

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO
UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS (UNA-SUS)
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE INDÍGENA
REGIÃO: MATA ATLÂNTICA-TURMA II

JUAN CARLOS RAMOS REYES

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Saúde Indígena, da Universidade Federal de São Paulo.

Orientadora: **Ana Paula Grotti Clemente.**

SÃO PAULO

2017

**PROJETO DE INTERVENÇÃO: FATORES DE RISCO DOS PACIENTES
HIPERTENSOS DA COMUNIDADE INDIGENA ETNIA ATIKUM**

EQUIPE BASICO DE SAÚDE II

POLO BASE ATIKUM

MUNICIPIO CARNAUBEIRA DA PENHA

JUAN CARLOS RAMOS REYES

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Saúde Indígena, da Universidade Federal de São Paulo.

Orientadora: **Ana Paula Grotti Clemente.**

SÃO PAULO

2017

RESUMO

A hipertensão arterial é uma das doenças crônicas não transmissíveis de maior prevalência no mundo inteiro, representando um grande desafio para a saúde pública. Essa constitui o principal motivo de consulta nos serviços de saúde da atenção primária. É o principal motivo de consulta nos serviços de saúde da área de Atikum, município carnaubeira da penha, Pernambuco. Entretanto essa doença é possível de ser controlada modificando o estilo de vida e combatendo os fatores de risco não apenas com o uso de medicações anti-hipertensivas. Objetivo: Elaborar um plano de intervenção visando a melhoria da qualidade de vida dos pacientes portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica na equipe 2 Atikum. Resultado: Foi organizado um plano de ação com base em encontros que visam educação em saúde para a modificação do estilo de vida e controle dos fatores de riscos para a prevenção e tratamento dos pacientes hipertensos. A orientação da pessoa com hipertensão arterial constitui uma ferramenta útil para uma promoção de saúde personalizada, visando melhorar a adesão ao regime terapêutico e uma melhor qualidade de vida. Conclusão: Espera-se que os pacientes do projeto alcancem um maior conhecimento sobre sua doença, fatores de risco e como enfrentá-los e conseqüentemente possam evitar, dentro do possível, as complicações derivadas da doença.

Palavras-chave: Hipertensão, Fatores de Risco, Intervenção Precoce, Educação em Saúde.

ABSTRACT

Hypertension is of the chronic diseases most prevalent worldwide, and represent a major challenge to public health. This is the main reason for consultation on health services in primary care. service. Furthermore it is also the main reason for consultation on health service in the covered area by the Atikum, Carnaubeira da Penha city, Pernambuco. This disease can be controlled by changing lifestyle and combating the risk factors and not only with the use of antihypertensive medications. Objective: Develop an action plan aimed at improving the quality of life of patients with systemic hypertension in health team Polo base Atikum. Result: An action plan base don meeting abautheald education was organized for lifestyle modification and control of risk factors for the prevention and treatment of hypertensive patients. The education of hypertension person is a useful tool for a personalized health promotion, to improve adherence to treatment regimen and a better quality of life. Conclusion: It is expected that the patients of this project achieve a better understanding of their disease, risk factors and how to face them and consequently how to avoid when posible, the complications of the disease.

Keywords: Hypertension, Risk Factors, Early Intervention, Health Education.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	5
1.1-Breves informações sobre o território.....	8
1.2-Sistema de atenção à Saúde no município.....	8
1.3-A equipe de atendimento, seu território de abrangência e sua população adstrita Etnia Atikum.....	8
1.4-Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade.....	9
2. OBJETIVOS.....	10
2.1 Objetivo geral.....	10
2.2 Objetivos específicos.....	10
3. METODOLOGIA.....	11
4. RESULTADOS ESPERADOS.....	19
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	20

1. INTRODUÇÃO

1.1 Breves informações sobre o território

No Brasil, estudos realizados demonstraram que os fatores de risco mais comuns para a hipertensão arterial são a obesidade e sobrepeso, alto consumo de sal, consumo de álcool, estresse psicoemocional, baixos níveis de atividade física, além do tabagismo. A obesidade predispõe a hipertensão arterial e duplicou de 1980 a 2008, mais de 500 milhões de pessoas são consideradas obesas no mundo, ou seja, 12% da população. América é o continente de mais pessoas obesas com 26% dos adultos (MONTEIRO, 2007)

A HAS é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial (PA). Associa-se frequentemente a alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo (coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos) e a alterações metabólicas, com conseqüente aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais. Essa doença tem alta prevalência, porém baixas taxas de controle. É considerada um dos principais fatores de risco modificáveis e um dos mais importantes problemas de saúde públicas que interfere diretamente nas doenças circulatórias e cardíacas (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

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. Em 2001, cerca de 7,6 milhões de mortes no mundo foram atribuídas à elevação da PA (54% por acidente vascular encefálico – AVE e 47% por doença isquêmica do coração – DIC), sendo a maioria em países de baixo e médio desenvolvimento econômico e mais da metade em indivíduos entre 45 e 69 anos. Em nosso país, as DCV têm sido a principal causa de morte. Em 2007 ocorreram 308.466 óbitos por doenças do aparelho circulatório. Entre 1990 a 2006, observou-se uma tendência lenta e constante de redução das taxas de mortalidade cardiovascular (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010, p 1-2).

