeiro: recurso para material impresso e transporte
Recursos críticos	Estrutural – Reestruturação da agenda para executar as propostas dos profissionais da equipe e do NASF para promoção do grupo operativo, visitas domiciliares e demais atividades propostas; Cognitivo: Informação sobre a hipertensão e doenças associadas; Político: Discussão sobre o tema entre a equipe, os usuários e demais profissionais envolvidos; Financeiro: recurso para impressão materiais e combustível.
Controle dos recursos críticos	Favorável
Ações estratégicas	Não é necessária
Prazo	2 meses para construir os folhetos e iniciar a propagação
Responsável pelo acompanhamento das ações	Enfermeiro
Processo de monitoramento e avaliação das ações	Após 2 meses e a cada retorno à unidade de saúde verificar se as informações cedidas estão sendo assimiladas.

Quadro 4 – Operações sobre o “nó crítico 3” relacionado ao problema “Alto descontrole dos níveis pressóricos entre usuários portadores de hipertensão, sob responsabilidade da Equipe Maria das Dores de Paula no município de Sena Madureira /AC

Nó crítico 3	Dificuldade de adesão ao tratamento farmacológico pelo hipertenso
Operação (operações)	Apresentar o medicamento, a posologia, reações adversas e uso constante conforme prescrição médica e acompanhamento farmacêutico.
Projeto	“Bom remédio”
Resultados esperados	Acompanhar mensalmente ou oportunamente a evolução do controle dos níveis pressóricos; Assistência farmacêutica permanente; Ações educativas mensais sobre o medicamento e a hipertensão arterial sistêmica;
Produtos esperados	Pacientes hipertensos que utilizam medicamentos de forma consciente conforme prescrição e ajuda na utilização dos medicamentos e tratamento
Recursos necessários	Estrutural: Agendamento das atividades propostas Cognitivo: Reforçar sempre que necessária a informação para assimilação em todas os contatos com o hipertenso Político: Colaboração de todos os profissionais da equipe

	Financeiro: recurso para material impresso e transporte
Recursos críticos	Estrutural – Reestruturação da agenda para executar as propostas dos profissionais da equipe e do NASF para promoção do grupo operativo, visitas domiciliares e atividades de assistência farmacêutica; Cognitivo: Informação sobre a hipertensão e doenças associadas; Político: Discussão sobre o tema entre a equipe, os usuários e demais profissionais envolvidos; Financeiro: recurso para impressão materiais e combustível.
Controle dos recursos críticos	Favorável
Ações estratégicas	Não é necessária
Prazo	2 meses para construir os folhetos e iniciar a propagação
Responsáveis pelo acompanhamento das ações	Médico e farmacêutico
Processo de monitoramento e avaliação das ações	Após 2 meses e a cada retorno à unidade de saúde verificar se as informações cedidas estão sendo assimiladas.

Quadro 5 – Operações sobre o “nó crítico 4” relacionado ao problema “Alto descontrole dos níveis pressóricos entre usuários portadores de hipertensão, sob responsabilidade da Equipe Maria das Dores de Paula no município de Sena Madureira /AC

Nó crítico 4	Falta de adesão dos usuários às atividades preventivas propostas pela equipe
Operação (operações)	Orientar o que significa a adesão ao medicamento e ao tratamento não farmacológico, repetindo sempre que necessário, a posologia, reações adversas e uso ininterrupto de acordo com a prescrição médica e acompanhamento farmacêutico, para se conseguir o controle da pressão arterial.
Projeto	“Uso constante”
Resultados esperados	Realizar ações educativas mensais sobre hipertensão arterial sistêmica; Propor o dia da dieta, com roda de conversa sobre os novos hábitos alimentares de cada um do grupo Estimular a caminhada ecológica; atividades ao ar livre Estimular novas atividades como encontros e bailes.
Produtos esperados	Pacientes hipertensos que reduzem o sedentarismo, aceitam a modificação da dieta, redução do consumo de sódio e uso regular da água.

Recursos necessários	<p>Estrutural: Agendamento das atividades propostas</p> <p>Cognitivo: Reforçar sempre que necessária a informação para assimilação em todas os contatos com o hipertenso</p> <p>Político: Colaboração de todos os profissionais da equipe</p> <p>Financeiro: recurso para material impresso e transporte</p>
Recursos críticos	<p>Estrutural – Reestruturação da agenda para executar as propostas dos profissionais da equipe e do NASF para promoção do grupo operativo, visitas domiciliares e atividades de assistência nutricional e atividade física;</p> <p>Cognitivo: Informação sobre a hipertensão e doenças associadas;</p> <p>Político: Discussão sobre o tema entre a equipe, os usuários e demais profissionais envolvidos;</p> <p>Financeiro: recurso para impressão materiais e combustível.</p>
Controle dos recursos críticos	Favorável
Ações estratégicas	Não é necessária
Prazo	2 meses para construir os folhetos e iniciar a propagação
Responsável pelo acompanhamento das ações	Enfermeiro
Processo de monitoramento e avaliação das ações	Após 2 meses e a cada retorno à unidade de saúde verificar se as informações cedidas estão sendo assimiladas.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta proposta atende à necessidade diagnosticada pelos profissionais da eSF Maria das Dores de Paula no município de Sena Madureira, ou seja, de controlar os níveis pressóricos dos usuários adscritos à sua área de abrangência. A proposta depende da participação dos profissionais da equipe e da equipe multidisciplinar que deverão efetivar ações para reduzir os níveis de pressão arterial dos usuários portadores de hipertensão, melhorando sua qualidade de vida. A melhoria da assistência da equipe envolve a readequação da agenda e do processo de trabalho, do aumento do número de consultas médicas sempre que necessário, assim como as visitas domiciliares, encaminhamentos a especialistas, exames clínicos, entre outros.

