

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

ARNULFO MARTINEZ CRUZ

**REDUÇÃO DO ALTO ÍNDICE DE HIPERTENSÃO ARTERIAL
SISTÊMICA NA AREA DE ABRAGÊNCIA DA UNIDADE DE SAÚDE
DA FAMÍLIA SALGADA, DO MUNICÍPIO PALMEIRA DOS ÍNDIOS -
ALAGOAS**

MACEÍÓ - ALAGOAS

2016

ARNULFO MARTINEZ CRUZ

**REDUÇÃO DO ALTO ÍNDICE DE HIPERTENSÃO ARTERIAL
SISTÊMICA NA AREA DE ABRAGÊNCIA DA UNIDADE DE SAÚDE
DA FAMÍLIA SALGADA, DO MUNICÍPIO PALMEIRA DOS ÍNDIOS -
ALAGOAS**

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: Profa. Dra. Helena Hemiko Iwamoto

MACEÍÓ - ALAGOAS

2016

ARNULFO MARTINEZ CRUZ

**REDUÇÃO DO ALTO ÍNDICE DE HIPERTENSÃO ARTERIAL
SISTÊMICA NA AREA DE ABRAGÊNCIA DA UNIDADE DE SAÚDE
DA FAMÍLIA SALGADA, DO MUNICÍPIO PALMEIRA DOS ÍNDIOS -
ALAGOAS**

Banca examinadora

Profa. Dra. Helena Hemiko Iwamoto - orientadora

Prof.

Aprovado em Belo Horizonte, em:11/03/2016

Agradeço primeiramente a Deus, por nos ter dado força de vontade para nunca desistir, apesar das dificuldades.

A meus pais, por absolutamente tudo. Eles são responsáveis pelo meu sucesso obtido e cada degrau avançado, pelo tempo em minha vida.

À orientadora Profa. Dra. Helena Hemiko Iwamoto por compartilhar conhecimentos e me direcionar ao objetivo proposto.

RESUMO

A Hipertensão arterial sistêmica é definida como uma elevação excessiva da pressão arterial, ou seja, acima dos valores de referência para a população em geral. É considerada uma das doenças mais comuns do mundo moderno. A obesidade, o sedentarismo, o estresse e o consumo excessivo do álcool e do sal associados a uma predisposição hereditária, são apontadas como alguns dos fatores de risco mais comuns da hipertensão. Assim, este estudo tem como objetivo elaborar um plano de intervenção para redução do alto índice de Hipertensão Arterial Sistêmica na comunidade onde atuou. Foi também realizada uma revisão bibliográfica com a finalidade de levantar as evidências já existentes sobre o tema deste trabalho. O plano de intervenção teve como finalidade demonstrar a importância das modificações no estilo de vida do paciente, implicando assim na redução do peso corporal através de uma dieta balanceada, associada à atividade física. A dieta inclui a diminuição da ingestão de sódio e consumo do álcool, além de outras medidas, tais como, abandono do tabagismo, atividades ante-estresse, que promovem mais benefícios à saúde. Conclui-se que a partir desse estudo que o sucesso dessas mudanças depende não só do profissional de saúde, mas em maior parte, da participação da população na prevenção da doença.

Palavras-chave: Hipertensão. Fatores de risco. Estilo de vida.

ABSTRACT

Systemic hypertension is defined as an excessive rise in blood pressure, ie above the reference values for the general population. It is considered one of the most common diseases of the modern world. Obesity, sedentary lifestyle, stress and excessive consumption of alcohol and salt associated with a hereditary predisposition, are cited as some of the most common risk factors for hypertension. This study aims to develop an action plan to reduce the high rate Hypertension Systemic community where I work. a literature review in order to raise the existing evidence on the topic of this work was also performed. The intervention plan was intended to demonstrate the importance of changes in the patient's lifestyle, thus resulting in the reduction of body weight through a balanced diet, combined with physical activity. The diet includes the reduction of sodium intake and alcohol consumption, and other measures such as smoking cessation, activities against stress, which promote more health benefits. It is concluded from this study that the success of these changes depends not only on health professionals, but also for the most part, on the participation of the population in disease prevention.