Revisão sistemática quantitativa de 2003 a 2008, de 44 estudos em 35 países, revelou uma prevalência global de 37,8% em homens e 32,1% em mulheres (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

A hipertensão arterial é um importante fator de risco para doenças decorrentes de aterosclerose e trombose, que se exteriorizam, predominantemente, por acometimento cardíaco, cerebral, renal e vascular periférico. É responsável por 25 e 40% da etiologia multifatorial da cardiopatia isquêmica e dos acidentes vasculares cerebrais, respectivamente (FUCHS, 2004).

Taxas de prevalência mostram que cerca de 20% dos adultos apresentam hipertensão arterial, mas os estudos ainda restritos as Regiões Sul e Sudeste. Inquéritos populacionais realizados em cidades brasileiras revelam prevalência meia de 32.5 % de hipertensão na faixa etária acima de 18 anos, mais de 50 % entre 50 e 69 anos e 75 % acima de 70 anos (LESSA, 200).

Estudos recentes sobre o tema revelam dados sobre as complicações que justificam fazer todas as ações possíveis para prevenir esta doença, responsável por 80% dos casos de acidente cérebro vascular, 60% dos casos de infarto agudo do miocárdio e 40% das aposentadorias precoces, além de significar um custo de 475 milhões de reais gastos com 1,1 milhão de internações por ano (SILVA, 2011).

Destaca-se que a ampliação das ações com esse grupo de risco deve ser preconizada, em virtude do custo-benefício do controle da hipertensão arterial (consultas periódicas, grupos educativos, visitas domiciliares) em detrimento do custo do tratamento dos agravos (hemodiálise, cirurgias de repercussão em infarto cardíaco, tratamento da retinopatia hipertensiva, internações, fisioterapia, etc.). Percebe-se que os gastos em saúde são minimizados se a intervenção for feita na atenção primária, e não na secundária ou terciária, havendo possibilidade de promover melhor qualidade de vida para a comunidade (BRASIL, 2002).

A prevenção de danos que acometem o indivíduo hipertenso é uma das principais abordagens realizadas pela Estratégia de Saúde da Família. O caráter crônico da doença e sua instalação insidiosa, que pode permanecer assintomática por 15 a 20 anos, confirma a importância do acompanhamento e da adesão ao tratamento pelos pacientes. Os médicos de família são capacitados para identificar os casos que necessitam de outros níveis de atenção à saúde, mas a maioria dos hipertensos consegue controlar-se na Atenção Primária à Saúde (APS) (BRASIL, 2002). Entretanto, na assistência integral à saúde é necessário tratar o indivíduo como um todo, neste contexto, se insere as ações de prevenção, promoção e assistência, a fim de evitar complicações muitas vezes incapacitantes (BRASIL, 2002)

Há a necessidade de uma mudança de estilo de vida dos pacientes (hábitos alimentares, prática de exercícios), uma vez que é uma doença de difícil controle apenas no âmbito ambulatorial. É importante que não só o hipertenso, mas toda sua família se conscientize acerca da importância dos hábitos saudáveis de vida como principais medidas de prevenção contra a hipertensão (SARAIVA et al, 2009)

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), a APS tem como função central do sistema de saúde levar a assistência o mais próximo possível do local onde as pessoas vivem e trabalham, constituindo o primeiro elemento de um processo de atenção continuada à saúde. É, portanto, o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade que permite conhecer de perto os riscos que condicionam as doenças neste caso a Hipertensão arterial com uma elevada

prevalência na área de Atikum, pertencente ao município Carnaubeira da Penha, Pernambuco.

Weschenfelder e Gue (2012) referem que a implementação de estilos de vida que afetam de forma favorável a população tanto pode prevenir o risco de desenvolver como contribuir para o tratamento da hipertensão arterial. Assim faz-se necessário uma atenção especial a cada fator de risco modificável, como, o controle do peso e obesidade, porque sabe-se que mesmo uma modesta perda de peso pode diminuir consideravelmente nos níveis da PA.

Um estudo realizado por Puccini et.al (2012) demonstrou que a proporção de pacientes hipertensos descompensados foi significativamente menor entre os que foram orientados para manter um peso ideal, realizar atividade física e diminuir a quantidade de sal na alimentação. Nesse sentido, percebe-se a importância do papel dos profissionais de saúde para o auxílio nas mudanças de comportamento por meio do conhecimento desses fatores de risco.

