

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

JORGE LUIS ROSALES ROGER

**AÇÕES EDUCATIVAS PARA PACIENTES HIPERTENSOS- UNIDADE BÁSICA
DE SAÚDE JESUÍNO DE SOUZA LINS MUNICÍPIO DE CRUZEIRO DO SUL-
ACRE**

CRUZEIRO DO SUL-ACRE

2018

JORGE LUIS ROSALES ROGER

**AÇÕES EDUCATIVAS PARA PACIENTES HIPERTENSOS- UNIDADE BÁSICA
DE SAÚDE JESUÍNO DE SOUZA LINS MUNICÍPIO DE CRUZEIRO DO SUL-
ACRE**

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

Orientadora: Prof.^a Ms. Eulita Maria Barcelos

CRUZEIRO DO SUL-ACRE

2018

JORGE LUIS ROSALES ROGER

**AÇÕES EDUCATIVAS PARA PACIENTES HIPERTENSOS- UNIDADE BÁSICA
DE SAÚDE JESUÍNO DE SOUZA LINS MUNICÍPIO DE CRUZEIRO DO SUL-
ACRE**

Banca examinadora

Examinador 1: Professora. Ms. Eulita Maria Barcelos- UFMG

Examinador 2 – Professora Dra. Nayara Ragi Baldoni Couto - UIT

Aprovado em Belo Horizonte, em de de 2018.

DEDICATÓRIA

A minha família, principal inspiradora da
minha vida.

AGRADECIMENTOS

A equipe de saúde da Unidade Básica de Saúde Jesuíno de Souza Lins e todas as pessoas que fizeram o possível para realização deste trabalho, obrigado pela ajuda e colaboração.

RESUMO

A hipertensão arterial sistêmica é uma morbidade que acomete milhares de pessoas no mundo, constitui um dos principais fatores de risco para o aparecimento das doenças cardiovasculares e cerebrovasculares. Em atividade diária, a equipe da Estratégia de Saúde da Família Jesuíno de Souza Lins em Cruzeiro do Sul, Acre, identificou uma alta prevalência de pacientes hipertensos cadastrados apresentando pressão descontrolada e sem conhecimento sobre a doença. Observamos também, que além da própria hipertensão arterial, estavam presentes na maioria dos pacientes, os fatores de riscos que favorecem o aparecimento da doença, evidenciando que o desconhecimento não era somente da enfermidade, mas também das causas que a origina. Esta constatação motivou a equipe de saúde a elaborar um projeto de intervenção utilizando um programa educativo (oficinas educativas, utilizando metodologia participativa e técnicas lúdicas, envolvendo a participação dos usuários) para aumentar o nível de conhecimento sobre hipertensão arterial sistêmica e diminuir a prevalência, complicações e mortalidade dos usuários. A metodologia utilizada foi do Planejamento Estratégico Situacional. Os dados colhidos foram por meio da estimativa rápida. No momento seguinte foi realizada uma pesquisa bibliográfica sobre o tema, com busca de referencial teórico em artigos científicos disponibilizados na Biblioteca Virtual em Saúde, na base de dados do *Scientific Electronic Library Online*, na Biblioteca Virtual do Núcleo de Estudo de Saúde Coletiva, além de informações da Secretaria Municipal de Saúde como o Sistema de Informação da Atenção Básica. Essa fundamentação teórica deu sustentação à elaboração do referencial teórico e da proposta de intervenção que se baseou no Planejamento Estratégico Situacional. Os nós críticos identificados pela equipe de Saúde foram os hábitos e estilos de vida inadequados; processo de trabalho da equipe de saúde desestruturado e o baixo nível de informação da população sobre a doença, para os quais foram implantados os projetos de Vida com Saúde, Equipe de Saúde mais Qualificada e Saber Mais respectivamente. A oficina mostrou-se como espaço de reflexão e debate sobre a adoção de hábitos saudáveis, concluiu-se que os programas de educação em hipertensão arterial, permitem a vivência e a experiência em se trabalhar de forma conjunta, integrando e compartilhando conhecimentos, visando a redução da prevalência desta doença, assim como a mortalidade e as suas complicações, e desta forma melhorar e prolongar a qualidade de vida e o melhor cuidado do usuário e da comunidade. Esperamos alcançar nosso objetivo almejado.

Palavras-chave: Educação em Saúde. Hipertensão Arterial Sistêmica. Autocuidado.

ABSTRACT

High blood pressure is a condition that affects thousands of people in the world, is one of the main risk factors for the onset of cardiovascular disease and cerebrovascular disease. In daily activity, the Health Family Team Jesuíno de Souza Lins in Cruzeiro do Sul, Acre has identified a high prevalence of hypertensive patients registered showing pressure uncontrolled and without knowledge about the disease, we note also, that in addition to the own arterial hypertension, were present in most patients, the risk factors that favor the appearance of the disease, showing that ignorance was not only the disease, but also the causes that give rise to. This observation motivated the team to draw up a health intervention project using an educational program (educational workshops using methodology initiative and playful participate techniques, involving the participation of users to increase the level of knowledge about hypertension of patients and decrease the prevalence, complications and mortality of users. The methodology used was the Situational strategic planning. The data collected was through the rapid assessment. The next moment a bibliographical research on the topic, with search of theoretical and scientific articles available in the Virtual Health Library, in the *Scientific Electronic Library Online*, on Virtual Library, in addition to information from the City Department of health as the information system of the basic attention. This theoretical foundation gave support to the elaboration of the theoretical framework and the proposal of intervention based on the Situational strategic planning. The critical situations identified by the health team were inadequate habits and lifestyles; the work process of the unstructured health team and the low level of information of the population about the disease, for which the projects of Life with Health, Health Team more qualified and Know More were implanted respectively. With a participative methodology was evaluated the anterior knowledge of this patients about the physiopathology, diet and physical activities and the responsibility in the self-care. The educative office was a reflection and discussions space about the adoption of healthy life styles, make through the education programs in Arterial Hypertension, permitted to live and work together, sharing knowns, looking a reduction and prevalence of the disease, as the mortality and complications, and this way to make a life quality better and more longer for the patient and the community. We hope to achieve our desired goal.

Key-words: Health Education. Sistemic Arterial Hypertension. Self-care

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - População segundo a faixa etária e microrregiões coberta pela Equipe de Saúde da Família Jesuíno de Souza Lins - Município Cruzeiro do Sul- estado de Acre.....	15
Quadro 2 - Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico na área de abrangência da Unidade Básica de Saúde Jesuíno de Souza Lins, município de Cruzeiro do Sul, estado de Acre.....	17
Quadro 3 - Operações sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema “ alta prevalência da Hipertensão Arterial”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Jesuíno de Souza Lins, do município Cruzeiro do Sul, estado de Acre.....	39
Quadro 4 - Operações sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema “alta prevalência da hipertensão arterial”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Jesuíno de Souza Lins, do município Cruzeiro do Sul, estado de Acre.....	42
Quadro 5 - Operações sobre o “nó crítico 3” relacionado ao problema “prevalência da hipertensão arterial”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Jesuíno de Souza Lins, do município Cruzeiro do Sul, estado de Acre.....	44

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABS	Atenção Básica de Saúde
ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária de Saúde
ESF	Estratégia Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
PSF	Programa de Saúde da Família
UBS	Unidade Básica de Saúde
CAPS	Conselho de Atenção Psicossocial

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	10
1.1 Breves informações sobre o município Cruzeiro do Sul.....	10
1.2 O sistema municipal de saúde.....	12
1.3 Unidade Básica de Saúde da Família Jesuíno de Souza Lins, seu território e sua população.....	13
1.4 Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade.....	16
1.5 Priorização dos problemas.....	16
2 JUSTIFICATIVA.....	19
3 OBJETIVOS.....	21
3.1 Objetivo geral.....	21
3.2 Objetivos específicos.....	21
4 METODOLOGIA.....	22
5 REVISÃO DE LITERATURA.....	23
5.1 Medidas de prevenção primária.....	24
5.1.2 Fatores de riscos para hipertensão arterial e estratégias para a implantação de medidas preventivas.....	26
5.1.3 Ações educativas.....	31
6 PLANO DE INTERVENÇÃO.....	36
6.1 Descrição do problema selecionado.....	36
6.2 Explicação do problema.....	37
6.3 Seleção dos nós críticos.....	38
6.4 Desenho das operações.....	39
6.5 Procedimentos antes e durante a implantação do projeto propriamente dito.....	46
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	49
REFERÊNCIAS.....	50

1 INTRODUÇÃO

1.1 Breves informações sobre o município de Cruzeiro do Sul- Acre

A cidade de Cruzeiro do Sul está localizada na regional do Juruá limita-se ao norte com o estado do Amazonas; ao sul com o município de Porto Walter; ao leste com o município de Tarauacá e a oeste com os municípios de Mâncio Lima, Rodrigues Alves e com a República do Peru. Distante aproximadamente 640 km de Rio Branco, a capital do estado de Acre, através da BR-364. Cruzeiro do Sul é considerada a capital do Juruá, tem uma área territorial de 8.779,402 km², sendo um dos mais importantes polos turísticos e econômicos do Estado. Em 28 de setembro de 1904 é criado o município, passando à categoria de cidade. Tem seus encantos, como: igarapés mágicos, praias de areias claras e finas, pescarias pelos rios e a vegetação selvagem da floresta.

O extrativismo da borracha foi até o início do século XX a principal atividade econômica desenvolvida no município. Além da borracha, a economia da região gira muito em torno da exploração da madeira. Atualmente, a farinha é o principal produto da atividade econômica municipal, sendo muito apreciada na região e no sul do país (CIDADE DE CRUZEIRO DO SUL, 2018). Nos últimos anos as atividades econômicas do município estão voltadas para atividades extrativistas, de agronegócios que visam produzir e comercializar bens e serviços (IBGE, 2016). A cidade de Cruzeiro do Sul é um dos principais centros turísticos do estado, com a vegetação amazônica, além de prédios históricos, como grande atrativo. O município também tem fundamental importância na economia do estado, sendo um importante centro de extrativismo, de madeira e borracha (TUDO EM FOCO,2017). Estas atividades econômicas são fundamentais para o desenvolvimento sustentável da região e do homem que há décadas tenta sobreviver nesta parte remota do país e através delas as pessoas podem obter as coisas que precisam para a sua vida.

O clima de Cruzeiro do Sul é equatorial, quente e úmido, com temperatura média compensada anual em torno dos 25°C e índice pluviométrico de aproximadamente 2 300 milímetros (mm) anuais. A população do município, segundo o Censo de 2016, mostrou que 50,14% da população urbana são homens e 49,86% mulheres, e 72,17% da população vive na zona urbana e 27,83% vive na zona rural e em 2017

foi estimada em 81.519 habitantes pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2017).