Keywords: Hypertension. Risk factors. Lifestyle.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	8
2 JUSTIFICATIVA.....	11
3 OBJETIVOS.....	13
4 METODOLOGIA.....	14
5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA.....	15
6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO.....	19
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	23
REFERÊNCIAS.....	26

1 INTRODUÇÃO

O Ministério da Saúde, em consonância com as atuais políticas de promoção e proteção à saúde, tem recomendado e promovido ações multiprofissionais na atenção primária à saúde, como o combate à hipertensão arterial. Nesse contexto, insere-se o Programa de Saúde da Família (PSF), onde a atenção é centrada na família e estruturada em uma unidade de saúde e a população adscrita está sob a responsabilidade de equipe multiprofissional. A organização da assistência, com competências bem definidas e integradas entre os membros da equipe multiprofissional, é centralizada no binômio médico–enfermeiro e se estende até o agente comunitário de saúde. O agente comunitário de saúde é o elo fundamental entre o domicílio e a Unidade de Saúde e representa a principal diferença entre a atuação desse programa e a atividade usual da Unidade Básica de Saúde (UBS), nos seus moldes de atuação tradicional (ANDERSON; GUSSO; CASTRO, 2005).

Países têm adotado com sucesso esse modelo, como Cuba, enquanto outros, como Holanda, Portugal, Canadá e Inglaterra adotam modelo semelhante, mas à base do médico de família, porém com igual sucesso. Esses modelos assistenciais sugerem que, além da organização da atuação integrada da equipe multiprofissional, a eleição da família como núcleo de assistência e a sua ligação direta com a unidade assistencial contam para a melhoria dos resultados. O médico da família representa 55% dos médicos no Canadá, aproximadamente 65% em Cuba e 33% na Holanda (ANDERSON; GUSSO; CASTRO, 2005).

Segundo a Sociedade Brasileira de Hipertensão, 30% da população brasileira podem ser consideradas hipertensas. Desse total, 5% são crianças e adolescentes. Anualmente, quase trezentas mil pessoas morrem no Brasil por doenças cardiovasculares sendo que mais da metade destas mortes são decorrentes da hipertensão. O Ministério da Saúde estima que cerca de 15 milhões de hipertensos desconheça sua condição. Em relação ao tratamento, a estimativa é de que apenas 7 milhões estejam sendo tratados (ZENI, 2008).

A expectativa é que, até 2025, o número de hipertensos em países em desenvolvimento, como o Brasil, cresça 80%, segundo estudo realizado por

especialistas da Escola de Economia de Londres, do Instituto Karolinska (Suécia) e da Universidade do Estado de Nova Iorque (SAÚDE; LAZER, 2008)

A doença hipertensiva tem-se constituído num dos mais graves problemas de saúde pública. Modificar hábitos de vida envolve mudanças na forma de viver e na própria ideia de saúde que o indivíduo possui. A concepção de saúde é formada por meio da vivência e experiência pessoal de cada indivíduo, tendo estreita relação com suas crenças, ideias, valores, pensamentos e sentimentos. Acreditasse que as crenças de acordo com as pessoas tendem a viver afetam diretamente os hipertensos na forma como enfrentam a doença (PÉRES; MAGNA; VIANA, 2003; p. 636).

A probabilidade de um indivíduo apresentar hipertensão arterial ao longo de sua vida é de aproximadamente 90%. A HAS é um dos principais fatores de risco para as doenças cardiovasculares aumentando o risco de desenvolvimento de insuficiência coronária, insuficiência cardíaca, hipertrofia do ventrículo esquerdo, acidente vascular cerebral e insuficiência renal crônica (CORRÊA *et al.*, 2006).

A Hipertensão Arterial Sistêmica é responsável por elevado dano social e econômico ao setor saúde, repercutindo sobre seguridade social e sobre a população. Abordar este tema tem muita importância, pois ela consome uma quantidade muito grande de recursos financeiros que poderiam ser utilizados em programas de prevenção da hipertensão arterial e promoção da saúde.

A causa exata na maioria dos casos de hipertensão não é identificada, porém sabe-se que é uma condição multifatorial. Vários são os fatores de risco que associados entre si e a outras condições favorecem o aparecimento desta patologia, sendo eles: idade, sexo, hereditariedade, raça, obesidade, estresse, anticoncepcionais orais, dieta rica em sódio e gorduras e diabetes mellitus (TRINDADE *et al.*, 2007).

Em geral, as medidas não farmacológicas são experimentadas em primeiro lugar, especialmente nos casos brandos recém-diagnosticados. Se essas medidas forem ineficazes, o tratamento evolui de maneira progressiva para incluir vários tipos de agentes anti-hipertensivos (BOUNDY *et al.*, 2004).

Após o diagnóstico de hipertensão arterial faz-se necessário a mudança no estilo de vida do indivíduo. Alterar esse estilo de vida não é uma tarefa fácil, porém, se torna útil, pois assim o objetivo do tratamento será alcançado e o cliente poderá usufruir de uma vida mais saudável. A hipertensão arterial ocasiona transformações expressivas na vida dos pacientes, sejam elas na esfera psicológica (sensação de impotência, de medo), familiar (deixar de viajar com a família), social (isolamento, perda das atividades de lazer) ou econômica (deixar de trabalhar, aposentadoria) pela possibilidade de agravos em longo prazo (MANTOVANI; MOTIN; ULBRICH, 2008).