Pernambuco é uma das 27 unidades federativas do Brasil. Situado a centro-leste da região Nordeste, Pernambuco tem uma área de 98.281 km² mais os 18,2 km² do arquipélago de Fernando de Noronha que, em 1988, foi reincorporado ao seu território. Limita-se, ao Norte, com o Ceará e a Paraíba; a Oeste, com o Piauí; ao Sul, com Bahia e Alagoas; a Leste, com o Oceano Atlântico. Sua capital é a cidade do Recife, e a sede administrativa é o Palácio do Campo das Princesas). Número de municípios:184.



Está dividido em três grandes regiões geoeconômicas: Litoral/Mata, Agreste e Sertão.

1.2 Sistema de atenção à Saúde no município

Nosso DSEI encontrasse situado no litoral nordeste Pernambucano no município Recife endereço atual Av: Conselheiro Rosa e Silva, 1489 - aflita, CEP: 52 050 020. O Polo Base Atikum tem como primeira referência hospitalar a Unidade Mista Argemiro José Torres, localizada em Carnaubeira da Penha; e como referência de média complexidade, o Hospital Regional de Serra Talhada, cidade que fica a aproximadamente 90 km de distância. Os exames laboratoriais são realizados no Laboratório Municipal e/ou nos laboratórios particulares conveniados da Secretaria Municipal de Saúde. As consultas especializadas são marcadas para UPAE na cidade de Serra Talhada pela regulação da Secretaria Municipal. Outras especialidades, exames e cirurgias são encaminhados para Recife para os centros de referência regulados pela Casa de Apoio Saúde Indígena. Equipe de atendimento, seu território de abrangência e sua população adstrita.

1.3 A equipe de atendimento, seu território de abrangência e sua população abscrita Etnia Atikum

O DSEI conta para seu atendimento com uma extensão territorial de uns 120 791 hectares. Na sua jurisdição tem 15 municípios (Águas Belas, Buíque, Cabrobó, Carnaubeira da Penha, Floresta, Ibimirim, Inajá, Jatobá, Orocó, Pesqueira, Petrolândia, Tacaratu e Tupanatinga). A população indígena nossa é de um aproximado de 46 839 índios, em 245 aldeias e 14 920 famílias, as etnias são 10 (Atikum, Fulni-ô, Kambiwá, Kapinawá, Pankará, Pankararu, Pipipan, Truká, Tuxá e Xucuru).

A estrutura é de 12 Polos bases, 46 postos de saúde com uma distribuição equitativa no território jurisdicional, 23 equipes multidisciplinar de saúde e 1 CASAI na capital para alojamento dos índios doentes.

A equipe de atendimento, seu território de abrangência e sua população adstrita.

Nossa área de trabalho tem uma extensão que abarca um total de 18 aldeias nas quais se encontram (Sede, Lagoa cercada, Boa Vista, Jacaré, Bom Jesus, Baixão, Pedra de Fogo, Caxuá, Tupã, Cachoeira dois, Casa de Telha, Boqueirão, Angico, Chapada, Jatobá, caldeirão, quixabeira e Samambaia).

População atual equipe II, Polo Base Atikum:

EDAD	TOTAL	MASCULINO	FEMENINO
< 1 ANO	31	19	12
1 -4	143	74	69
5 -9	214	105	109
10 -14	194	104	90
15-19	168	86	82
20-29	250	133	117
30-49	289	148	141
50 -59	62	29	33
60 MAS	86	44	42

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

Com um total de população atual de 1437 pessoas onde o grupo etário predominante é nas idades mais jovens. Compreendidas entre os 13 e 55 anos. Nos grupos de riscos temos a obesidade (10%), sedentarismo (33%), hipercolesterolêmica, dependência dos psico-farmacos, alcoolismo, hábitos alimentícios inadequados, nível de pobreza extremo, gravidez na adolescência, serviço de água potável inacessível, inexistência de serviços sanitários adequados, a coleta e disposição de lixo é inadequada e baixo nível cultural da população (No sentido da higienização e estilos de vida adequados.), até aqui os mais importantes. Atualmente temos 31 lactantes, 15 gestantes, 86 idosos, 137 hipertensos, 11 diabéticos, 8 asmáticos, 15 cardiopatias isquêmicas e 48 pacientes com atendimentos de saúde mental. Das doenças infectocontagiosas deste ano tivemos uma TB pulmonar tratada e com boa evolução, a hipertensão arterial é a primeira causa de consulta em nossa área sendo nossa prioridade de atendimento.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Elaborar um plano de intervenção visando a melhoria da qualidade de vida dos pacientes portadores de HAS da Equipe II Polo Base Atikum.

2.2 Objetivos específicos

Realizar caracterização sócio demográfica dos pacientes hipertensos que participam na intervenção educativa no Posto de Saúde Sede.