Em relação ao meio de transporte aéreo a cidade possui o Aeroporto Internacional de Cruzeiro do Sul localizado a 15 quilômetros do centro urbano. Existe uma linha regular de jatos comerciais e aviões de médio porte com a capital do estado Rio Branco. No transporte terrestre utiliza-se a BR-364 por meio de ônibus, carros e motos (CIDADE DE CRUZEIRO DO SUL, 2018). Conta com meios de comunicação atualizados, com internet, serviço de telefonia móvel e fixo, comunicação de rádio e televisão a cabo e digital.

O Município concentra os principais cursos superiores de todo o Vale do Juruá, sendo a principal instituição pública de ensino a Universidade Federal do Acre (UFAC), conta com um Centro Universitário Internacional, uma Faculdade de Desenvolvimento Sustentável. As mesmas oferecem cursos de graduação: Ciências Biológicas (Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Nutrição); Ciências exatas (Arquitetura e Urbanismo, Ciência da Computação, Engenharia Civil, Engenharia de Computação, Engenharia de Produção, Engenharia Elétrica, Engenharia Mecânica, Matemática e Sistemas de Informação) e Ciências Humanas (Administração, Ciências Contábeis, Ciências Econômicas, Publicidade e Propaganda, Direito, Hotelaria, Jornalismo, Letras, Marketing, Pedagogia, Psicologia, Relações Internacionais, Serviço Social e Turismo).

Em 2008, a taxa de analfabetismo no estado era de 13%, uma das mais equilibradas do Brasil. Da população, 36,2% dos acreanos são analfabetos funcionais segundo o Índice de Desenvolvimento da Educação Básica (IDEB), Ministério da Educação (BRASIL,2009).

A cidade conta com vários pontos turísticos e lazer, possui praças de lazer para adultos e crianças com parques de diversão, balneários com restaurantes, clubes de festas, teatro estadual, cinema, SESC (Serviço Social do Comércio), unidade de turismo e lazer de Cruzeiro do Sul. Além disso, pode se dizer que a cultura brasileira é muito ampla, pois existem pessoas que gostam dos sucessos de cantores atuais de sertanejo, funk, forró, assim como de danças contemporâneas; mas também tem uma parte da população que gosta mais da prática da religião e de frequentar as igrejas.

1.2 O sistema municipal de saúde

Em 2017 Cruzeiro do Sul possuía 51 estabelecimentos de saúde, sendo 46 deles públicos, entre hospitais, pronto socorro, postos de saúde e serviços odontológicos. A cidade possui 220 leitos em instituições públicas e privadas para internação dos pacientes. Existem na cidade três hospitais: um Hospital Materno-Infantil, um grande hospital geral e o Hospital Regional do Juruá, que absorve grande parte dos casos de todo oeste acreano e sul do Amazonas (IBGE, 2017).

Após a construção do Hospital Regional, o quadro de saúde do município está sendo alterado a demanda de profissionais de saúde tem aumentado, assim como a qualidade dos seus serviços. Foi publicado no Jornal Tribuna do Juruá, em 10 de outubro de 2010, "Hospital do Juruá revoluciona a saúde na região". Notícia essa que vem refletir o bom atendimento que está sendo oferecido pela Instituição.

Mesmo assim ocorrendo contratações ainda se convive com um dos grandes problemas da região que é o número insuficiente de profissionais qualificados para atender a demanda de pacientes. O atendimento médico é desenvolvido, principalmente, por profissionais estrangeiros do Programa Mais Médicos para o Brasil e outros contratados pelo município.

A rede de atenção à saúde no município conta com um sistema integrado de serviços médicos. O município dispõe, além dos hospitais mencionados, de 14 Unidades Básicas de Saúde, um Centro Diagnóstico Integral, um Centro Dermatológico, um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), um Centro de Atenção ao Idoso, uma farmácia popular e uma maternidade, onde existem um refluxo de informações dos pacientes no local de saúde onde eles estejam (seja primário, secundário ou terciário) sendo a Unidade Básica de Saúde o centro desta organização, que tem como objetivo melhorar a saúde da população e que faz intervenções promocionais de saúde, preventivas sobre os fatores de risco e as doenças, curativas e de reabilitação.

A coordenação da atenção de saúde é feita pela Atenção Primária e a mesma conta com uma participação social ativa, na qual a saúde da população é primordial, sendo assim, o usuário tem acesso ao sistema sanitário bem perto de sua casa e conta com uma equipe multiprofissional para lhe oferecer o melhor atendimento possível.

O Sistema de saúde municipal conta com um fluxo de referência e contra referência das informações sobre os nossos pacientes, independentemente do nível de atenção onde eles estejam, sendo utilizado um sistema de recopilação de dados, que são emitidos pelos diversos centros de atenção de saúde, o qual se encontra na Secretaria de Saúde do município.

Atualmente, o sistema de saúde oferece aos usuários as consultas com as especialidades otorrinolaringologista, ortopedista, cirurgia, cardiologista, urologista, pediatra, ginecologista, oftalmologista e psiquiatra, mais carece das especialidades de neurologista, pneumologista, proctologista e Neurocirurgião.

Os profissionais da localidade têm a possibilidade de tirar suas dúvidas sobre algum diagnóstico ou situação de saúde apresentadas pelos pacientes nos matriciamentos das diferentes especialidades clínicas, e também pelo serviço de tele saúde implantado há poucos anos, mais com boa aceitação pela qualidade no esclarecimento das dúvidas apresentadas pelos profissionais sobre diferentes diagnósticos.

1.3 A Equipe de Saúde da Família Jesuíno de Souza Lins, seu território e sua população

A Unidade de Saúde Jesuíno de Souza Lins, que abriga a equipe 2, foi inaugurada aproximadamente há 8 anos e está situada na rua principal do bairro Alumínio. É um local especialmente construído para oferecer serviços de saúde para a população, sua infraestrutura pode ser considerada adequada considerando a demanda e a população atendida (7350 pessoas), o espaço físico é bem aproveitado.

A área destinada à recepção é ótima, razão pela qual, o atendimento é feito com muita rapidez. Isso ajuda sobremaneira o atendimento e provoca muita satisfação nos usuários e profissionais de saúde. Na sala de espera tem cadeiras para todos, e nenhuma pessoa tem que aguardar o atendimento em pé. A Unidade, atualmente, está bem equipada e conta com os recursos adequados para o trabalho da equipe (mesa ginecológica, glicômetro, nebulizador, instrumental cirúrgico para pequenas cirurgias e curativos, etc.).

O acolhimento é bem humanizado é realizado pelas recepcionistas e os técnicos de enfermagem, os quais oferecem todas as informações necessárias para

os usuários, realizando uma escuta qualificada e com humanização e empatia na hora de acolher os pacientes. Existe uma sala de reuniões bem confortável, a qual a equipe utiliza para a realização das diferentes atividades programadas na unidade.

A população tem muito apreço pela Unidade de Saúde, produto da qualidade dos serviços oferecidos pelos profissionais.

A equipe é composta por um médico clínico geral, um enfermeiro, duas técnicas de enfermagem e quatro agentes comunitários de saúde, conta com a parceria do Núcleo de Apoio da Saúde da Família (NASF), um odontólogo e um fisioterapeuta. A UBS funciona das 7h:00min às 17h:00min de segunda até sexta-feira.

Realiza ações de promoção, de prevenção, curativas e reabilitação de saúde, por meio do trabalho com os grupos de idosos, adolescentes, e outros constituídos na nossa área de abrangência, assim como o desenvolvimento e aplicação da educação permanente em saúde com a realização dos grupos operativos, que permite alcançar melhores resultados na atenção oferecida aos usuários de UBS. Outras ações desenvolvidas pela equipe de saúde são as campanhas de prevenção e detecção do câncer de próstata, câncer de mama e uterino, assim como doenças infectocontagiosas e doenças crônicas não transmissíveis.

O trabalho realizado pela equipe é diversificado, com sua menor parte voltado para atendimento de consultas agendadas e em sua maior parte na demanda espontânea. São realizadas visitas domiciliares, ações de vigilância sanitária/epidemiológica, cuidados dos idosos, coleta de exame preventivo como Papanicolau, solicitação de mamografia e exame de próstata para a população alvo, atendimento a alguns casos de urgência hipertensiva, pedidos de exames de menor complexidade, e utiliza-se palestras como uma das ações educativas mais importantes da unidade de saúde, realizadas pelos profissionais com a finalidade de informar e educar à população sobre a importância do autocuidado.

Conta com uma farmácia pública, voltada para a atenção e distribuição gratuita de medicamentos básicos.

A área de abrangência foi dividida em quatro microáreas, com estimativa de dependência de 95% do SUS. Observa-se no quadro que a faixa etária mais numerosa é a compreendida de 5 a 14 anos que conta com uma população total de

599 pacientes seguida de 30 a 39 anos com um total de 399 pacientes; a micro área com maior número de pacientes é a 3 com um total de 920, seguida pela micro área 1 com uma população total de 797 pacientes.

Quadro 1- População segundo a faixa etária e microrregiões coberta pela Equipe de Saúde da Família Jesuíno de Souza Lins, Cruzeiro do Sul, Acre.

FAIXA ETÁRIA	MICRO 1	MICRO 2	MICRO 3	MICRO 4	TOTAL
0-1 ANO	8	9	16	9	42
1-4 ANOS	32	77	65	21	195
5-14 ANOS	166	132	189	112	599
15-19 ANOS	84	107	99	81	371
20-29 ANOS	111	72	113	88	384
30-39 ANOS	123	82	147	47	399
40-49 ANOS	77	83	90	56	306
50-59 ANOS	94	107	70	50	321
60-69 ANOS	53	29	61	45	188
70-79 ANOS	28	17	39	29	113
80 ANOS E MAIS	21	14	31	16	82
TOTAL	797	729	920	554	3000

Fonte: autoria própria

O bairro Alumínio é uma comunidade de aproximadamente 7350 habitantes, localizada próxima ao centro da cidade, inaugurada na década de 1990.

A população empregada vive basicamente do trabalho nas empresas urbanas, a prestação de serviços e da economia informal, assim como da pesca no rio Juruá. Existe um grande número de desempregados.

Em relação à estrutura do saneamento básico na comunidade deixa muito a desejar, principalmente no que se refere ao esgotamento sanitário e à coleta de lixo. Além disso, parte da comunidade vive em moradias bastante precárias. O analfabetismo é elevado, sobretudo entre os maiores de 40 anos.

Nas últimas administrações, a comunidade tem recebido algum investimento público (escola, centro de saúde, creche, asilo etc.) em função da pressão da associação comunitária, que é bastante ativa. Existem várias iniciativas de trabalho na comunidade por parte da Igreja e ONG. Esses trabalhos estão bastante dispersos e desintegrados e, em sua maioria, voltados para crianças, adolescentes e mães.