Socialmente, a doença crônica afeta a função ou o papel que o indivíduo desempenha perante os demais, de acordo com os valores, crenças e a cultura de cada um e, conseqüentemente, afeta os demais setores sociais como economia, educação, trabalho e lazer (BLOCK *et al.*, 1996 apud CASTRO; CAR, 2000).

Outro aspecto que merece consideração é a modificação no perfil da população brasileira com relação aos hábitos alimentares e de vida, que indica uma exposição cada vez mais intensa a riscos cardiovasculares. A mudança nas quantidades de alimentos ingeridos e na própria composição da dieta provocou alterações significativas do peso corporal e distribuição da gordura, com o aumento progressivo da prevalência de sobrepeso ou obesidade da população. Adicione-se a isso a baixa freqüência da prática de atividade física.

Portanto, essas mudanças geralmente irão provocar uma ruptura com o estilo de vida anterior, sendo necessário incorporar a doença ao seu processo de vida e conviver com ela.

2 JUSTIFICATIVA

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é o principal fator de risco para doenças cardiovasculares, estando associada a 80% dos casos de acidente vascular cerebral (AVC) e a 60% dos casos de doenças isquêmicas do coração. Há evidências suficientes de que, em indivíduos com níveis pressóricos normais, o aumento de 20 mmHg na pressão sistólica e 10 mmHg na pressão diastólica duplica o risco de morte por AVC e infarto do miocárdio (LAWES; HOORN; RODGERS, 2008).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2002), pelo menos 600 milhões de pessoas são hipertensas em todo o mundo. Trata-se de um fator de risco de alta prevalência afetando aproximadamente 35% dos brasileiros. No Brasil, as doenças cardiovasculares respondem por uma das principais causas das internações hospitalares e cerca de um terço de todos os óbitos (SANTOS *et al.*, 2007).

Estudo recente no Rio Grande do Sul, de base populacional, mostrou que um terço dos indivíduos com 20 anos ou mais de idade é hipertenso. Dois estudos, também de base populacional, conduzidos em Pelotas em 1992 e entre 1999-2000, utilizando como ponto de corte pressão arterial igual ou superior a 160/90 mmHg, mostraram prevalências de 19,8% e 23,6%, respectivamente 7,8. O segundo estudo também utilizou como ponto de corte pressão arterial igual ou superior a 140/90 mmHg e encontrou hipertensão em 37,2% da população (LAWES; HOORN; RODGERS, 2008).

[...] A prevalência de HAS aumenta progressivamente com a idade e também está relacionada à cor da pele, história familiar de hipertensão e hábitos comportamentais, mudanças no estilo de vida, tais como, realização de atividade física, perda de peso, redução da ingestão de sal e álcool, além de dieta rica em frutas e vegetais e pobre em gorduras, contribuem para reduzir os níveis da pressão arterial. 9 As doenças crônicas não transmissíveis, dentro delas a hipertensão arterial sistêmica, apresentaram um aumento significativo nas últimas décadas, sendo responsáveis por um grande número de óbitos em todo o país, este fato pode ser atribuído a uma maior longevidade da população e também às modificações ocorridas em seu estilo de vida. Quando não é tratada adequadamente, hipertensão arterial sistêmica pode acarretar graves conseqüências a alguns órgãos alvos vitais, e como entidade isolada está entre a mais freqüente mobilidade do adulto (PÉRES; MAGNA; VIANA, 2003, p. 636).

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) representa grave problema de saúde. Alguns fatores de risco para a doença são muito comuns em nossa área de abrangência. Há uma relação direta do estilo de vida com os fatores de risco. A HAS é uma das doenças crônicas de maior prevalência em minha população. Para o impacto direto nos indicadores de morbidade e mortalidade como doença e como fator de risco para outras enfermidades como acidente vascular cerebral (AVC) e doença isquêmica, nossa equipe de saúde trabalha no acompanhamento dos pacientes com HAS mas é mais importante trabalhar na prevenção da doença pelo qual decidimos fazer o trabalho para o controle e detecção precoce da HAS.

3 OBJETIVOS

3.1 Geral

Elaborar um plano de intervenção para redução do alto índice de Hipertensão Arterial Sistêmica.

3.2 Específicos

Descrever os fatores determinantes do surgimento da Hipertensão Arterial Sistêmica na área de abrangência da unidade de saúde da família de Salgada.

Promover a formação de grupos de pessoas com fatores de risco para Hipertensão Arterial.