Identificar o conhecimento dos pacientes hipertensos sobre HAS.

Propor uma intervenção educativa para modificar os fatores de risco modificáveis dos pacientes hipertensos.

3. METODOLOGIA

Vamos a utilizar o Diagnóstico Situacional para a construção do Plano de Ação, seguindo os dez passos, eles são a definição do problema; priorização do problema; descrição do problema selecionado; explicação do problema; seleção dos não críticos; desenho das operações; identificação dos recursos críticos; análise de viabilidade do plano; elaboração do plano operativo e gestão do plano (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

Para a pesquisa de dados teóricos realizaremos revisão narrativa da literatura, através de consulta de artigos científicos com os descritores “adesão à medicação” e “hipertensão arterial sistêmica” nas bases de pesquisa LILACS, SCIELO e MEDLINE. Também foi utilizado o documento VI Diretrizes Brasileiras da abordagem da Hipertensão (2010) e o Caderno de Atenção Básica N°5: Hipertensão Arterial Sistêmica, além de dados de dados do banco de dados do DATASUS e IBGE.

Na definição do problema é o momento em que se determina o que, o quando, onde e quem, bem como é realizada a caracterização da população segundo as variáveis: Demográficas (sexo e idade), Socioeconômicas (renda, condições de vida, mercado de trabalho, etc.), Políticas (interesses, desejos, necessidades, demandas, etc.) e culturais (hábitos, comportamentos, etc.) (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

Na priorização do problema deve ocorrer a seleção dos problemas a serem priorizados para a intervenção. Podem ser utilizados os seguintes critérios de: Magnitude – tamanho do problema / volume da população afetada (+); Valorização social – impacto do problema na percepção dos diversos grupos da população (+); e Disponibilidade tecnológica – capacidade operacional (técnico administrativa, médica-sanitária) do sistema (+) e Custo estimado (-) (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

A descrição do problema selecionado é o momento de caracterizá-lo para ter-se a ideia da sua dimensão e de como ele se apresenta numa determinada realidade. Portanto, da forma mais precisa possível, deve-se identificar o que caracteriza o problema, inclusive pela sua quantificação. Este é um passo muito importante, por duas razões: para afastar qualquer ambiguidade diante do problema que se quer enfrentar; para obter indicadores que serão utilizados para avaliar o impacto alcançado pelo plano (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

A explicação do problema tem como objetivo entender a gênese do problema que queremos enfrentar a partir da identificação das suas causas e a seleção dos não críticos é para a identificação das causas mais importantes na origem do problema e que precisam ser enfrentadas (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

No desenho das operações são pensadas as soluções e estratégias para o enfrentamento do problema, iniciando a elaboração do plano de ação propriamente dito. São objetivos desse passo: descrever as operações para o enfrentamento das causas selecionadas como “não críticos”; identificar os produtos e resultados para cada operação definida; identificar os recursos necessários para a concretização das operações. Outro ponto importante é a Identificação dos recursos críticos para analisar a viabilidade de um plano. São considerados recursos críticos aqueles indispensáveis para a execução de uma operação e que não estão disponíveis e, por isso, é importante que a equipe tenha clareza de quais são esses recursos, para criar estratégias para que se possa viabilizá-los (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

Na análise de viabilidade do plano inicialmente devem ser identificadas três variáveis fundamentais: quais são os atores que controlam recursos críticos das operações que compõem o plano; quais recursos cada um desses atores controla; qual a motivação de cada ator em relação aos objetivos pretendidos com o plano (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

Por fim, tem-se a elaboração do plano operativo propriamente com a designação de responsáveis pelos projetos e operações estratégicas, além de estabelecer os prazos para o cumprimento das ações necessárias. E na Gestão do plano deve-se desenhar um modelo de gestão do plano de ação e discutir e definir o processo de acompanhamento do plano e seus respectivos instrumentos. É preciso desenvolver e estruturar um sistema de gestão que dê conta de coordenar e acompanhar a execução das operações, indicando as correções de rumo necessárias. Esse sistema de gestão deve também garantir a eficiente utilização dos recursos, promovendo a comunicação entre os planejadores e executores (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

Público-alvo A intervenção envolve 60 pacientes dos 137 cadastrados como hipertensos da equipe de Atikum. A equipe envolvida está composta por médico, enfermeira e agentes de saúde.

Desenho da operação: No Polo Atikum existe um número acentuado de pacientes que assistem a consulta por hipertensão arterial descompensada, o inadequado controle sobre os fatores de risco como principal causa de a não compensação.

Os pacientes não realizavam acompanhamento adequado e não conhecem os fatores de risco. Quando os pacientes foram questionados com perguntas simples do estilo de vida, na maioria dos casos aceitaram seu desconhecimento sobre alguns aspectos do tema.

As ações dirigidas aos usuários hipertensos dar-se-ão na própria unidade de saúde (consultório e sala de reuniões) ou no local destinado para grupo de hipertensos.