A população conserva hábitos e costumes próprios da população rural brasileira, que gosta de comemorar as festas religiosas, em particular as festas juninas.

1.4 Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade

A estimativa rápida é uma técnica que utilizamos para realizar o diagnóstico situacional da área de abrangência. Esta técnica “permite examinar os documentos existentes, entrevistar informantes importantes e fazer observações sobre as condições de vida da comunidade que se quer conhecer” (CAMPOS; FARIA; SANTOS; 2010, p.36). De posse destas informações a equipe conheceu a realidade vivenciada pela população. Em reunião fez-se uma análise dos fatos e a identificação dos problemas vivenciados pela mesma.

Os problemas mais relevantes observados na unidade, território e comunidade foram:

- ✓ Quantidade insuficiente de profissionais de saúde;
- ✓ Escassez de escolas na área rural;
- ✓ Alta taxa de criminalidade e homicídios;
- ✓ Alta porcentagem de analfabetos funcionais;
- ✓ Alto número de atendimento da demanda espontânea;
- ✓ Insuficientes ações de saúde;
- ✓ Falta de sistema de esgoto público;
- ✓ Crianças menores de 14 anos fora do sistema educacional;
- ✓ Alta incidência das doenças cardiovasculares;
- ✓ Alta prevalência de hipertensão arterial sistêmica (HAS).

1.5 Priorização dos problemas

Campos, Faria e Santos (2010, p.27) definem o problema “como uma discrepância entre uma situação real e uma situação desejada ou ideal, pode ser entendido como um obstáculo que impede determinado ato de alcançar seus objetivos”. Ainda acrescenta que todos os problemas precisam ser priorizados.

É necessário que a equipe em reunião analise todos os problemas de saúde, para quantificar os prejuízos que trazem para a comunidade. Neste sentido os autores apresentam critérios para a priorização dos problemas: importância do problema (alta, média e baixa), sua urgência (numerando de acordo com a gravidade, distribuindo 1 a 10 pontos conforme sua urgência, não podendo ultrapassar 30 pontos), a capacidade da equipe no enfrentamento (total, parcial e

fora) e a viabilidade dos recursos (total, parcial, fora) (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010). Dentre os problemas levantados encontramos alguns onde o poder de resolução e a governabilidade é baixa, ou seja, a equipe não tem condições por si só de resolvê-los, necessitando envolver outras instâncias públicas, através da qual se aplica o princípio da intersectorialidade na atenção da saúde.

Quadro 2- Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico na área de abrangência da Unidade Básica de Saúde Jesuíno de Souza Lins, município de Cruzeiro do Sul, estado de Acre.

Problemas	Importância*	Urgência**	Capacidade de enfrentamento***	Seleção/Priorização***
Alta prevalência de hipertensão arterial.	Alta	7	Total	1
Alta incidência das doenças cardiovasculares.	Alta	5	Parcial	2
Alta taxa de criminalidade e homicídios.	Média	2	Fora	7
Alta porcentagem de analfabetos funcionais.	Média	2	Fora	6
Auto número de atendimento da demanda espontânea.	Alta	3	Parcial	5
Insuficientes ações de saúde.	Alta	3	Parcial	4
Falta de sistema de esgoto público.	Média	2	Fora	8
Crianças menores de 14 anos fora do sistema educacional.	Baixa	1	Fora	9
Escassez de escolas na área rural.	Baixa	1	Fora	10

Quantidade insuficiente de profissionais de saúde.	Alta	4	Fora	3
--	------	---	------	---

Fonte: autoria própria

*Alta, média ou baixa

** Total dos pontos distribuídos até o máximo de 30

***Total, parcial ou fora

****Ordenar considerando os três itens

O problema priorizado foi “alta prevalência de hipertensão arterial”. Este problema constitui um desafio para os profissionais de saúde e as autoridades públicas, porque o hipertenso necessita de mudanças de hábitos de vida e monitoramento constante, incluindo o controle alimentar, realização de atividades físicas, uso de medicamentos para um melhor controle e ações de prevenção e controle da doença e prevenção das complicações.

A alta prevalência e as baixas taxas de controle da hipertensão arterial são os principais fatores de risco modificáveis para suas complicações para a alta mortalidade. Se conseguirmos diminuir a alta prevalência da hipertensão arterial, vai refletir positiva e diretamente na diminuição da alta incidência das doenças cardiovasculares e assim estamos resolvendo dois problemas. Os outros problemas de saúde tais como a alta incidência das doenças cardiovasculares e as insuficientes ações de saúde também são prioritários de intervenções serão enfrentados em outro momento.

2 JUSTIFICATIVA

A hipertensão arterial constitui um problema de saúde de considerável importância nos dias atuais, pelo número de óbitos e incapacidades. Ela produz de maneira indireta por sua condição de fator de risco de outras patologias, mas também por prejuízos que se ocasiona na saúde das pessoas. A hipertensão arterial é uma patologia que acomete milhares de pessoas no mundo, constitui um dos principais fatores de risco para o aparecimento das doenças cardiovasculares e cerebrovasculares (V DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, 2007).

Em atividade diária, a equipe da ESF identifica uma grande demanda de pacientes hipertensos cadastrados apresentando pressão descontrolada e sem conhecimento sobre a doença, observamos também, que além da própria Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), estavam presentes na maioria dos pacientes, os fatores de riscos que favorecem o aparecimento da doença, evidenciando que o desconhecimento não era somente da enfermidade, mas também das causas que a origina.

A HAS afeta milhões de pessoas no mundo, que pode ser causada por diferentes fatores de risco como um estilo de vida inadequado e a falta de exercícios físicos e pode provocar muitas complicações para a vida dos pacientes que pode interferir no seu relacionamento social e lhe provocar alterações psicológicas e biológicas irreversíveis (BRAND; SCHUH; GAYA 2013)

Segundo Pavao (2014) a HAS é considerada a patologia que causa o maior número de morte no mundo, com uma prevalência aproximada de 25% com um total de milhões de hipertensos uma cifra que se desenvolverá em 20 anos em mais de 50%. Atualmente 691 milhões de pessoas sofrem de HAS no mundo. As pessoas hipertensas devem ter conhecimento sobre a doença e seus fatores de riscos e complicações, assim sendo, elas vão aderir a uma alimentação saudável, ações de autocuidado, tratamento e prevenção às complicações, passando a ter uma ótima qualidade de vida.

Assim, a equipe de saúde considerando o alto índice de pacientes hipertensos somado ao baixo nível de conhecimento sobre os riscos desta patologia, a equipe de saúde motivou-se a elaborar um plano de intervenção

para promover ao aumento do conhecimento dos pacientes e seus familiares utilizando ações educativas.

Assegurando desta forma, que os indivíduos hipertensos tenham conhecimentos e aptidões que lhes tornem capazes para o autocuidado.

Mion e Junior (2007) abordam que a prevenção e o tratamento envolvem, ensinamentos que possibilitam a introdução de mudanças de estilos e hábitos de vida. A adesão às mudanças é lenta, e necessita de medidas educativas que tenham continuidade, devem ser promovidas por meio de ações individualizadas e coletivas, elaboradas para atender as necessidades específicas de cada indivíduo.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Elaborar um projeto de intervenção utilizando um programa educativo para aumentar o nível de conhecimento sobre hipertensão arterial sistêmica e diminuir a prevalência, complicações e mortalidade dos usuários hipertensos da UBS Jesuíno de Souza Lins em Cruzeiro do Sul, Acre.

3.2 Objetivos específicos

- Orientar os pacientes sobre a hipertensão arterial, seus fatores de riscos, complicações, formas de tratamento enfatizando a importância da influência de um estilo de vida adequado.
- Estimular a prática de exercícios físicos e de ter uma dieta saudável.
- Conhecer os principais fatores de risco da hipertensão arterial na comunidade
- Reunir informações e dados que são importantes e necessários para diminuir a prevalência da doença.
- Melhorar a promoção, prevenção, controle, acompanhamento, tratamento e reabilitação desta doença na população.

4**METODOLOGIA**

Este trabalho foi realizado em três momentos distintos e sequencias iniciou-se com o diagnóstico situacional da área de abrangência UBS Jesuíno de Souza Lins no município do Cruzeiro do Sul, com a participação de toda equipe. Para coleta de dados foi utilizado o método de estimativa rápida que possibilitou a coleta de dados sobre a população. De posse destas informações a equipe reuniu-se para fazer sua análise e para identificação dos problemas de saúde mais comuns. Em sequência fez a priorização dos problemas.

No segundo momento foi realizada uma pesquisa bibliográfica sobre o tema, com busca de referencial teórico e artigos científicos disponibilizados na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), na base de dados do *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), na Biblioteca Virtual do NESCON, além de informações da Secretaria Municipal de Saúde como o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB).

Essa fundamentação teórica deu sustentação à elaboração da proposta de intervenção que se baseou no Planejamento Estratégico Situacional (PES) (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010), constituindo o terceiro momento. Foram utilizados os seguintes descritores: hipertensão arterial sistêmica, educação em saúde, prevenção, controle e fatores de risco.

5 REVISÃO DE LITERATURA

A HAS constitui uns dos problemas de saúde Pública que mais afeta a população no mundo, pelo grande número de pessoas acometidas e com complicações crônicas. Por este fato os profissionais de saúde estão fazendo múltiplas ações para evitar o aumento da prevalência desta doença. Para uma melhor definição, pode se dizer que, a pressão alta, como é popularmente conhecida, é uma doença crônica que é determinada por níveis elevados da pressão sanguínea nas artérias. Ela faz com que o coração tenha que exercer um esforço maior do que o normal para fazer com que o sangue seja distribuído corretamente nos vasos sanguíneos o que faz com que o coração tenha que exercer um esforço maior para circular o sangue através dos vasos sanguíneos (HERNÁNDEZ, F. *et al.*, 2010).

No Brasil, dados do Ministério da Saúde (BRASIL, 2010) mostraram que a hipertensão arterial atinge entre 20 e 40% da população adulta. A frequência elevada bem como as complicações clínicas decorrentes, fazem com que a hipertensão arterial tenha um papel de destaque nos programas de saúde pública.

Estudos clínicos, epidemiológicos e genéticos têm sido realizados para possibilitar a compreensão dos estudiosos sobre os mecanismos envolvidos no desenvolvimento da hipertensão arterial, bem como aprimorar os métodos de diagnóstico, tratamento e prevenção da mesma (LOPES, 2014).