4 METODOLOGIA

Para a realização do projeto de intervenção foram seguidas as seguintes etapas:

- Utilização dos dados do diagnóstico situacional quando foram levantados os problemas do território e feita a priorização dos problemas.
- Utilização dos passos do planejamento estratégico situacional para trabalhar o problema selecionado.
- Pesquisa bibliográfica nos bancos de dados da Biblioteca Virtual em Saúde para buscar as evidências existentes sobre o tema, objeto deste estudo.
- Foram também utilizadas informações disponíveis na Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Palmeiras dos Índios (relatórios de gestão), informações obtidas com os integrantes da Equipe de Saúde da Família.
-

A pesquisa nos bancos de dados foi realizada por meio dos seguintes descritores:

Hipertensão.

Fatores de risco.

Estilo de vida.

5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

O coração bombeia o sangue para os demais órgãos do corpo por meio de tubos chamados artérias. Quando o sangue é bombeado, ele é "empurrado" contra a parede dos vasos sanguíneos. Esta tensão gerada na parede das artérias é denominada pressão arterial (CAMPOS, 2004).

Define-se a hipertensão arterial sistêmica (HAS) como uma entidade clínica multifatorial, conceituada como síndrome caracterizada pela presença de níveis tensionais mais elevados, associados às alterações metabólicas e hormonais e a fenômenos tróficos (hipertrofias cardíaca e vascular). Mas a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) não pode ser vista apenas pelo aspecto das cifras tensionais elevadas. Na verdade a HAS existe num contexto sindrômico, com alterações hemodinâmicas, tróficas e metabólicas, entre as quais a própria elevação dos níveis tensionais, as dislipidemias, a resistência insulínica, a obesidade centrípeta, a microalbuminúrica, a atividade aumentada dos fatores de coagulação, a redução da complacência arterial e a hipertrofia com alteração da função diastólica do ventrículo esquerdo (MANO, 2009).

Não existe uma combinação precisa de medidas para se dizer qual é a pressão normal, mas em termos gerais, diz-se que o valor de 120/80 mmHg é o valor considerado ideal. Contudo, medidas até 140 mmHg para a pressão sistólica, e 90 mmHg para a diastólica, podem ser aceitas como normais. O local mais comum de verificação da pressão arterial é no braço, usando como ponto de ausculta a artéria braquial. O equipamento usado é o esfigmomanômetro ou tensiômetro, vulgarmente chamado de manguito, e para auscultar os batimentos, usa-se o estetoscópio.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define como hipertensão arterial a ocorrência de PA sistólica superior a 160 mmHg (21,3 kPa) e/ou PA diastólica igualou superior a 95 mmHg (12,6 kPa). A elevação mantida da pressão arterial pode representar efeito secundário de diversos estados patológicos (especialmente renais e endócrinos) ou pode ser independente de qualquer doença específica, constituindo a hipertensão primária ou essencial. Qualquer que seja sua natureza, a

hipertensão arterial mantida acarreta efeitos indesejáveis sobre o coração e o sistema vascular, bem como sobre diversos órgãos e tecidos (NOCITE, 1988).

A pressão arterial varia durante o dia dependendo da sua atividade. Ela aumenta quando você se exercita ou quando está excitado e diminui quando você está relaxado ou quando dorme. Até mesmo a postura - sentado ou em pé - influencia a pressão arterial. Este é o motivo pelo qual os médicos devem aferir várias vezes a pressão arterial para firmarem corretamente o diagnóstico de hipertensão arterial.

A hipertensão arterial sistêmica deve ser considerada um problema de saúde pública. É um importante fator de risco cardiovascular e sua prevalência gira em torno de 20%. Grande parte dos hipertensos desconhece sua condição e dos que a conhecem, apenas cerca de 30% apresentam um controle adequado. No Brasil, apesar de não haver estudo de prevalência com representatividade nacional e com padronização adequada, os estudos localizados mostram sempre valores elevados (OLMOS; LOTUFO, 2002).

Conforme estudos Americanos a prevalência da HAS aumenta progressivamente com a idade em ambos os sexos. A prevalência entre os negros é sempre maior em qualquer idade. Até os 40 anos a prevalência é próxima a 10% (20% para a raça negra), até os 50 anos chega a 20% (40% para a raça negra), após 60 anos ultrapassa os 40%, atingindo 60% após 70 anos (MANO, 2009).

No Brasil, quando avaliamos os estudos de prevalência de HAS encontramos uma heterogeneidade de resultados ainda maior em função de um sem-número de problemas metodológicos como a diversidade de critérios diagnósticos, diferenças quanto ao tipo de hipertensão descrito, grandes variações nos limites inferiores e superiores das idades, tamanhos de amostras consideravelmente diferentes, não representatividade da população geral, opção de alguns autores pela medida da prevalência em voluntários e inúmeros outros aspectos não mencionados, como padronização de técnicas, instrumentos, examinadores, número de examinadores e situação do examinado no momento da medida (LOLIO *et al.*, 1993).