Para reduzir os níveis pressóricos foram propostas atividades preventivas e que contribuem com o aumento da informação sobre a doença e tudo que a envolve, buscando o aumento do vínculo entre a equipe e equipe multidisciplinar com os usuários visando manter os níveis pressóricos regulares. O serviço prestado aos hipertensos será estruturado com a reorganização da agenda, reuniões de equipe adequadas à agenda mensal e oportunamente para proporcionar maior interação entre a equipe e os idosos e seus familiares. A proposta estimula a transformação dos hábitos para a redução do sedentarismo, aumento das atividades físicas e atividades em grupo para os envolvidos, sempre avaliando o progresso ou corrigindo os rumos. O monitoramento, acompanhamento e seguimento pelos profissionais de saúde podem auxiliar na melhor compreensão das orientações, estimulando a adaptação e adesão aos medicamentos prescritos.

Os recursos necessários envolvem os saberes dos profissionais e boa utilização dos programas disponibilizados para a estratégia de saúde da família, ações propostas pela equipe pertinentes às pessoas com hipertensão. De preferência, espera-se atingir um objetivo de cada vez, utilizando a educação permanente, consultas individuais, visitas domiciliares, encaminhamentos aos demais profissionais sempre que necessário.

Espera-se que com esta intervenção, conhecimento e envolvimento dos profissionais de saúde da equipe e do NASF contribuam para promover melhorias na qualidade de vida dos usuários hipertensos.

REFERENCIAS

Aspectos demográficos e localização. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística-IBGE. 2017.** Acesso em 01/01/2019.

BACELAR, J. **Guia Geográfico, história do Acre.** 2019. Disponível em <http://www.brasilturismo.com/acre/historia.htm>. Acesso em 01/01/2019.

BAPTISTA, C.; GHORAYEB, N.; DIOGUARDI, G., S.; SMITH, P.; REGINATO, L., E.; SAVIOLI, F.; LUIZ, C., C., C.; GRESPAN, S., M.; BORGES, J. Hipertensão arterial sistêmica e atividade física. **Rev Bras Med Esporte**, Niterói, v. 3, n. 4, p. 117-121, dez. 1997.

BARBOSA, R. G. B.; LIMA, N. K. C. Índices de adesão ao tratamento anti-hipertensivo no Brasil e no mundo. **Rev Bras Hipertens.**; São Paulo, v. 13, n. 1, p. 35-38, 2006

BEZERRA, A., S., M.; LOPES, J., L.; BARROS, A., L., B., L. Adesão de pacientes hipertensos ao tratamento medicamentoso. **Rev Bras Enferm.**; São Paulo, v. 67, n. 4, p. 550-5; jul.-ago., 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde.** Brasília, 2006. 58 p.

BRANDÃO, A., A.; ÁVILA, A.; TAVARES, A.; MACHADO, C., A.; CAMPANA, É., M., G.; LESSA, I.; KRIEGER, J., E.; SCALA, L., C.; NEVES, M., F.; SILVA, R., C., G.; SAMPAIO, R. Conceituação, epidemiologia e prevenção primária. **J. Bras. Nefrol.**, São Paulo, v. 32, supl. 1, p. 1-4, Set., 2010.

CASTRO, M., E.; ROLIM, M., O.; MAURICIO, T., F. Prevenção da hipertensão e sua relação com o estilo de vida de trabalhadores. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 18, n. 2, p. 184-189, jun., 2015.

CAMPOS, F. C. C.; FARIA, H. P.; SANTOS, M. A. **Planejamento e Avaliação das Ações em Saúde.** 2 ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010.

CENTRO DE ESTUDOS INTEGRADOS DA BIODIVERSIDADE DA AMAZÔNIA (INCT - CEBRAN). Disponível em <https://ppbio.inpa.gov.br/cenbam>. Acesso em 05 de janeiro de 2019.

DAL-FABBRO, A. L. Adherence to long term therapies: evidence for action. **Cad. Saúde Pública**; v. 21, n. 8, 2005.