Estudos recentes mostram que a hipertensão arterial é uma doença causada por muitos fatores, não existindo uma causa bem definida o que ocorre é o resultado da interação de diferentes genes associados a um grande número de fatores ambientais que atuam de maneira coordenada para resultar no aumento mantido da pressão arterial. Reforçando sua origem, têm importância os aspectos genéticos e ambientais, uma vez que a complexa interação entre ambos de forma adversa pode determinar a elevação pressórica (LOPES, 2014).

No estudo realizado na minha comunidade de trabalho pude detectar que os principais fatores de risco que tem a população de adoecer de hipertensão arterial são a falta de exercícios físicos, estilos de vida inadequados, estresse e uma dieta alimentar inadequada. Estudos realizados por Castilho e Goldbaum (2017) sobre o tema revelam que, além dessas causas, a HAS pode se desencadear pelo envelhecimento, raça/ pele negra, baixa escolaridade, obesidade, ser ex-fumante, relatar diabetes e colesterol elevado, além da ingestão elevada de sal.

A doença é um dos principais fatores de risco para a ocorrência de risco para as complicações mais comuns como o infarto agudo do miocárdio e acidente vascular encefálico, aneurisma arterial e insuficiência renal e cardíaca além da doença renal crônica terminal. A carga de doenças representada pela morbimortalidade devida à doença é alta e, por isso, a hipertensão arterial é um importante problema de saúde pública no Brasil e no mundo de acordo com o Fórum de Ensino, Pesquisa, Extensão e Gestão (FEPEG, 2015).

Diagnóstico e acompanhamento da hipertensão arterial é a partir da investigação clínico-laboratorial do paciente hipertenso que tem por objetivos (BRASIL, 2006, p.66):

- confirmar a elevação da pressão arterial e firmar o diagnóstico,
- avaliar a presença de lesões em órgãos-alvo,
- identificar fatores de risco para doenças cardiovasculares e risco cardiovascular global,
- diagnosticar doenças associadas à HAS,
- diagnosticar, quando houver, a causa da HAS,

5.1 Medidas de prevenção primária

Segundo a Organização Mundial da Saúde (2017), a hipertensão arterial (HA) é o principal fator de risco para as doenças crônicas não transmissíveis. Evidências científicas mostram que pequenas reduções na pressão arterial (PA) têm grande impacto na redução da morbidade e da mortalidade cardiovascular.

O Ministério da Saúde priorizando a problemática da hipertensão arterial, tem investido em ações para a redução dos fatores de risco. Um dos projetos que foi instituído em 2011 é uma parceria com a indústria alimentícia, que firma uma redução das taxas de sal em alimentos industrializados. Também foi criado o Programa Academias da Saúde, mediante este programa o Ministério de Saúde prevê reduzir o sedentarismo com criação de locais adequados e equipados para atividades físicas sempre acompanhadas de profissionais e trabalhando em conjunto com as Unidades Básicas de Saúde. Pesquisas do MS evidenciam que a frequência de realização de atividades físicas tem aumentado em 30% quando há espaços públicos e gratuitos disponíveis para a população (BRASIL, 2012).

Entre outras ações também estão: a criação das Diretrizes Nacionais de Hipertensão Arterial; atualização permanente dos médicos e enfermeiros da rede básica de saúde; assistência farmacêutica gratuita para controle da Hipertensão Arterial; a Farmácia Popular, criada em 2004, com descontos de até 90% sobre o preço padrão dos medicamentos; sistema nacional de cadastro e monitoramento de Hipertensos e Diabéticos atendidos na rede básica do SUS; e o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) para reforçar as ações de prevenção e principalmente a adesão ao tratamento (BRASIL, 2012).

Um dos princípios da atenção primária em saúde é que as Unidades Básicas de Saúde sejam formadas por equipes multiprofissionais que possa atender a comunidade em sua integralidade, além disso, que atuem com responsabilidade e equidade. Para tanto é necessário conhecer as condições demográficas, epidemiológicas, sócio- econômicas, políticas e culturais da área de abrangência da equipe para que as ações de saúde sejam cada vez mais direcionadas e eficazes (FERNANDEZ; BACKES, 2010).

É relevante que as ações da equipe sejam focadas em estabelecer uma aproximação com os usuários dos serviços, desta forma é necessário que sejam elaboradas estratégias sistematizadas e contínuas. A visão da equipe de saúde da família deve estar dirigida para além de tratar doenças; deve-se ter um olhar para a prevenção e promoção da saúde (MENDES, 2012).

5.1.2 Fatores de riscos para hipertensão arterial e estratégias para implantação de medidas preventivas

Um dos principais fatores que pode causar o aumento da pressão arterial é o excesso de consumo de sódio na dieta alimentar. Existem outros fatores tais como estresse, tabagismo, consumo de bebidas alcoólicas, obesidade e falta de atividade física, estes são maus hábitos que também podem influenciar no nível pressórico do indivíduo (ALFONSO-GUERRA, 2009; GARCIA *et al.*, 2009).

➤ SAL

Bombig, Francisco e Machado (2014, p.63) abordam que a “alta ingestão de sódio na dieta está associada ao desenvolvimento da hipertensão arterial. A redução do sódio na dieta pode reduzir a PA tanto em hipertensos quanto em normotensos”, conseqüentemente a diminuição do sódio na dieta pode reduzir o risco de doença cardiovascular.

Portanto, recomenda-se reduzir a ingestão de sódio na dieta para todos os hipertensos. Metas razoáveis de redução diária na ingestão de sódio nas diretrizes atuais são < 100 meq/dia (2,3 g de sódio ou 6 g de sal – cloreto de sódio [1 g de sódio = 44 meq; 1 g de cloreto de sódio contém 17 meq de sódio]) (BOMBIG; FRANCISCO; MACHADO, 2014, p.63).

Na população geral os médicos recomendam a redução do sódio na dieta com objetivo de prevenir a hipertensão e reduzir o risco de eventos cardiovasculares.

A recomendação dos autores é para limitar a ingestão diária de sódio ao “máximo de 2,4 g de sódio ou 6 g de cloreto de sódio”. Esse total deve incluir o sódio contido nos alimentos naturais e manufaturados. Abordam também que o “aumento da ingestão de potássio diária de fique entre 2 g e 4 g, contidos em uma dieta rica em frutas e vegetais frescos” Em relação ao suplemento de cálcio e magnésio recomenda-se manter ingestão adequada de cálcio e magnésio (BOMBIG; FRANCISCO; MACHADO, 2014, p.64).

➤ Tabagismo

. Para Souza (2014, p.47) a “relação entre o tabagismo e a hipertensão arterial provém de uma complexa interação entre fatores hemodinâmicos, sistema nervoso autonômico e múltiplos mediadores vasoativos (disfunção endotelial)”. A nicotina forma aguda ativa o sistema nervoso simpático e aumenta “a frequência cardíaca, pressão arterial e contratilidade miocárdica com redução da oferta de oxigênio aos vasos e miocárdio”. Com o passar do tempo os efeitos do tabagismo na pressão arterial são complexos e os achados contraditórios. “Hipertensos fumantes possuem pior prognóstico cardiovascular mesmo quando tratados para hipertensão por um provável efeito farmacológico deletério aos compostos do cigarro”. É muito importante reconhecer o tabagismo como doença, “entender a abordagem aos fumantes e oferecer tratamento adequado para esta difícil dependência, notadamente negligenciada por clínicos e cardiologistas”

Corroborando Bombig, Francisco e Machado (2014, p.64) argumentam que o tabagismo sobe de forma aguda a pressão arterial e favorece o desenvolvimento e as complicações da aterosclerose. “Sua interrupção diminui o risco de acidente vascular encefálico, de doença isquêmica do coração e de doença vascular arterial periférica, além de evitar seus outros efeitos deletérios”. A exposição ao fumo (tabagismo passivo) também deve ser evitada.

➤ *Dislipidemias*

A hipercolesterolemia é um dos maiores fatores de risco cardiovascular. “O nível de colesterol total sérico deve ser mantido abaixo de 200 mg/dL, com LDL-colesterol (colesterol de baixa densidade) abaixo de 130 mg/dL” (BOMBIG; FRANCISCO; MACHADO,2014, p.64).

[...] A dieta fase I da “American Heart Association” (menos de 30% das calorias em gordura, com menos de 10% de gorduras saturadas, menos de 10% de gorduras poli-insaturadas e o restante em gorduras monoinsaturadas, além de menos de 300 mg de colesterol por dia) deve ser indicada como tratamento inicial

Para os pacientes de maior risco, não-responsivos à dieta fase I, recomenda-se a dieta fase II (menos de 7% de gorduras saturadas e menos de 200 mg de colesterol por dia), considerando-se, também individualmente, o uso de vastatinas (BOMBIG; FRANCISCO; MACHADO, 2014, p.64).

Bombig; Francisco e Machado, (2014, p.64) recomendam para o tratamento da dislipidemia:

-Verduras e legumes, frutas, cereais, grãos e massas, consumo de peixe e carnes brancas, preparadas sem pele; uso restrito de carnes vermelhas, com retirada da gordura visível; uso moderado de crustáceos, evitando-se a adição de gorduras saturadas em seu preparo;

-Evitar o consumo de gema de ovo, leite, manteiga e outros derivados na forma integral, dando preferência a produtos desnatados.

-Evitar o uso de margarinas sólidas e usar, com parcimônia, margarinas cremosas ou alvarinas;

-Usar óleos insaturados, tais como soja, canola, oliva, milho, girassol e algodão, com preferência pelos três primeiros;

-Evitar o uso de óleo de coco e dendê;

-Evitar frituras;

-Intolerância à glicose e diabetes mellitus (BOMBIG; FRANCISCO;

➤ *Alcoolismo*

[...] o álcool apresenta-se como causador de impacto social no mundo, pois grande parte da população mundial, especialmente, adultos jovens e adolescentes de ambos os gêneros consomem álcool, sendo que esta substância além de causador de mortes prematuras em centros urbanizados gerando acidentes de trânsito e no trabalho, estresse, desnutrição, violência ao crime, apresenta-se como um dos principais fatores de risco modificáveis para hipertensão arterial (WILDMAN; MUNTNER, 2014, p.64).

Os mesmos autores traçam as recomendações quanto ao volume “para ingestão de álcool em indivíduos hipertensos limitam o consumo de bebida alcoólica até dois drinques diários para homens e um drinque para mulheres a fim de não influenciar na redução da pressão arterial” (WILDMAN; MUNTNER, 2014, p.64).

É recomendado pelos profissionais da saúde aos pacientes para abandonarem ou limitarem o consumo diário de álcool a 30 ml de etanol para os homens (720 ml de cerveja, 240 ml de vinho e 60 ml de bebida destilada) e à metade dessas quantidades para as mulheres, praticarem exercícios físicos aeróbios, 30 a 45 minutos por dia, três ou mais vezes por semana. Tentarem aumentar também a atividade física diária e pedir uma ajuda terapêutica e ou familiar se tiver com

dificuldade para abandonar o vício (BOMBIG; FRANCISCO; MACHADO,2014, p.63).