Estudos epidemiológicos brasileiros estimam prevalências de 40% a 50% da população adulta com mais de 40 anos, a partir da medida casual da pressão. A hipertensão arterial contribui significativamente para uma elevada mortalidade cardiovascular em todas as regiões do país. Apesar da medida da pressão arterial ser um método diagnóstico simples, não invasivo e de baixo custo, estudos epidemiológicos têm demonstrado que muitos hipertensos desconhecem a sua condição. Embora exista um vasto arsenal terapêutico para o tratamento da hipertensão, apenas cerca de um terço dos hipertensos em tratamento tem seus níveis tensionais controlados (BLOCH; RODRIGUES; FISZMAN, 2006).

A probabilidade de um indivíduo apresentar hipertensão arterial ao longo de sua vida é de aproximadamente 90%. A HAS é um dos principais fatores de risco para as doenças cardiovasculares aumentando o risco de desenvolvimento de insuficiência coronária, insuficiência cardíaca, hipertrofia do ventrículo esquerdo, acidente vascular cerebral e insuficiência renal crônica (CORRÊA *et al.*, 2006).

Segundo Mano (2009), a hipertensão é um importante fator de risco para a doença cardiovascular, seja na forma de doença isquêmica, insuficiência cardíaca ou doença cerebrovascular. A mortalidade por doença cerebrovascular, especificamente a hemorragia intraparenquimatosa é diretamente relacionada com os níveis tensionais. Estudos americanos demonstram que um aumento de 10 mmHg da PA diastólica usual incorre no aumento de 56% da incidência de AVE e de 37% de doença coronariana. No Brasil, em 2003 as mortes por doença cardiovascular foram 27,4 % de todos os óbitos. Excluindo-se as mortes violentas e de origem não definida o índice sobe para 37%. A HAS está envolvida em 40% das mortes por doença cerebrovascular e em 25% das mortes por doença coronariana. A hipertensão arterial pode ser classificada segundo sua causa de base (primária ou secundária) e de acordo com os níveis tensionais. A hipertensão primária ou essencial representa aproximadamente 95% dos casos de hipertensão e se caracteriza por não possuir etiologia definida, mesmo quando exaustivamente investigada, possuindo importante componente genético e ambiental. Já a hipertensão arterial secundária, que corresponde a cerca de 5% dos indivíduos hipertensos, apresenta etiologia definida e possibilidade de cura com tratamento da doença primária (CORRÊA *et al.*, 2006).

A classificação da HAS foi modificada pelo Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. Uma nova categoria designada a pré-hipertensão foi criada e os antigos estágios dois e três da hipertensão foram combinados em um mesmo estágio, dando ênfase ao seu controle e tratamento precoce (CORRÊA *et al.*, 2006).

Tabela 1 – Classificação da pressão arterial em adultos

Classificação	PAS (mmHg)	PAD (mmHg)
Normal	< 120	< 80
Pré-hipertensão	120-139	80-89
Hipertensão		
Estágio 1	140-159	90-99
Estágio 2	>160	>100

Corrêa *et al.*, (2006)

A hipertensão arterial pode ser entendida como uma síndrome multifatorial, de patogênese pouco elucidada, na qual interações complexas entre fatores genéticos e ambientais causam elevação sustentada da pressão. Em aproximadamente 90% a 95% dos casos não existe etiologia conhecida ou cura, sendo o controle da pressão arterial obtido por mudanças do estilo de vida e tratamento farmacológico (SILVA; SOUZA, 2004).

6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

Para o alcance dos objetivos propostos neste estudo o de elaborar um plano de intervenção para redução do alto índice de Hipertensão Arterial na unidade básica de saúde Salgada, do município Palmeira dos Índios, no período de levantamento das informações foi de janeiro a junho de 2014 para a elaboração do diagnóstico situacional que nos mostrou que na população acima 15 anos, a doença hipertensiva é preocupante e para tanto foi o problema selecionado para este trabalho. As variáveis estudadas foram os maus hábitos higiênicos dietéticos, estilos de vida sedentários, baixo nível de informação sobre alimentação adequada.

Os principais problemas encontrados na comunidade na foram:

- Alta incidência de Hipertensão arterial sistêmica, principalmente em adultos da faixa etária acima de 15 anos.
- Baixo percentual de detecção de diabetes mellitus.
- O consumo inadequado da água.
- A elevada prevalência de parasitismo intestinal.
- Alto índice de gestações entre os adolescentes.
- O elevado índice de infestação por vetores.
- Alto consumo de drogas licitas tais como álcool, tabaco.