Etapa 1

Essa investigação será através de abordagem no momento do acolhimento na unidade de saúde e durante as consultas e a entrevista. Inicialmente será necessária a identificação da população com hipertensão arterial e fatores de risco mais frequentes, presente entre os pacientes cadastrados na unidade, para assim, direcionar as ações preventivas.

Etapa 2

Os selecionados, então, serão convocados para uma reunião no Posto de Saúde (PS), para descrição rápida do objetivo e a importância do projeto de intervenção.

Etapa 3

Agendamento de consultas individuais para conscientização da importância da consulta periódica, monitoramento da tensão arterial e avaliação dos fatores de risco.

Etapa 4

Serão realizadas reuniões quinzenais, no PS, nas quais cada dia será discutido um tema relacionado com os fatores de risco mais frequentes, de acordo com o tema selecionado para essa data.

Quadro 1. Esquema da proposta da ação de intervenção

Dia	Tema	Palestrante
1	Acolhimento e explicação do projeto	Equipe de Saúde
2	Indicação de exercícios físicos adequados, sua importância.	Médico
3	Indicação de exercícios físicos adequados, sua importância.	Enfermeira
4	Propostas de medidas alternativas, não farmacológicas para controlar a pressão arterial.	Enfermeira
5	Como evitar as principais complicações da HAS.	Médico
6	Discussão analítica e global do projeto; Aplicação do questionário; Confraternização.	Equipe de Saúde

Fonte: Elaborado pelo autor e sua equipe.

-Parcerias Estabelecidas:

Nestas parcerias atuaram: médico, enfermeira, Agentes Comunitários de Saúde, técnica de enfermagem.

-Recursos Necessários.

- a) Papel ofício;
- b) Canetas;
- c) Data show;
- d) Notebook Básico.
- e) Outros profissionais: enfermeiros, AIS.
- f) Local para a entrevista e as reuniões.
- h) Material instrucional.
- i) Aparelhos de pressão e estetoscópio.

Educação em saúde:

É importante considerar que a educação em saúde é um campo que abrange conceitos tanto da área da educação, quanto da saúde, as quais expressam diferentes compreensões do mundo, delineadas por distintas posições político filosóficas sobre o homem e a sociedade. A educação em saúde tem um conceito mais amplo que o da própria promoção da saúde, uma vez que aquele é mais amplo, que abrange a participação da população no contexto de sua vida cotidiana, não se restringindo apenas às pessoas com risco de adoecimento (SCHALL; STRUCHINE, 1999).

No entanto, o que se observa no contexto das práticas de saúde é que, diante dessa noção ampliada de saúde, diversos modelos ou diferentes paradigmas de educação em saúde têm sido evidenciados e têm levado a uma diversidade de práticas que requerem, por parte dos profissionais de saúde, questionamentos sobre a sua importância, bem como quanto ao seu alcance na perspectiva de ações mais integradas e participativas. A educação em saúde ampliada abarca as políticas públicas, ambientes apropriados, além de reorientação dos serviços de saúde que extrapolem os limites dos tratamentos clínicos e curativos (SCHALL; STRUCHINE, 1999).

Os processos de adoecimento vivenciados pelas pessoas são influenciados pela forma como os indivíduos se inserem na sociedade e pela subjetividade dos grupos sociais dos quais fazem parte. A compreensão das necessidades de saúde da população pode auxiliar para que se compreenda as formas inserção social vivenciadas, as quais trazem consigo diversas condições de vida, com todo o potencial saúde e de sobrevivência que elas acarretam aos sujeitos. Nesse sentido, uma concepção de educação deve ser aquela que instrumentalize os grupos e classes sociais a compreender as raízes da desigualdade na produção da saúde-doença. Entretanto, é preciso que quem esteja no papel de educar tenha consigo a disponibilidade para o diálogo, estabelecendo uma posição democrática entre educandos e si mesmo, para que a mudança de práticas possa ocorrer (MELINA Mafra Toledo, SANDRA de Cássia Rodrigues, ANNA MARIA Chinesa, 2007).

Projeto de intervenção e/ou educação em saúde como o próprio título alude, fundamenta-se nos pressupostos da pesquisa-ação. Tem como base a ideia de uma relação dialética entre pesquisa e ação, supondo ainda que a pesquisa deve ter como função a transformação da realidade. No campo educacional, essa modalidade de pesquisa é bastante enfatizada, devido à relevância de seu caráter pedagógico: os sujeitos, ao pesquisarem sua própria prática, produzem novos conhecimentos e, ao fazê-lo, apropriam-se e ressignificam sua prática, produzindo novos compromissos, de cunho crítico, com a realidade em que atuam. Tanto pesquisador como pesquisados estão diretamente envolvidos em uma perspectiva de mudança.