➤ **Obesidade**

Burgos *et al.* (2010, p.70) descrevem que na obesidade o tecido adiposo tem a função de um órgão endócrino e produz inúmeros moduladores imunes que são as adipocitocinas. “A obesidade leva ao aumento dessas adipocitocinas pré-inflamatórias no organismo, gerando um estado inflamatório crônico.” Quando ocorre o desequilíbrio dessas adipocitocinas “parece ser a resposta moduladora do sistema inflamatório que contribui para as doenças cardiovasculares e, concomitantemente, com a hipertensão arterial.”

Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica. Diretrizes Brasileiras de Obesidade – ABESO – (2009–2010, p.9) retratam que “a etiologia da obesidade é muito complexa, tem múltiplos fatores e é resultante da interação de genes, ambiente, estilos de vida e fatores emocionais”.

O IMC (Índice de Massa Corporal) é uma medida global da obesidade e, incluindo a circunferência abdominal, torna-se forte preditor de morbidade e mortalidade cardiovascular. Durante décadas, tem-se discutido a associação do aumento do IMC com fenótipos pró-trombóticos e pró-inflamatórios e não há mais dúvidas da associação entre obesidade severa e a micro-inflamação crônica, assim como correlação com aterosclerose, hipertensão arterial, disfunção endotelial, aumento da viscosidade sanguínea, resistência à insulina e vários estigmas da síndrome metabólica. O tratamento recomendado com mudança do estilo de vida, atividade física. Drogas nem sempre funciona, não sendo recomendado o seu uso. (BURGOS *et al.*, 2010, p.70)

Os autores recomendam modificações no estilo de vida:

- Controle do peso: manter o peso na faixa ideal, aferido pelo índice de massa corporal (peso em quilogramas dividido pelo quadrado da altura em metros), entre 20 kg/m² e 25 kg/m².
- Dieta hipocalórica balanceada, associada ao aumento da atividade física diária e à prática regular de exercícios aeróbios.
- O uso de anorexígenos não é aconselhável, pelo risco de complicações cardiovasculares.

➤ Sedentarismo

Aziz (2014, p.75) reforça que a “hipertensão arterial é o principal fator de risco para a morbidade e mortalidade das doenças cardiovasculares, como infarto agudo do miocárdio e acidente vascular encefálico”. Enfatiza que a ociosidade (sedentarismo) também contribui para o aumento da pressão arterial, e “está associado a outras condições que agravam a situação hipertensiva, entre elas, diabetes, obesidade, dislipidemia e síndrome metabólica”. É nítida a correlação inversa entre sedentarismo, hipertensão e mortalidade cardiovascular e, para modificar essa situação, a orientação de todas as diretrizes de hipertensão arterial recomenda atividade física por, pelo menos, 150 minutos semanais.

Segundo o autor a atividade física é qualquer movimento corporal produzido pelos músculos esqueléticos que resulte em gasto energético. “O exercício físico tem intencionalidade de movimento, sendo considerado um subgrupo das atividades físicas que são planejadas, estruturadas e repetitivas” (AZIZ, 2014, p.75).

Atividade física é um comportamento complexo, um espectro bastante amplo, que pode ser “uma tarefa doméstica, como varrer a casa, até a escalada de uma alta montanha. A atividade física tem como propósito a manutenção da saúde ou aperfeiçoamento do condicionamento físico ou, ainda, a melhora da aptidão física)” (AZIZ, 2014, p.76).

Corroborando com o tema Vanhees, Geladas e Hansen *et al.* (2012.p.82) apontam que “a atividade física regular auxilia na prevenção e no tratamento da hipertensão arterial e reduz o risco cardiovascular e mortalidade”.

É aconselhável aos hipertensos fazerem atividades físicas aeróbicas moderadas, como corridas, bicicleta e natação por 30 minutos de 5 a 7 dias por semana.

➤ Estresse psicológico

“A redução do estresse psicológico é recomendável para diminuir a sobrecarga de influências neuro-humorais do sistema nervoso central sobre a circulação”. Contudo, a eficácia de técnicas terapêuticas de combate ao estresse com vistas à prevenção e ao tratamento da hipertensão arterial ainda não está estabelecida universalmente (VANHEES; GELADAS; HANSEN *et al.*, 2012.p.88).

Para evitar a incidência e a prevalência de hipertensão na comunidade recomenda-se as mudanças no estilo de vida, embora de difícil implantação, devem ser sempre incentivadas pelos profissionais de saúde. As sugestões apresentadas abaixo são aquelas com possibilidade de êxito em um campo que ainda apresenta inúmeros desafios.

- Ações educacionais dirigidas a:

- Profissionais de saúde;
- Alunos de escolas profissionalizantes;
- Alunos do ensino fundamental I, II e médio;
- Pessoal de instituições e empresas;

- Comunidade

- Ações de conscientização:

- Campanhas de esclarecimentos por meio da mídia;
- Campanhas temáticas periódicas, tais como dia municipal, estadual e/ou nacional da hipertensão, semana da hipertensão etc.

- Outras ações:

- Incorporação das ações de prevenção, detecção e controle da hipertensão arterial nos programas de atenção primária à saúde, incluindo também crianças e adolescentes.
- Implementação de programas de assistência multiprofissional;
- Estabelecimento de normas governamentais para reduzir o conteúdo de sódio e gorduras saturadas dos alimentos industrializados;
- Maior rigor na rotulagem do conteúdo nutricional dos alimentos;
- Monitorizar as ações de prevenção e controle da hipertensão arterial e suas consequências

De acordo com o V Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial (2010), recomenda-se que medidas preventivas sejam adotadas desde a infância e com ênfase na abordagem familiar de mudanças no estilo de vida. Controle do peso, dieta balanceada e prática de exercícios físicos regulares são medidas simples, que, quando implementadas desde fases precoces da vida, representam benefício potencial sobre o perfil de risco cardiovascular desses indivíduos.

5.1.3 Ações educativas

A Organização Mundial de Saúde (2017), por meio de ações educativas e preventivas, desenvolve palestras e atividades culturais especialmente para tratar temas associados a fatores de risco de HAS.

De acordo com Alves e Aerts (2007, sp) nos Estados Unidos da América (EUA) 1909 surgiu a educação em saúde como uma estratégia de prevenção das doenças. A proposta foi norteada pelos pressupostos:

- Os problemas de saúde devem ser prevenidos pelo esforço individual e pela adesão a hábitos corretos de vida;
- Os problemas de saúde da população decorrem da falta de informação;
- A educação deve ser concebida como a transmissão de conteúdos neutros e descontextualizados, com instrumentos puramente médicos.

Antigamente a educação em saúde se fundamentava na perspectiva de responsabilizar os indivíduos pelos seus problemas de saúde, a atenção era voltada para a transmissão do conhecimento de modo a seguir as regras impostas pelos profissionais de saúde e pelos grupos dominantes (ALVES; AERTS, 2007).

Esses caminhos foram repensados pela Divisão Nacional de Saúde Pública do Ministério da Saúde (DNSP/MS), com o propósito de reorientar o enfoque das ações educativas, estimular o trabalho participativo e intersetorial e estabelecer estratégias para dar subsídios aos diferentes grupos sociais na compreensão de suas condições de vida e na reflexão sobre como transformá-las (ALVES; AERTS, 2007). Com a evolução pedagógica, hoje é uma pedagogia participativa.

Assim, tem sido salientada a importância do papel do trabalhador em saúde no desenvolvimento de ações educativas, uma vez que ele é um facilitador do processo de aprendizagem na medida em que percebe os conflitos, interesses e visões de mundo que influenciam os modos de vida dos diferentes grupos populacionais (FLORES, sp)

Compreendemos que mudar o estilo de vida é uma tarefa difícil, e quase sempre é acompanhada de muita resistência, por isso, muitas pessoas não conseguem se aderir as modificações recomendadas e, especialmente, mantê-las por muito tempo. No entanto, a educação em saúde é uma estratégia muito

importante para conduzir as pessoas a essas mudanças, para prevenir, e/ou controlar os fatores de risco da HAS, através de hábitos e atitudes saudáveis (SANTOS; LIMA, 2008).

Corroborando Alves (2003) aborda que a educação em saúde é uma estratégia educativa que tem o objetivo de orientar os hábitos de vida cotidiana dos pacientes, uma vez que a compreensão dos condicionantes do processo saúde-doença possibilita a adoção de novos hábitos e condutas de saúde.

Quando se tem vivência da educação em saúde por meio de atendimento de grupos facilita a participação como modo de garantir ao indivíduo e à comunidade a possibilidade de definir sobre seus próprios destinos, e a capacitação destes sujeitos para atuarem na melhoria do seu nível de saúde (SANTOS; LIMA, 2008,).

O trabalho educativo em grupos consiste numa valiosa alternativa para se buscar a promoção da saúde que permite o aprofundamento de discussões e a ampliação de conhecimentos, de modo que as pessoas superem suas dificuldades e obtenham maior autonomia, melhores condições de saúde e qualidade de vida. (SANTOS; LIMA, 2008, p.91).

Ainda segundo Santos e Lima (2008, p.91),

[...] as Tecnologias Educativas em Saúde (TES) são ferramentas importantes para o desempenho do trabalho educativo e do processo de cuidar. São denominadas de tecnologias leves, “de relações como acolhimento, vínculo, automação, responsabilização e gestão como forma de governar processos de trabalho.

Os autores contemplam a existência de um trabalho dinâmico, em contínuo movimento. “Exige dos profissionais da saúde, uma capacidade diferenciada no olhar para que percebam essa dinamicidade e pluralidade, que desafiam os sujeitos à criatividade, à escuta, à mais flexibilidade e à sensibilidade” (SANTOS; LIMA, 2008, p.91).

Para Alves e Aerts, (2007, sp) “a educação em saúde é uma prática social, devendo ser centrada na problematização do cotidiano, na valorização da experiência de indivíduos e grupos sociais e na leitura das diferentes realidades”.

Vista como prática social, a educação em saúde passou a ser repensada como um processo capaz de desenvolver a reflexão e a

consciência crítica das pessoas sobre as causas de seus problemas de saúde, enfatizando o desencadeamento de um processo baseado no diálogo, de modo que se passe a trabalhar com as pessoas e não mais para as pessoas. Esse diálogo assume o pressuposto de que todos possuem potencial para serem protagonistas de sua própria história, de que estão motivados para se organizarem e de que possuem expectativas sobre as possibilidades de mudança (ALVES; AERTS, 2007, sp).