Quadro 1 - Planejamento estratégico Situacional do Município Palmeira dos Índios-AL. Priorização dos Problemas.

Principais Problemas	Importância	Urgência	Capacidade de enfrentamento	Seleção
Baixa percentagem de detecção de diabetes mellitus.	Alta	6	Parcial	2
Alta incidência de Hipertensão	Alta	7	Parcial	1
Consumo inadequado da água	Alta	5	Parcial	3
Elevada prevalência de Parasitismo Intestinal	Alta	5	Parcial	5
Aumento do embarço na adolescência	Alta	6	Parcial	6

Elevado índice de infestação por vetores	Alta	6	Parcial	7
Alto consumo de drogas lícitas	Alta	6	Parcial	8

Descrição do Problema

O alto índice de hipertensão foi identificado como um problema de saúde porque em minha área de abrangência tem um número elevado de pessoas com esta doença crônica, sendo as principais causas de óbito de minha população, a Hipertensão é uma de as doenças de maior causa de assistência a consultas de emergência, além de invalidez total e parcial o qual constitui uma maior carga para a família e sistema de saúde.

Quadro 2 - Planejamento estratégico Situacional do Município Palmeira dos Índios-AL. Descrição do Problema.

Principais Problemas	Importância	Urgência
Baixo percentual de detecção de diabetes mellitus.	Alta	6
Alta incidência de Hipertensão.	Alta	7

Explicação do Problema selecionado.

Ambiente político, cultural, ambiental e socioeconômico ajuda a que apareçam hábitos e estilos de vida de acordo ao nível social, as costumes do Brasil sobre todo alimentares como as que têm os alagoanos e também os estilos de vida que dependem da região, nível social, costumes, pressão social, nível educacional e de informação, cultura sanitária e determinam as políticas públicas de saúde que contribui a fazer um programa que brinda um adequado acompanhamento da HSA com protocolo para a mesma, apoio farmacológico, referencia e contra referência das complicações e capacitação do pessoal de saúde sobre o mesmo. Em nossa população detectamos pouco conhecimento da doença e de seu tratamento não farmacológico, inadequados hábitos alimentares que constitui risco cardiovascular,

cultura sanitária baixa sobre esses fatores de risco sobre todo em pacientes idosos e pouca atenção pela equipe da ferramenta, mas importante que é a educação sanitária.

Seleção dos “nós crítico”

Dentre as várias causas do problema estão aquelas que serão os pontos de enfrentamento do mesmo, os nós críticos, sobre as quais serão elaboradas as propostas de ação.

"Nós críticos" do problema

- Maus hábitos higiênicos e dietéticos pelo elevado consumo de refrigerantes, de alimentos fritos, gordurosos, salgados, todos muito danosos para a saúde.
- Estilo de vida sedentário, em geral a população de minha área de abrangência tem pouca cultura da prática de exercícios físicos e estilos de vida, são sedentários.

Na viabilidade do plano contamos com uma motivação favorável da coordenação de atenção básica da secretaria de saúde do município, integrantes do núcleo de apoio a saúde da família (NASF), integrantes da equipe de saúde atores controladores dos recursos críticos para a execução do plano de intervenção, com a aplicação do projeto pretendemos a motivação da população pela participação ativa no mesmo.

○ Plano de intervenção para redução do alto índice de Hipertensão Arterial na unidade básica de saúde Salgada, do município Palmeira dos Índios, os nós críticos selecionados foram, maus hábitos higiênicos dietéticos, estilo de vida sedentário, na viabilidade do plano contamos com uma motivação favorável dos atores controladores dos recursos críticos para a execução do plano de intervenção.

Quadro 3 – Operações sobre os hábitos higiênicos dietéticos relacionado ao alto índice de hipertensão arterial sistêmica, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família salgada, em o município Palmeira dos Índios, Alagoas.