Plano de intervenção:

Essa proposta refere-se ao problema priorizado “Risco aumentado para a hipertensão arterial e doenças cardiovasculares” para o qual se registra uma descrição, explicação e descrição de seus nós críticos de acordo com a metodologia do Planejamento Estratégico Simplificado (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010), destaca-se que algumas etapas foram agrupadas a fim de ser mais sintética a apresentação do plano:

Definições dos problemas de saúde do território priorizado e da comunidade; e a priorização dos problemas.

Após realizada o análise dos problemas de saúde da comunidade e do território por meio da participação de diferentes atores sociais, foram identificados como principais problemas de saúde:

1- Risco aumentado para a hipertensão arterial e doenças cardiovasculares.

2- Falta de adesão da população às atividades de promoção de saúde e prevenção de doenças.

3- Prevalência aumentada do consumo de ansiolíticos e antidepressivos.

Risco aumentado para a hipertensão arterial e doenças cardiovasculares

1. Alta prevalência de obesidade (dos hipertensos assistidos, 13 tem um IMC acima de 30 kg/m² de SC).

2. Muitas pessoas bebem socialmente, algumas têm risco de alcoolismo, outras têm consumos prejudiciais e dependentes de álcool.

3. Alta prevalência de pacientes Diabéticos (11 cadastrados).

4. Fumantes.

5. Pouca prática de exercícios físicos (sedentarismo).

6. A população em geral come pouca quantidade de alimentos ricos em potássio e cálcio.

7. Exagerada ingestão de alimentos com alto conteúdo de colesterol, gorduras saturadas e sal.

Falta de adesão da população às atividades de promoção de saúde e prevenção de doenças. Os pacientes somente procuram atendimento quando estão doentes.

Prevalência aumentada do consumo de ansiolíticos e antidepressivos. O 92 % dos pacientes maiores de 20 anos atendidos usam antidepressivos ou ansiolíticos.

Dentre esses problemas identificados como principais o que apresentou maior pontuação foi risco aumentado para a hipertensão arterial e doenças cardiovasculares, como pode ser observado no Quadro 2 abaixo.

Quadro 2: Principais Problemas encontrados e priorizados no diagnóstico situacional da área de Atikum.

Principais Problemas	Importância	Urgência	Capacidade de enfrentamento	Seleção/ Priorização
Risco aumentado para a hipertensão arterial e doenças cardiovasculares	Alta	9	Parcial	1
Falta de adesão da população às atividades de promoção de saúde e prevenção de doenças	Alta	7	Parcial	2
Prevalência aumentada do consumo de ansiolíticos e antidepressivos	Alta	6	Parcial	3

Descrição do Problema

No Polo Atikum há uma alta prevalência de pacientes hipertensos, a maioria deles com pouco conhecimento sobre os fatores de risco para a doença, o que constitui para a não realização do tratamento dietético adequado, bem com a manutenção de hábitos de vida inadequados como ingestão excessiva de sal, a obesidade e o sedentarismo.

A HAS é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de PA. Associa-se frequentemente a alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo (coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos) e a alterações metabólicas, com conseqüente aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais (FUNDER et. al, 2008).

A mortalidade por DCV aumenta progressivamente com a elevação da PA a partir de 115/75 mmHg de forma linear, contínua e independente, além de serem responsáveis por alta frequência de internações, ocasionando custos médicos e socioeconômicos elevados (EISENHOFER et.al, 2008).

Os fatores de risco identificados com maior magnitude são:

1. Existe relação direta e linear da PA com a idade (SLEIGHT et al,2009).
2. Excesso de peso e obesidade: O excesso de peso se associa com maior prevalência de HAS desde idades jovens. Na vida adulta, mesmo entre indivíduos fisicamente ativos, incremento de 2,4 kg/m no índice de massa corporal (IMC) acarreta maior risco de desenvolver hipertensão. A obesidade central também se associa com PA (HALPERIN et.al, 2006).
3. Ingestão de sal: A ingestão excessiva de sódio tem sido correlacionada com elevação da PA. A população brasileira apresenta um padrão alimentar rico em sal, açúcar e gorduras. Em contrapartida, em populações com dieta pobre em sal como a dos índios brasileiros ianomâmi, não foram encontrados casos de HAS. Por outro lado, o efeito hipotensor da restrição de sódio tem sido demonstrado (HAFFNER et al, 2001).
4. Sedentarismo: A atividade física reduz a incidência de HAS, mesmo em indivíduos pré-hipertensos, bem como a mortalidade e o risco de DCV (FUNDER et al,2008).

Nesse sentido, percebe-se que se modificar todos esses fatores de risco que a maioria da população possui poderia diminuir a incidência da HAS e o risco de DCV tanto em quem já é hipertenso quanto prevenir que outros venham a ser.

Identificação dos não críticos.