Nesse sentido, são traçadas pelos autores algumas estratégias da ação educativa:

- Participação de todos os profissionais de saúde junto com os usuários no processo de capacitação, para que possam assumir a responsabilidade sobre seus problemas de saúde;
- Os sujeitos (técnicos e usuários) têm percepções diferentes sobre a realidade social e que essas devem ser o ponto de partida da ação educativa;
- A participação popular e o fortalecimento do papel do serviço de saúde.

Essa opção deve estar fundamentada na análise da realidade que se faz a partir da identificação de problemas e necessidades de saúde da população. A partir de então, deve-se estimular a reflexão crítica da realidade. Para tanto, as ações de educação em saúde devem estar voltadas para a melhoria dos determinantes da saúde e a mudança (ALVES; AERTS, 2007, sp).

As atividades educativas são excelentes oportunidades para realizar prevenção e promoção de saúde, sendo imprescindível que as equipes de saúde da família incorporem habilidades educativas em seu dia a dia, desta forma o desenvolvimento do processo de trabalho será harmônico ao modelo de atenção atualmente proposto para as doenças crônicas, o qual se pauta na troca de conhecimentos e na transformação da realidade (MENDES, 2012).

Ao desencadear um diálogo com o usuário considerando o seu nível cultural, utilizando uma linguagem clara e esclarecedora o trabalhador da saúde deve certificar-se de que ele entendeu o conteúdo que está sendo discutido ou informado, pois, caso isso não ocorra, a sua saúde pode estar sendo colocada em risco em razão do não entendimento da orientação dada. Assim, no processo de comunicação, é fundamental que ocorram a escuta, a observação e a interação entre as pessoas, sendo imprescindível a

disponibilidade interna do trabalhador, a partir de uma ação intencional, orientada por um interesse concreto. A partir da troca de informações, crenças e valores, podem existir acordos que orientem comportamentos e viabilizem a saúde e a vida (SANTOS; LIMA, 2008).

Nesse sentido o plano elaborado neste projeto foi pensando em grupos educativos como mecanismo para apoiar e orientar o cuidado com a hipertensão arterial sistêmica.

6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

O plano de intervenção é extremamente importante, porque pode dar origem a um planejamento estratégico, ou basear-se neste, tanto para medidas de correção de problemas quanto para sua prevenção.

A elaboração do projeto de intervenção busca contemplar os objetivos apresentados, cujas ações possibilitam que o problema priorizado seja tratado e dentro do possível resolvido. Ao se desenvolver um projeto de intervenção, é possível “processar os problemas identificados no diagnóstico situacional e elaborar um plano de ação para intervenção sobre um problema selecionado” segundo Campos, Faria e Santos (2010, p. 58).

O plano de ação foi elaborado utilizando o método de Planejamento Estratégico Situacional (PES). O PES tem a proposta de um processo participativo possibilitando a incorporação de idéias e sugestões dos vários setores e atores sociais, inclusive da população. Todo método de planejamento é constituído de passos ou etapas sequenciais de ações ou atividades, no seu desenvolvimento (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010). Os dois primeiros passos foram contemplados na introdução.

Para Campos; Faria e Santos (2010), a identificação e priorização dos problemas não são suficientes para que se possam definir as intervenções na perspectiva de solucioná-los. É preciso compreender o problema saber caracterizá-lo, para descrevê-lo melhor.

6.1 Descrição do problema selecionado (terceiro passo)

Para Campos, Faria e Santos (2010, p.59) “descrever um problema é caracterizá-lo para saber a sua dimensão e o que ele representa na realidade. Deve identificar o que caracteriza o problema inclusive sua quantificação”.

O problema de saúde priorizado que necessita de um plano de intervenção imediato é a prevalência da hipertensão arterial nas pessoas adultas.

A hipertensão arterial às vezes é associada a distúrbios metabólicos, alterações funcionais e/ou estruturais de órgãos-alvo, e podendo ser agravada por outros fatores de risco, como dislipidemia, obesidade abdominal,

intolerância à glicose e diabetes mellitus (DM) (VI DIRETRIZ BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, 2010).

A hipertensão arterial, mais conhecida como pressão alta, é uma das doenças crônicas do sistema cardiovascular que mais afeta à população no mundo e devido às complicações cerebrais, renais e cardíacas que a mesma pode provocar, assim como pelos efeitos negativos provocados ao estado psicológico, econômico e social dos indivíduos. É muito importante a realização de ações de promoção e prevenção de saúde para evitar a aparição da doença e também as suas complicações (VI DIRETRIZ BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, 2010).

Para Becton (2012, p.81) a prevalência da hipertensão arterial sistêmica, “vem aumentando em países em desenvolvimento por ser uma doença assintomática em suas fases iniciais. Aliado a isso, a falta de informação, por parte da população, contribui para seu baixo controle”.

A mudança dos estilos de vida, adesão a hábitos dietéticos adequados, a realização de exercícios físicos são exemplos de como enfrentar e evitar a hipertensão arterial.

Pode-se concluir que a hipertensão arterial constitui umas das doenças crônicas mais perigosas no mundo e que é necessária a implantação de ações de saúde, e agindo sobre os fatores de risco que podem desencadear o aparecimento desta doença.

6.2 Explicação do problema selecionado (quarto passo)

De acordo com Campos; Faria e Santos (2010, p.56) o quarto passo é a explicação do problema selecionado e tem “como objetivo entender a gênese do problema que se pretende enfrentar a partir da identificação das suas causas. Geralmente, a causa geradora de um problema é outro problema ou outros problemas”.

A HAS essencial ou primária, é uma das causas mais comuns de doenças cardiovasculares, afetando aproximadamente 20% da população adulta em sociedades industrializadas. A doença é um fator de risco para o desenvolvimento da doença coronária, acelera o processo de aterosclerose e pode ser um fator determinante para o surgimento prematuro de morbididades e mortalidade cardiovascular associado à doença coronária, insuficiência cardíaca congestiva, acidente vascular encefálico e doença renal terminal (VI DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO, 2010).

Assim é extremamente importante o conhecimento dos mecanismos fisiopatológicos da doença para o desenvolvimento de novas terapias e para um tratamento farmacológico mais racional.

De acordo com o Caderno de Atenção Básica nº 16 (BRASIL, 2006) a hipertensão arterial pode trazer inúmeras consequências se não tratada pode levar a várias lesões orgânicas (designada como lesão em órgão-alvo), pois são mais vulneráveis:

- No coração (infarto, angina, etc.).
- No cérebro (AVC, isquemia).
- Nos rins (insuficiência renal).
- Nos olhos (retinopatia hipertensiva).

O problema pode se perpetuar porque os pacientes continuam com inadequados estilos de vida, os sistemas de saúde não contam com um acompanhamento adequado dos seus pacientes com HAS e pela falta de conhecimento dos pacientes sobre as complicações da doença.

6.3 Seleção dos nós críticos (quinto passo)

Campos, Faria e Santos (2010, p.65) abordam que o problema tem uma ou várias causas que devem ser analisadas e compreendidas para serem enfrentadas para resolver o problema que tanto inquieta a equipe de saúde. Também esclarecem que as causas devem estar “dentro do meu espaço de governabilidade, ou, então, o seu enfrentamento tem possibilidades de ser viabilizado pelo ator que está planejando”. Para os autores o nó crítico é

definido como a causa de um problema que, quando “atacada” é capaz de impactar o problema principal e transformá-lo.

Os nós críticos identificados pela equipe foram:

- Hábitos e estilos de vida inadequados;
- Processo de trabalho da equipe de saúde desestruturado;
- Baixo nível de informação da população;

6.4 Desenho das operações (sexto passo)

Campos, Farias e Santos (2010) definem as operações como conjuntos de ações que devem ser desenvolvidas durante a execução do plano. As operações consomem recursos econômicos, organizacionais, cognitivos e de poder. Elas são previamente desenhadas para dar suporte ao enfretamento das causas selecionadas como nós críticos, identificar os produtos e resultados para cada operação definida e identificar os recursos necessários para a concretização das operações e conseqüentemente resolução do problema.

Quadro 3 – Operações sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema “alta prevalência da hipertensão arterial”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Jesuíno de Souza Lins, do município Cruzeiro do Sul, Acre.

Nó crítico 1	Hábitos e estilos de vida inadequados
Operação (operações)	<p>-Fazer a identificação precoce dos fatores de risco para hipertensão arterial.</p> <p>-Sensibilizar os usuários para modificar seus hábitos e estilos de vida inadequados nas conversas na sala de espera.</p> <p>-Orientar os usuários para diminuir os fatores de riscos para prevenção da hipertensão arterial: alimentação saudável, a prática de exercícios físicos, abstenção de álcool e tabaco, durante as consultas em grupos e nas visitas domiciliares.</p> <p>-Orientar sobre os cuidados na prevenção dos fatores de risco.</p>

Projeto	Vida com Saúde
Resultados esperados	<ul style="list-style-type: none"> -Diminuição da obesidade, sedentarismo e do hábito de fumar no prazo de um ano. -Adesão aos bons hábitos alimentares. -Adesão às mudanças do estilo de vida. - Diminuição dos índices pressóricos e diminuição de casos novos de hipertensão. -Diminuição do aparecimento de doenças cardiovasculares. -Prevenção de complicações da HAS.
Produtos esperados	<ul style="list-style-type: none"> - Campanhas educativas, pôster informativos, promoção de caminhadas e exercícios físicos programados com o profissional de educação física. -Reuniões em pequenos grupos semanalmente. - População orientada para a diminuição dos fatores de riscos para doenças crônicas principalmente as relacionadas à hipertensão arterial. -Diminuição dos valores pressóricos e controle da hipertensão arterial.
Recursos necessários	<p>Estrutural: áreas para caminhadas, agendamento dos grupos com a nutricionista, com o profissional de educação física e enfermeira.</p> <p>Cognitivo: Informações sobre a hipertensão arterial, fatores de risco e educação para saúde.</p> <p>Financeiro: recursos audiovisuais, folhetos, material esportivo para grupos com o profissional de educação física.</p> <p>Político: conseguir o apoio da Secretaria de Saúde e a mobilização social.</p>
Recursos críticos	<p>Estrutural:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Apoio da equipe de Saúde e do Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF). -Conseguir local adequado na área para o

	<p>desenvolvimento das atividades físicas, conseguir o espaço na rádio local.</p> <p>Cognitivo: informações sobre a hipertensão arterial, fatores de risco e educação para saúde.</p> <p>Político: apoio da Secretaria da Saúde.</p> <p>Financeiro: para aquisição de recursos audiovisuais, folhetos educativos, material esportivo para grupos com o educador físico.</p>
Controle dos recursos críticos	<p>Secretaria de Saúde (motivação favorável) apresentar e discutir o projeto.</p> <p>Equipe de Saúde e NASF (motivação favorável).</p>
Ações estratégicas	Não são necessárias.
Prazo	Quatro meses para o início das atividades.
Responsável (eis) pelo acompanhamento das operações	Diretamente serão responsáveis pelo acompanhamento das operações o médico e a enfermeira com a participação da equipe e do NASF, reuniões quinzenais para discutir o desenvolvimento do projeto, os encaminhamentos necessários. Serão definidas anteriormente metas e indicadores que serão utilizados para o monitoramento e a avaliação das ações.
Processo de monitoramento e avaliação das operações	A gestão do plano é feita pelo enfermeiro e médico da família para que haja a garantia de recursos, indicando novos rumos e correções se houver necessidade.