Nó crítico 1	Mãos hábitos higiênicos dietéticos.
Operação	Estabelecer práticas de identificação precoce dos pacientes com hábitos higiênicos dietéticos
Projeto	Comer melhor e viver melhor
Resultados esperados	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Esclarecer que a alimentação e nutrição adequadas são direitos humanos universais. ➤ Promover a substituição do consumo de alimentos pouco saudáveis para alimentos saudáveis. ➤ Não discriminar alimentos, mas propor a redução do consumo dos menos adequados. ➤ Esclarecer que alimentação saudável não é alimentação cara. ➤ Promover o peso saudável através de mensagens positivas. ➤ Evitar a personificação do obeso, já discriminado socialmente
Produtos esperados	Melhorar os hábitos higiênicos dietéticos da população.
Atores sociais/ responsabilidades	Equipe de saúde da unidade, equipe do NASF/responsáveis das consultas, palestras e da reprodução de material audiovisual.
Recursos necessários	<p>Estrutural: Mobilização da população imiscuída no projeto.</p> <p>Cognitivo: informar todas as estratégias para a realização das atividades.</p> <p>Financeiro: Recursos necessários para a elaboração das palestras e reprodução do material audiovisual.</p> <p>Político: Conseguir o espaço na rádio local.</p>
Recursos críticos	<p>Político: Articulação intersetorial.</p> <p>Financeiro: Recursos necessários para elaboração do projeto.</p>
Controle dos recursos críticos / Viabilidade	<p>Ator que controla: Secretaria de saúde</p> <p>Motivação: Favorável</p>
Ação estratégica	Palestras educativas na rádio local, Palestras educativas sobre hábitos e estilos de vida adequado em cada micro, reprodução de material audiovisual na sala de espera da USF, entrega de folhetos.
Responsáveis:	Enfermeira da unidade, médico da unidade, agente de saúde, integrantes de NASF.
Cronograma / Prazo	Início em dois meses / prazo 6 meses

Quadro 4 – Operações sobre ao estilo de vida sedentário relacionado ao alto índice de hipertensão arterial sistêmica, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família salgada, do município Palmeira dos Índios, Alagoas.

Nó crítico 1	Estilo de vida sedentário
Operação	Estabelecer práticas educativas para pacientes com estilo de vida sedentário.
Projeto	Atividade física é vida.
Resultados esperados	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Redução da obesidade ➤ Prevenção de doenças coronárias. ➤ Independência de pessoas idosas, melhorando o funcionamento do organismo, reforçando o coração, músculos, pulmões, ossos e articulação. ➤ A atividade física realizada regularmente melhora a condição física e a saúde do coração.
Produtos esperados	Melhorar o estilo de vida inadequado da população.
Atores sociais/ responsabilidades	Equipe de saúde da unidade, equipe do NASF/responsáveis das consultas, palestras e da reprodução de material audiovisual.
Recursos necessários	<p>Estrutural: Mobilização da população imiscuída no projeto.</p> <p>Cognitivo: informar todos as estratégias para a realização das atividades.</p> <p>Financeiro: Recursos necessários para a elaboração das palestras e reprodução do material audiovisual.</p> <p>Político: Conseguir o espaço na rádio local.</p>
Recursos críticos	<p>Político: Articulação intersetorial.</p> <p>Financeiro: Recursos necessários para elaboração do projeto.</p>
Controle dos recursos críticos / Viabilidade	<p>Ator que controla: Secretaria de saúde</p> <p>Motivação: Favorável</p>
Ação estratégica	Palestras educativas na rádio local, Palestras educativas sobre hábitos e estilos de vida adequado em cada micro, reprodução de material audiovisual na sala de espera da USF, entrega de folhetos, criação de grupos de academia, bailo terapia de pessoas idosas. Promover a realização de exercícios físicos e caminhadas
Responsáveis:	Enfermeira da unidade, médico da unidade, agente de saúde, integrantes de NASF.
Cronograma / Prazo	Início em dois meses / prazo 6 meses

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Através do estudo realizado conclui-se que para conseguir uma redução significativa nos altos índices de morbimortalidade decorrentes de doenças cardiovasculares é necessária a adoção de ações efetivas capazes de conter a progressão da hipertensão arterial. Para tanto, as modificações no estilo de vida são descritas como terapia fundamental no controle desta patologia, existem vários fatores denominados fatores de risco que influenciam no aparecimento da hipertensão arterial. As modificações do estilo de vida são aplicáveis a todos os pacientes que se propõe a diminuição do risco cardiovascular, incluindo os normotensos.

Desenvolver uma programação mensal de palestras para aumentar o conhecimento sobre a doença e complicações associadas, em pacientes hipertensos e com risco de HAS, todos os pacientes com excesso de peso devem ser incluídos em programas de redução de peso. A meta é alcançar um índice de massa corporal (IMC) inferior a 25 kg/m², Deveriam incorporar mudanças comportamentais, como adoção de hábitos alimentares mais saudáveis e realização de atividades físicas regulares, mas também contemplar intervenções populacionais, como legislação, tributa visando reduzir o ambiente obesígeno a que as populações atualmente estão expostas, têm sido apontadas como fatores importantes na prevenção e controle da hipertensão arterial. O exercício contribui na redução da obesidade e para a prevenção de doenças coronárias. Também auxilia na preservação da independência de pessoas idosas, melhorando o funcionamento do organismo, reforçando o coração, músculos, pulmões, ossos e articulação.