Foram identificados como não críticos na população assistida por meio das fichas de atendimento os seguintes abaixo:

1. Estilos de vida pouco saudável dos pacientes hipertensos.

80 % dos pacientes hipertensos da área de abrangência do Polo Atikum são sedentários,

82 % mantém alimentação inadequada como consumo excessivo de sal.

70 % não faz nenhum tipo de exercício.

2. Informação limitada sobre a doença pelos pacientes hipertensos.

91% dos pacientes hipertensos desconhecem as complicações da doença, e a importância do tratamento ser baseado não apenas nos remédios, mas sim no tratamento não farmacológico.

3. Ações insuficiente de promoção e prevenção de saúde por parte da equipe para evitar o aparecimento da doença e as complicações.

4. RESULTADOS ESPERADOS

1. Mudanças nos estilos de vida dos pacientes hipertensos.

- Evitar o sedentarismo, obesidade e estresse com intervenções educativas sobre a importância de aumentar a atividade física dos pacientes hipertensos da área de abrangência do Polo Atikum.

- Lograr a melhora dos hábitos alimentares.

- Uso estrito do tratamento farmacológico adequado.

- Diminuir o consumo dos pacientes alcoólatras.

2. Informação ilimitada sobre a doença nos pacientes hipertensos.

3. Realizar ações suficientes de promoção e prevenção de saúde por parte da equipe para evitar o aparecimento da doença e as complicações.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante do exposto, espera-se que a população possa conhecer a importância da redução e/ou eliminação dos fatores de risco para combater a hipertensão e/ou obter o seu melhor controle. Dentre esses fatores de risco destacam-se aqueles que também contribuem para que a população leve uma vida mais saudável como uma alimentação rica em frutas e verduras, baixa em sal e com os benefícios da atividade física.

Acredita-se na melhoria do nível de conhecimento das pessoas que participarão da intervenção educacional sobre os fatores de risco da hipertensão, a necessidade de uma dieta saudável, a importância da realização de atividade física, bem como o tratamento e complicações da doença. Espera-se assim alcançar 90% do controle da hipertensão nos pacientes cadastrados da equipe de saúde, trazendo com isto a não diminuição do aparecimento das complicações.

Assim, evidencia-se a utilidade das intervenções educativas, a fim de aumentar o conhecimento na população bem como a necessidade de uma atitude ativa, persistente e duradoura de toda a equipe, para que os pacientes do projeto alcancem um maior conhecimento sobre a sua doença, seus fatores de risco e como enfrentá-los e conseqüentemente evitem no possível as complicações derivadas da doença. Tornando, assim, os usuários mais independentes e prontos para o autocuidado em saúde.

REFERÊNCIAS

MONTEIRO, H. L. et al. Efetividade de um programa de exercícios no condicionamento físico, perfil metabólico e pressão arterial de pacientes hipertensos. *Revista Brasileira de Medicina do Esporte*. 2007; 13(2):107-112.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. *ArqBrasCardiol*, n. 95, supl.1, p. 1-51, 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066782X2010001700001&lng=es&nrm=iso&tlng=pt Acessado em: 06 jun. 2016

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

LESSA, I. et al. Epidemiologia da hipertensão arterial sistêmica e da insuficiência cardíaca no Brasil. *RevBrasHipertens*. 2001; 8 (4): 383-92.

SILVA, D. B. Hipertensão arterial e complicações associadas: análise do risco cardiovascular e da adesão ao tratamento em usuários do Sistema Único de Saúde. Dissertação de Mestrado. Fortaleza: UFC, 2011.

BRASIL, Ministério da Saúde. Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão arterial e ao Diabetes Mellitus. Manual de Hipertensão arterial e Diabetes mellitus. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Norma operacional de assistência à saúde – NOASSUS -01/02. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

SARAIVA, K. R. O, SANTOS, Z. M. S. A., LANDIM, F. L. P., TEIXEIRA, A. C. Saber do familiar na adesão da pessoa hipertensa ao tratamento: análise com base na educação popular em saúde. *Texto e Contexto Enferm*. 2007, 16(2): 263–70.

WESCHENFELDER, M., D.; GUE, M. J. Hipertensión arterial: principales factores de riesgo modificable sen la estrategia salud de la familia. *Enfermería Global*.2012;11(26): 344-353.

EISENHOFER, G. et al. Current progress and future challenges in the biochemical diagnosis and treatment of pheochromocytomas and paragangliomas. *Hormone and metabolic research= Hormon-und Stoffwechselforschung= Hormones et metabolisme*, 2008;40(5):329.

CAMPOS, F. C. C.; FARIA, H. P.; SANTOS, M. A. Planejamento e avaliação das ações em saúde. 2a. Belo Horizonte: NESCON/UFMG, 2010.

FUNDER, J. W. et al. Case detection, diagnosis, and treatment of patients with primary aldosteronism: an endocrine society clinical practice guideline. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 2008;93(9): 3266-3281.