Fonte: autoria própria

Heredia (2015) em sua experiência fez ações de promoção e prevenção em saúde, fazendo reuniões em grupos de pacientes, fazendo palestras educativas, utilizando meios áudios visuais, distribuição de folders e uso de boletins informativos entre outras atividades. Completa que o paciente ao participar das atividades educativas, mediante a apreensão de conhecimentos relativos à sua condição, participou de forma ativa no processo. A equipe pretende percorrer o caminho de Heredia na execução de suas ações.

Quadro 4– Operações sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema “alta prevalência da hipertensão arterial”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Jesuíno de Souza Lins, do município Cruzeiro do Sul, Acre.

Nó crítico 2	Processo de trabalho da equipe de saúde não estruturado
Operação (operações)	<ul style="list-style-type: none"> - Programar reunião para discutir o processo de trabalho e sua reestruturação. - Implantar a linha de cuidado para diminuir a prevalência da hipertensão arterial. - Capacitar os Agentes Comunitários de Saúde (ACS). - Discutir sobre as funções de cada membro da equipe. - Discutir sobre a importância do trabalho em equipe. - Discutir o processo de trabalho e redefini-lo.
Projeto	Equipe de Saúde + qualificada.
Resultados esperados	<ul style="list-style-type: none"> - Melhoria do trabalho da equipe de saúde. - Aumento do nível de conhecimento dos profissionais da equipe. - Ganho de experiências através da educação permanente em saúde. - Garantia de um atendimento em saúde de qualidade. - Oferecimento de um acompanhamento adequado aos pacientes hipertensos.
Produtos esperados	<p>ACS capacitados, gestão da linha de cuidado implantada.</p> <p>Processo de trabalho da equipe de saúde estruturado.</p>
Recursos necessários	<p>Estrutural: local para reuniões e capacitações.</p> <p>Cognitivo: Informações sobre o processo de trabalho e trabalho em equipe.</p> <p>Financeiro: recursos audiovisuais, folhetos educativos, profissionais capacitados no tema.</p> <p>Político: apoio da Secretaria da Saúde.</p>
Recursos críticos	Estrutural: local adequado para o desenvolvimento das

	<p>atividades.</p> <p>Cognitivo: Informações sobre o processo de trabalho e trabalho em equipe.</p> <p>Financeiro: recursos audiovisuais, folhetos</p> <p>Político: articulação entre os setores da saúde e adesão dos profissionais.</p> <p>Financeiro: recursos necessários para a estruturação do serviço (custeio e equipamentos).</p>
Controle dos recursos críticos	<p>Secretaria de Saúde (motivação favorável) apresentar e discutir o projeto.</p> <p>Equipe de Saúde e NASF (motivação favorável).</p> <p>Médico e enfermeira (motivação favorável).</p>
Ações estratégicas	Não são necessárias
Prazo	Início em três meses e finalização em 12 meses.
Responsável (eis) pelo acompanhamento das operações	Coordenador da ABS, médico e enfermeira. Reuniões quinzenais para discutirem o desenvolvimento do projeto, os encaminhamentos necessários. Serão definidas anteriormente metas e indicadores que serão utilizados para o monitoramento e a avaliação das ações.
Processo de monitoramento e avaliação das operações	Médico e enfermeira. Serão definidas anteriormente metas e indicadores que serão utilizados para o monitoramento e a avaliação das ações.

Fonte: autoria própria

Ao discutir a reestruturação do processo de trabalho, a equipe de Saúde da Família fundamentou nos referenciais teóricos de vigilância e promoção da saúde.

A capacitação e sensibilização da equipe de saúde amplia a adoção de práticas como orientação sobre fatores de risco e avaliação de órgãos-alvo da HAS, variáveis consideradas como qualificadoras do cuidado (PICCINI *et al.*, 2012).

É evidente que a equipe capacitada é capaz de prestar uma assistência integral e contínua aos pacientes e às famílias identificando situações de risco

à saúde, desenvolvendo processos educativos para a saúde, voltados à melhoria do autocuidado dos indivíduos (BRASIL, 2013).

A equipe de saúde pretende a partir da oferta organizada de serviços, ampliar o processo de trabalho de forma não somente a atender à demanda que vem espontaneamente aos serviços de saúde, mas, especialmente, desenvolver ações para as pessoas que ainda não conhecem ou não frequentam o serviço de saúde. Para tanto, é necessário que a equipe conheça o seu território e as pessoas moradoras, os problemas que eles vivenciam e as dificuldades do dia a dia, neste sentido o diagnóstico situacional foi o instrumento facilitador.

Quadro 5 – Operações sobre o “nó crítico 3” relacionado ao problema “prevalência da hipertensão arterial”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Jesuíno de Souza Lins, do município Cruzeiro do Sul, Acre.

Nó crítico 3	Baixo nível de informação da população sobre hipertensão arterial
Operação (operações)	<ul style="list-style-type: none"> - Conhecer a população com fatores de risco de adoecer de hipertensão arterial. - Avaliar o nível de informação da população de risco e de pacientes hipertensos. - Conhecer a população hipertensa. -Aumentar o nível de informação da população sobre a hipertensão arterial, suas complicações e fatores de risco na população alvo. - Monitorar a adesão aos tratamentos indicados. - Realizar visitas domiciliares daqueles pacientes com mais dificuldade.
Projeto	Saber+
Resultados esperados	<ul style="list-style-type: none"> - População mais informada sobre os riscos da hipertensão arterial. - População mais consciente da importância do tratamento medicamentoso e não medicamentoso.
Produtos	-População mais informada e com mais conhecimentos

esperados	sobre os riscos e complicações da doença. - Melhor adesão ao tratamento. - Aumento do controle e acompanhamento dos pacientes hipertensos e com riscos da área de abrangência.
Recursos necessários	Estrutural: apoio da equipe de Saúde e Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) e organização da agenda Cognitivo: conhecimento sobre estratégias de comunicação. Financeiro: - recursos audiovisuais, folhetos educativos. Político: articulação intersetorial (parceria com o setor educacional) e mobilização social.
Recursos críticos	Estrutural: conhecimento de todos da equipe sobre o assunto e disponibilidade para participar do projeto. Cognitivo: conhecimento sobre estratégias de comunicação. Político: articulação intersetorial. Financeiro: recursos audiovisuais, folhetos educativos.
Controle dos recursos críticos	Secretaria de Educação (motivação favorável). Secretaria de Saúde (motivação favorável). Médico e enfermeira (motivação favorável).
Ações estratégicas	- Não são necessárias.
Prazo	Início em três meses e término em seis meses.
Responsável (eis) pelo acompanhamento das operações	A gestão do plano será feita pela enfermeira, o médico da família e o coordenador da UBS, para que haja a garantia de recursos, indicando novos rumos e correções se houver necessidade.
Processo de monitoramento e avaliação das operações	Médico e enfermeira. Serão definidas anteriormente metas e indicadores que serão utilizados para o monitoramento e a avaliação das ações.

Fonte: autoria própria

A metodologia utilizada para o desenvolvimento das ações é de natureza participativa, os pacientes hipertensos e familiares e membros da equipe de saúde, vão atuar ao mesmo tempo como sujeitos e objetos de aprendizagem, o que favorecerá o processo de ensino e intercâmbio, o diálogo vai enriquecer tanto aqueles que fornecem informações como os que buscam informações.

6.5 Procedimentos antes e durante a implantação do projeto propriamente dito

-Realizar inicialmente uma reunião com todos os membros da equipe para sensibilizá-los sobre o projeto, em especial os agentes comunitários de saúde (ACS), para que em suas visitas domiciliares, divulguem as ofertas do serviço às famílias.

-Antes de elaborar o projeto propriamente dito foi necessário realizar algumas atividades que possibilitasse um maior conhecimento da clientela que seria atendida ou seja, pacientes hipertensos que aceitassem o convite para participar do projeto e que apresentavam pouco conhecimento de sua doença, com fatores de risco socioambientais aumentados e estilos de vida inadequados. Esse passo possibilitou fazer um trabalho utilizando técnicas de dinâmicas interativas para repassar o conhecimento que foi chamado de programa educativo.

-A divulgação do projeto foi feita com ajuda do enfermeiro e técnicas de enfermagem, além de participação dos agentes comunitários de saúde.

-Realizou intervenção educativa sobre autocuidado com ações desenvolvidas por uma equipe multidisciplinar com um grupo de 60 pacientes hipertensos e 10 pacientes com fatores de risco de adoecer de pressão alta.

As visitas domiciliares, consultas e a sala de espera foram utilizadas como espaços para orientação sobre os riscos da hipertensão arterial, as complicações, importância de uma alimentação saudável, prática de exercícios físicos, participação em grupos de caminhadas, etc.

Foram seguidas as etapas para o atendimento dos pacientes.

Etapa 1. Identificação dos pacientes hipertensos e pacientes com fatores de risco de adoecer de pressão alta cadastrados na UBS por microárea que aceitaram o convite para participação do projeto durante as consultas na UBS e por meio das visitas domiciliares e grupos interativos.

Etapa 2. Agendamento de consultas individuais, conscientização de importância da consulta periódica, monitoramento e avaliação da resposta terapêutica.

Etapa 3. Trabalho da equipe na comunidade, em especial dos agentes comunitários de saúde para a conscientização sobre a importância da prática de exercícios físicos e de uma dieta saudável como parte do tratamento.

Etapa 4. Reuniões quinzenais (Primeira e terceira 5ª terça-feira de cada mês) na unidade para discussão dos temas abaixo.

1- Troca de experiências entre doentes crônicos, pacientes com fatores de risco de adoecer de pressão alta e equipe, para levantar os saberes dessa população com relação à hipertensão arterial (equipe multidisciplinar).

2- A partir dos conhecimentos trazidos pelos pacientes, falar sobre as complicações e a cronicidade da doença e suas formas de tratamento, enfatizando a importância das mudanças no estilo de vida (equipe multidisciplinar).

3- Importância da prática de exercícios físicos no controle da Hipertensão Arterial (profissional de educação física e médico).