De acordo com este trabalho, entende-se que há necessidade de manter organizado um atendimento constante a esses clientes, no sentido de fortalecer a importância das mudanças de comportamentos. Acredita-se que a educação dos indivíduos com risco de hipertensão arterial seja o melhor caminho para o alcance de tais objetivos, não sendo apenas uma transmissão de conteúdos referentes à patologia, mas sim que se promova a conscientização dos benefícios e a adaptação ao câmbios. Para se chegar a essa adaptação, é preciso que os indivíduos estejam motivados para que tais mudanças ocorram e, também, para que assimilem os conhecimentos que poderão melhorar a qualidade de vida dos mesmos.

REFERÊNCIAS

ANDERSON, M. P.; GUSSO, G.; CAST VRO FILHO; E. D. Medicina de Família e comunidade: especialista em integralidade. **Rev APS**. v. 8, n. 1, p. 49-60, 2005.

BLOCH, K. V.; RODRIGUES, C. S.; FISZMAN, R. **Epidemiologia dos fatores de risco para a hipertensão arterial: uma revisão crítica da literatura brasileira**, 2006

BOUNDY, Janice *et al.* Enfermagem médico-cirúrgica. 3. ed. Rio de Janeiro: Reichmann & Affonso, 2004.

CAMPOS, S. **Hipertensão, o que significa?** 2004. Disponível em: <<http://www.drashirleydecampos.com.br/noticias/12688>>. Acesso em: 17 abr. 2014.

CORRÊA, T. D. *et al.* **Hipertensão arterial sistêmica**: atualidades sobre sua epidemiologia, diagnóstico e tratamento. 2006. Disponível em: <<http://www.fmabc.br/admin/files/revistas/31amabc91.pdf>>. Acesso em: 17 abr. 2014.

LAWES, C. M. M.; HOORN, S. V.; RODGERS, A. for the Internacional Society of Hypertension. Global burden of blood-pressure-related disease. **Lancet** . 371:1513-18, 2008.

LOLIO, C. A. *et al.* Hipertensão arterial e possíveis fatores de risco. **Rev Saúde Pública**. V. 27, p. 357-62, 1993. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v27n5/06.pdf>>. Acesso em: 30 jul. 2014.

MANTOVANI, M .F.; MOTTIN, J. V.; ULBRICH, S. P. Caracterização dos usuários e o conhecimento sobre a hipertensão arterial. **Brazilian Journal of Nursing**. Online. V. 7, n. 2, 2008.

MANO, R. **Hipertensão Arterial Sistêmica**. Manuais de cardiologia, 2009. Disponível em: <<http://www.manuaisdecardiologia.med.br/has/Pag1.shtml>>. Acesso em: 30 jul. 2014.

NOCITE, JR. Fisiopatologia da hipertensão arterial e avaliação do paciente hipertenso. **Rev Bras Anesthesiol**. V. 38, p. 267-252, 1988.. Disponível em: <<http://www.rbaonline.com.br/files/rba/jul88257.pdf>>. Acesso em: 30 jul. 2014

OLMOS, R. D.; LOTUFO, P. A. Epidemiologia da hipertensão arterial no Brasil e no mundo. **Rev Bras Hipertens**. V.9, n. 1, p. 21-23, 2002. Disponível em: <<http://bases.bireme.br>>.

PÉRES, D.S.; MAGNA, J. M.; VIANA, L.A. Portador de hipertensão arterial: atitudes, crenças, percepções, pensamentos e práticas (trabalho científico), São Paulo, 2003.

SAÚDE & LAZER. Hipertensão aumenta entre jovens. 2008. Disponível em: <http://www.saudelazer.com/index.php?option=com_content&task=view&id=49_50>. Acesso em: 30 jul. 2009.

SANTOS, I.S. **Guia metodológico de avaliação e definição de indicadores: doenças crônicas não-transmissíveis e Rede Carmen**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2007

SILVA, J. L. L.; SOUZA, S. L. Fatores de risco para hipertensão arterial sistêmica versus estilo de vida docente. **Rev Eletrônica Enferm**, v. 6, n. 3, p.330-335, 2004. Disponível em: <www.fen.ufg.br>. Acesso em: 30 jul. 2014.

TRINDADE, D. et al. **Estudo da ocorrência de acidente vascular cerebral em hipertensos cadastrados no PSF Carapina II do município de Governador Valadares**. 2007.

ZENI, A.. A perigosa relação entre hipertensão e mal de Alzheimer. 2008. Disponível em: <<http://www.clinicaanazeni.med.br/noticia.php?id=78>>.

WHO. The World Health Report, 2002: reducing risks, promoting healthy life. Geneva: World Health Organization, 2002.