GIOVANELLA, L. Atenção básica ou atenção primária à saúde? **Cad. Saúde Pública**; v. 34, n. 8, 2018.

GIROTTI, E.; ANDRADE, S., M.; CABRERA, M., A., S.; MATSUO, T. Adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico e fatores associados na atenção primária da hipertensão arterial. **Ciência & Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 18, n. 6, p. 1763-1772. 2013

GUIA DAS ARTES. Disponível em <https://www.guiadasartes.com.br/acre/parque-estadual-chandless>. Acesso em 05 de janeiro de 2019.

GEWEHR, D., M.; BANDEIRA, V., A., C.; GELATTI, G., T.; COLET, C., F.; OLIVEIRA, K., R. Adesão ao tratamento farmacológico da hipertensão arterial na Atenção Primária à Saúde. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 43, n. 116, p. 179-190, jan./ mar, 2018.

HARBON, E. Medical and Complementary. *Nurs Times*, v. 98, p. 32-34, 2002.

MACHADO, J., C.; COTTA, R., M., M.; MOREIRA, T., R., SILVA, L., S. Análise de três estratégias de educação em saúde para portadores de hipertensão arterial. **Ciência & Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 21, n. 2, p. 611-620, 2016.

MALACHIAS, M., V., B.; PLAVNIK, F., L.; MACHADO, C., A.; MALTA, D.; SCALA, L., C., N.; FUCHS, S. 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial: Capítulo 1 - Conceituação, Epidemiologia e Prevenção Primária. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo, v. 107, n. 3, supl. 3, p. 1-6, set. 2016.

MOURA, I., H.; VIEIRA, E., E., S.; SILVA, G., R., F.; CARVALHO, R., B., N.; SILVA, A., R., V. Prevalência de hipertensão arterial e seus fatores de risco em adolescentes. **Acta Paul Enferm.**; São Paulo, v. 28, n. 1, p. 81-6. 2015.

PAES, N., A.; SILVA, C., S.; FIGUEIREDO, T., M., R., M.; CARDOSO, M., A., A.; LIMA, J., O. Satisfação dos usuários hipertensos com os serviços da rede de atenção primária no Brasil: um estudo de validação. **Rev Panam Salud Publica**, v. 36, n. 2, p. 87-93. 2014

PICCINI, R., X.; FACCHINI, L., A.; TOMASI, E.; SIQUEIRA, F., V.; SILVEIRA, D., S., THUMÉ, E.; SILVA, S.; DILELIO, A., S. Promoção, prevenção e cuidado da hipertensão arterial no Brasil. **Rev. Saúde Pública**; v. 46, n. 3, p. 543-50, 2012.

PREFEITURA MUNICIPAL DE SEMA MADUREIRA. Disponível em
Acesso em 05 de janeiro de 2019

RADOVANOVIC, C., A., T.; SANTOS, L., A. CARVALHO, M., D., B; MARCON, S., S. Hipertensão arterial e outros fatores de risco associados às doenças cardiovasculares em adultos. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 22, n. 4, p. 547-553, jul.-ago., 2014.

RIBEIRO, A. G.; RIBEIRO, S. M. R.; DIAS, C. M. G. C. Non Pharmacological Treatment of hypertension in primary health care: A comparative clinical trial of two education strategies in health and nutrition. **BMC Public Health**, 2011.

ROSÁRIO, T., M.; SCALA, L., C., N.; FRANÇA, G., V., A.; Márcia PEREIRA, R., G.; JARDIM, P., C., B., V. Prevalência, controle e tratamento da hipertensão arterial sistêmica em Nobres - MT. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo, v. 93, n. 6, p. 672-678, dez. 2009.

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

SILVA, C., S., Oliveira.; FONSECA, A., D., G.; SOUZA, L., P., S.; SIQUEIRA, L., G.; BELASCO, A., G., S.; BARBOSA, D., A. Integralidade e Atenção Primária à Saúde: avaliação sob a ótica dos usuários. **Ciência & Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 19, n. 11, p. 4407-4415, 2014.

SILVA, E., C.; MARTINS, M., S., A., S.; GUIMARÃES, L., V.; SEGRI, N., J.; LOPES, M., A., L.; ESPINOSA, M., M. Prevalência de hipertensão arterial sistêmica e fatores associados em homens e mulheres residentes em municípios da Amazônia Legal. **Rev. bras. epidemiol.** [online]., v. 19, n.1, p. 38-51. 2016

STARFIELD, B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. **Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e a Cultura**, Brasília, v 24, p 7-17, 2002.

TOBE, S. W.; MOY LUM-KWONG, M.; VON SYCHOWSKI, S.; KANDUKUR, K.; KISS, A.; FLINTOFT, V. Hypertension management initiative prospective cohort study: comparison between immediate and delayed intervention groups. **J Hum Hypertens**, 2014.

VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo, v. 95, n. 1, supl. 1, p. I-III, 2010.