4- Alterações psicossociais da hipertensão arterial (psicóloga).

5- Importância do apoio da família nas mudanças de estilos de vida (equipe multidisciplinar).

Etapa 5. Avaliação

Os pacientes serão avaliados individualmente e coletivamente através das consultas, visitas domiciliares, e dos grupos, a partir de suas experiências vividas, aspectos positivos e negativos relacionados ao controle da hipertensão arterial. Essas avaliações permitirão redirecionar as práticas para as necessidades dos pacientes, possibilitando assim atingir os objetivos.

Espera-se melhorar o conhecimento dos pacientes hipertensos e dos pacientes com fatores de risco de adoecer de pressão alta sobre a doença, seus

cuidados, fatores de risco e contribuir para mudanças no estilo de vida, especialmente, estimular a prática de exercícios físicos e realização de uma dieta balanceada para melhorar a qualidade de vida.

A equipe envolvida no projeto são o médico, enfermeiro, técnicos de enfermagem, ACS, Psicólogo e o profissional de educação física.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com este estudo concluiu-se que agindo na prevenção sobre os fatores de risco podem diminuir a pressão arterial e também o alto índice de prevalência, complicações e a mortalidade causada pela doença, assim como a sua repercussão psicossocial.

A literatura consultada veio demonstrar que é muito importante a realização de exercícios físicos, evitar o estresse, levar um estilo de vida adequado e ter uma dieta saudável, com a finalidade de evitar aparecimento da hipertensão arterial e suas complicações.

Com o aumento do conhecimento da população sobre a doença, podem-se alcançar grandes resultados no controle e tratamento da mesma. Portanto, é imprescindível que os usuários sejam capazes de realizar o autocuidado.

A metodologia participativa apontada por vários autores é enfatizada como um método que valoriza o conhecimento que os pacientes já possuem em relação à doença assim como crenças e mitos, dieta e atividade física e responsabilidade frente ao autocuidado bem como relatos de dificuldade de adesão ao tratamento medicamentoso e à dieta. A oficina mostrou-se como espaço de reflexão e debate sobre a adoção de hábitos saudáveis, concluiu-se que os programas de educação em hipertensão arterial, permitem a vivência e a experiência em se trabalhar de forma conjunta, integrando e compartilhando conhecimentos, visando a redução da prevalência desta doença, assim como a mortalidade e as suas complicações, e desta forma melhorar e prolongar a qualidade de vida e o melhor cuidado do usuário e da comunidade.

Esperamos alcançar nosso objetivo almejado.

REFERÊNCIAS

ALFONZO GUERRA JP. Hipertensión arterial en la atención primaria de salud. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2009.p.7-14.

ALVES. G, G; AERTS.D. As práticas educativas em saúde e a Estratégia Saúde da Família. Ciências e Saúde coletiva. 2007.

ALALVES. J, G, B.et al.; “Atividade física em crianças; promovendo a saúde do adulto” Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil 3.1 (2003) 5-6.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA PARA O ESTUDO DA OBESIDADE E DA SÍNDROME METABÓLICA. DIRETRIZES BRASILEIRAS DE OBESIDADE – ABESO – 2009–2010. 3ª edição. São Paulo: ABESO; 2009.

AZIZ. J, L. Sedentarismo e Hipertensão Arterial. Rev Bras. Hipertensão, V.21, n.2, p75-82, 2014.

BECTION, L.J; SHATAT, I.F; Flynn, J.T. Hypertension and obesity: epidemiology, mechanisms and clinical approach. Indian J Pediatric 2012; 79(8):1056- 61. 19. Hujova

BOMBIG, M. T. N; FRANCISCO, Y. A; MACHADO. C, A. A importância do sal na origem da hipertensão in VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. Rev. Bras. Hipertens. 2010; v.17, n.1):18-21.

BRAND, C; SCHUH, L.X; GAYA, A. R. Atenção primária e os desafios à promoção da qualidade de vida de hipertensos. Universidade de Santa Cruz do Sul (Unisc), Santa Cruz do Sul, RS, Brasil Cinergis 2013;14(3):161-165

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e estatística. IBGE Cidades. 2016

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e estatística. IBGE Cidades. 2017

BRASIL. Ministério da Educação. Índice de Desenvolvimento da Educação Básica- IDEB 2009.

portal.mec.gov.br/component/tags/tag/31969-ideb

BRASIL. Ministério da Saúde [Internet]. Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico [acesso em 02 mar. 2010]. Disponível em:
<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/resumo_relatorio_vigitel_2006_marco_2007.pdf>

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica hipertensão arterial sistêmica. Cadernos de Atenção Básica, n° 37 Brasília – DF 2013

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde / Ministério da Saúde. Caderno de Atenção Básica n° 14, 58p, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ações do ministério da saúde no controle da Hipertensão. Brasília, DF, 2012.

BURGOS. P, F, M. et al. A obesidade como fator de risco para a hipertensão. Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. Rev. Bras. Hipertensão, v.17, n.1, 2010.

CAMPOS, F.C.C.; FARIA H. P.; SANTOS, M.A. Planejamento e avaliação das ações em saúde. NESCON/UFMG. 2ed. Belo Horizonte: NESCON/UFMG, 2010. Disponível em:
<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/Planejamento_e_aval_iacao_das_acoes_de_saude_2/3>. Acesso em: 15 de nov. 2017.

CASTILHO. E A. DE; GOLDBAUM. M. Doenças crônicas não transmissíveis e inquéritos populacionais. Rev. Saúde Pública v.51 supl.1 São Paulo, 2017. Epub June 01, 2017.

CIDADE DE CRUZEIRO DO SUL, Mochileiro Descobrimdo o Brasil - Estado do Acre - Turismo e Cultura no Brasil.2018

DE SOUZA. D, S, M. Álcool e hipertensão. Aspectos epidemiológicos, fisiopatológicos e clínicos. Rev Bras Hipertens v. 22, n.2:40-3, 2015

FEPEG. Fórum de Ensino, Pesquisa, Extensão e Gestão. Perfil Epidemiológico da Hipertensão Arterial Sistêmica. 2015.

FERNANDES, M. C. P.; BACKES, V. M. S. Educação em saúde: perspectivas de uma equipe da estratégia saúde da família sob a óptica de Paulo Freire. Revista Brasileira de Enfermagem, v. 63, n. 4, p. 567-73, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v63n4/11.pdf> Acesso junho de 2018.

FLORES O. A prática de saúde enquanto uma prática educativa. Brasília: Ministério da Saúde, Divisão Nacional de Saúde Pública; [s/d]. (mimeo).

GARCÍA. Y, R. et al. Intervención educativa sobre hipertensión arterial en pacientes geriátricos Archivo Médico de Camagüey, v. 12, n. 4, julio-agosto, 2008 Centro Provincial de Información de Ciencias Médicas de Camagüey, Camagüey, Cuba.

HEREDIA.V, A. Intervenção educativa em pacientes com hipertensão arterial sistêmica no PSF 05 no município de novo Gamago. Trabalho de Conclusão de Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, apresentado à Universidade Federal do Mato Grosso do Sul.2015

HERNÁNDEZ F.et al. Hipertensión arterial: comportamiento de su prevalencia y de algunos factores de riesgo. Revista Cubana Medicina General Integral; 2010. v.12 (2). p 9-145.

<<[Http://www.faculdades.inf.br/ac/cruzeiro-do-sul-1](http://www.faculdades.inf.br/ac/cruzeiro-do-sul-1)>>.

JORNAL TRIBUNA DO JURUÁ. Hospital do Juruá revoluciona a saúde na região. Outubro ,2010.

LOPES. H, F. Genética e hipertensão arterial. Rev Bras Hipertens v. 21(2):87-91, 2014.

MENDES, E. V. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília/DF: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012. Disponível em: <http://apsredes.org/site2012/wp-content/uploads/2012/04/Redes-de-Atencaocondicoes-cronicas>. Acesso junho de 2018.

MION. JUNIOR, D.; V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. Arq. Bras. Cardiol. v.89 no.3 São Paulo Sept. 2007.

PICCINI. R, X. Promoção, prevenção e cuidado da hipertensão arterial no Brasil. Rev. Saúde Pública.v.6 n.3 São Paulo June 2012 Epub Apr 17, 2012

<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102012005000027>

PÓVOA.R (editor) Revista Brasileira de Hipertensão. V. 21, n. 2, 2014. Disponível em: <<http://www.departamentos.cardiol.br/sbc-dha/profissional/revista/21-2.pdf>> Acesso em: 13 de nov. 2017

RITLA. Americana - Jus Brasil. Mapa da Violência dos Municípios Brasileiros-2008. Rede de Informação Tecnológica Latino -

Base de dados dos municípios. <https://www.jusbrasil.com.br/.../rede-de-informacao-tecnologica-latino-americana-ritla>. Consultado em 11/09/2017.

SANTOS. Z, M, DE S, A; LIMA. H, DE P. Tecnologia Educativa em Saúde na Prevenção da Hipertensão Arterial em Trabalhadores: Análise das Mudanças

no Estilo de Vida. Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 2008 Jan-Mar; 17(1): 90-7

SOUSA. M, G, DE. Tabagismo e Hipertensão arterial: como o tabaco eleva a pressão in VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. Rev. Bras. Hipertens. 2010; v.17, n.1.

TUDO EM FOCO (2017) <<http://www.tudoemfoco.com.br/cruzeiro-do-sul-acre-ac.html>>.

VANHEES. L, GELADAS. N, HANSEN. D, et al. Importance of characteristics and modalities of physical activity and exercise in the management of cardiovascular health in individuals with cardiovascular risk factors: recommendations from the EACPR. Part II. Eur J Prev Cardiol. 2012; 19(5):1005-33.

V DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO ARTERIAL Arq. Bras. Cardiol. v.89, n.3 São Paulo Sept. 2007

<http://dx.doi.org/10.1590/S0066-782X2007001500012>

VI DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO. Arq. Bras. Cardiol. v.95, n.1 supl.1. São Paulo, 2010.

Wildman RP, Gu D, Muntner P, Huang G, Chen J, Duan X, et al. Alcohol intake and hypertension subtypes in Chinese men. J Hypertens. 2005; n.23(4), p.737-43.

WILDMAN. R, P; GU. D.F; MUNTNER P, et al. Nutrition in the Prevention and Treatment of Abdominal Obesity. Epidemiology and pathophysiology of abdominal obesity. 2014, p.537.

World Health Organization. A global brief on hypertension: silent killer, global public health crisis. World Health Day 2013. Geneva: World Health

Organization; 2013. Disponível em:

http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/87679/WHO_DCO_WHD_2013_2_spa.pdf;jsessionid=CB700A253D38DFFDB24C46A38244D747?sequence=1

> Acesso em: 01 jun. 2018.