HAFFNER, S. M. et al. Metabolic precursors of hypertension: The San Antonio heart study. *Archives of Internal Medicine*. 1996; 156(17):199-2001.

HALPERIN, R. O. et al. Dyslipidemia and the risk of incident hypertension in men. *Hypertension*. 2006; 47(1):45-50.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. IBGE - cidades @. Disponível em:

<[http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=312230&search=minas - gerais|divinopolis|infograficos:-informacoes-completas](http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=312230&search=minas%20gerais|divinopolis|infograficos:-informacoes-completas)>. Acesso em: 06 jun. 2016.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Indicadores sociais municipais: uma análise dos resultados do universo do censo demográfico 2010. Rio de Janeiro, 2011. Disponível em:

<<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/>>. Acesso em: 06 jun.2016.

LIMA E COSTA, M. F. F. et al..Diagnóstico da situação de saúde da população idosa brasileira: um estudo da mortalidade e das internações hospitalares públicas. *Informe Epidemiológico do SUS* 2000;9(1):23-41.

MELINA M. T., RODRIGUES, S. C. R., CHIESA, A. M. Educação em saúde no enfrentamento da hipertensão arterial: uma nova ótica para um velho problema.

Texto contexto Enferm. 2007; 16(2): 233-8.
<https://dx.doi.org/10.1590/S010407072007000200004>

MELO, M. F. C. Condições para a humanização da gestão do trabalho na Secretaria Municipal de Saúde de Divinópolis/MG: uma agenda Imaterial. Dissertação (Mestrado). Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2012.

SCHALL, V. T., STRUCHINE, M. Educação em saúde: novas perspectivas. *Cad. Saúde Pública* vol.15suppl.2 Rio de Janeiro 1999”.

SLEIGHT, P. et al. Prognostic value of blood pressure in patients with high vascular risk in the Ongoing Telmisartan Alone and in combination with Ramipril Global Endpoint Trial study. *Journalofhypertension*. 2009; 27(7):1360-1369.

PUCCIN,I R. X., FACCINI, L. A., TOMASI, E., SIQUEIRA, F. V., SILVEIRA, D. S. Proporção, prevenção e cuidados da hipertensão arterial no Brasil. *Rev. Saúde Pública*. 2012; 46 (3):.543-50.

APÊNDICE.

Bom dia com este questionário que você deve responder com a maior veracidade possível se pretende revisar que fatores de risco apresentam os pacientes da área de abrangência Etnia Atikum que provocam hipertensão arterial ou complicações da doença.

Questionário Exploratório

PROJETO DE INTERVENÇÃO: FATORES DE RISCO DOS PACIENTES HIPERTENSOS POLO ATIKUM DO MUNICÍPIO CARNAUBEIRA DA PENHA.

NOME:

Telefone: _____

Idade: _____

Sexo: Feminino () Masculino ()

Raça: Branco () Negro () Pardo () Amarelo () Índio ()

Peso: _____

Altura: _____

IMC: _____

Fuma? () Não () Sim. Quantos cigarros por dia? _____

1. Marque os alimentos que você consome: Pão () todos os dias () três vezes por semana () duas vezes por semana () nunca () Ovos () mais de duas vezes por semana Macarrão () todos os dias () três vezes por semana () duas vezes por semana () nunca () Maionese () Carne de porco () mais de duas vezes por semana () Margarina () Carne de boi () mais de uma vez por semana () Verduras () Bacon () Vegetais (tomate, cenoura, abóbora, quiabo, espinafre, repolho) () Pele de Frango () Frutas (laranja, limão, mexerica, melancia, melão) () Pele de Peixe () Sal – mais do que uma colher de sobremesa por dia () Linguiça () Gordura de porco para cozinhar () Salame, presunto () Derivados do leite (Manteiga, queijo, creme de leite, iogurte) () Vísceras de qualquer animal (fígado, rim, coração) () Bolacha

2. Marque as bebidas que você CONSOME:

() Refrigerante () todos os dias () três vezes por semana () duas vezes por semana () uma vez por semana () nunca () Suco de frutas (natural) () todos os dias () três vezes por semana () duas vezes por semana () uma vez por semana () nunca () Cerveja () mais de uma latinha de 350ml por dia () Bebidas destiladas (cachaça, rum, vodka, etc) () mais de 45ml por dia () Vinho () mais de 150ml por dia

3. Marque as atividades físicas que você pratica:

Caminhada () todos os dias () três vezes por semana () duas vezes por semana () uma vez por semana () nunca Futebol () todos os dias () três vezes por semana () duas vezes por semana () uma vez por semana () nunca

Corrida () todos os dias () três vezes por semana () duas vezes por semana () uma vez por semana () nunca Academia/Ginástica () todos os dias () três vezes por semana () duas vezes por semana () uma vez por semana () nunca