

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

DAYMARA DE ARMAS COLLAZO

**PROPOSTA DE INTERVENÇÃO: MODIFICAÇÃO DO ESTILO
DE VIDA DOS PACIENTES COM HIPERTENSÃO ARTERIAL
ATENDIDOS NA UBS SANTA CRUZ EM SÃO GOTARDO, MINAS
GERAIS**

UBERABA / MINAS GERAIS

2016

DAYMARA DE ARMAS COLLAZO

**PROPOSTA DE INTERVENÇÃO: MODIFICAÇÃO DO ESTILO
DE VIDA DOS PACIENTES COM HIPERTENSÃO ARTERIAL
ATENDIDOS NA UBS SANTA CRUZ EM SÃO GOTARDO, MINAS
GERAIS**

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

Orientador: Esp. Judete Silva Nunes

UBERABA / MINAS GERAIS

2016

DAYMARA DE ARMAS COLLAZO

**PROPOSTA DE INTERVENÇÃO: MODIFICAÇÃO DO ESTILO
DE VIDA DOS PACIENTES COM HIPERTENSÃO ARTERIAL
ATENDIDOS NA UBS SANTA CRUZ EM SÃO GOTARDO, MINAS
GERAIS**

Banca Examinadora

Profa. Esp. Judete Silva Nunes-Orientadora

Profa. Esp. Leticia Ferreira Castro – UFTM.

Aprovado em Uberaba, em 05 de julho 2016.

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a minha mãe que é minha inspiração e meu impulso na vida. A minha família e amigos. Meus companheiros de trabalho e meus pacientes, sem os quais não seria possível a realização deste trabalho.

AGRADECIMENTOS

A Deus pela realização deste trabalho e por ser minha força no dia-a-dia.

A minha mãe, minha família e meus amigos por serem sempre meu incentivo.

Aos Colegas cubanos e brasileiros.

À Prefeitura Municipal de São Gotardo, à Secretaria Municipal de Saúde, à coordenação de Atenção Básica, à coordenação e equipe de Saúde do PSF Santa Cruz por contribuir para a realização deste trabalho e aos pacientes da comunidade do PSF Santa Cruz.

A todas as pessoas que colaboraram direta e indiretamente para a realização deste trabalho.

“ O maior descobrimento de todos os tempos é que uma pessoa pode mudar seu futuro só por mudar sua atitude. ”

Oprah Winfrey

RESUMO

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial (PA) que afeta várias pessoas no mundo todo. A HAS pode causar diversos danos à saúde devido à afetação dos órgãos-alvos levando o paciente a óbito, além de ser uma das doenças cardiovasculares que mais demandam recursos do sistema único de saúde (SUS). Considera-se hipertenso o paciente que apresenta hipertensão arterial (PA 140/90 mmHg) com prevalência na população urbana adulta brasileira que varia de 22,3% a 43,9%, dependendo da cidade onde o estudo é realizado. Considerando esses aspectos, notou-se que há uma alta incidência de hipertensos atendidos na UBS Santa Cruz em São Gotardo, Minas Gerais. Devido a essa incidência, este trabalho tem por objetivo elaborar um projeto de intervenção para modificar os estilos de vida dos pacientes com hipertensão arterial atendidos nessa unidade de saúde. O método utilizado foi o Planejamento Estratégico Situacional (PES). Foram consultadas as seguintes bases de dados: *SCIELO*, revistas científicas, diretrizes em saúde, sites do Ministério da Saúde e do IBGE. O projeto visa desenvolver palestras educativas para incentivar as modificações no estilo de vida além de contribuir para maior adesão do paciente ao tratamento farmacológico da hipertensão arterial e consequentemente vincular os pacientes aos grupos de hipertensão arterial. Espera-se que a implantação do projeto possa diminuir a incidência de doenças cardiovasculares, os fatores de risco, obter modificações no estilo de vida e vincular os pacientes aos grupos de hipertensos da UBS.

Palavras-chave: Hipertensão Arterial. Hábitos saudáveis. Estilo de vida.

ABSTRACT

Hypertension (SAH) is a multifactorial clinical condition characterized by high levels and sustained blood pressure (BP) that affects many people around the world. SAH may cause several damage to health due to affectation of target organs taking the patient to death, besides being one of the cardiovascular diseases that require more resources in the unified health system (SUS). It is considered hypertensive patient who presents hypertension (BP 140/90 mmHg) with prevalence in the adult brazilian urban population ranging from 22.3% to 43.9%, depending on the city where the study is conducted. Considering these aspects, it was noted that there is a high incidence of hypertensive served on UBS Santa Cruz in São Gotardo, Minas Gerais. Because of this incidence, this work aims to elaborate a project of intervention to modify the lifestyles of patients with hypertension seen in this health unit. The method used was the Situational strategic planning (PES). The following were consulted: SCIELO databases, scientific journals, health guidelines, websites of the Ministry of health and the IBGE. The project aims to develop educational lectures to encourage lifestyle changes in addition to contributing to greater patient compliance to pharmacological treatment of high blood pressure and therefore link patients to groups of high blood pressure. It is expected that the implementation of the project can reduce the incidence of cardiovascular diseases, risk factors, obtain modifications in lifestyle and link patients to hypertensive groups of UBS.

Keywords: Arterial hypertension. Healthy habits. Lifestyle.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

- HAS: Hipertensão Arterial Sistêmica.
- ACS: Agente Comunitário de Saúde.
- ASB: Auxiliar em Saúde Bucal.
- CAPS AD: Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e Antidrogas.
- CAPS: Centro de Atenção Psicossocial
- DCV: Doença Cardiovascular.
- EBS: Equipe Básica de Saúde.
- FENACEN: Festa Nacional da Cenoura.
- FR: Fatores de Risco.
- IDH: Índice de Desenvolvimento Humano.
- MG: Minas Gerais.
- NASF: Núcleo de Atenção na Saúde da Família.
- OCDE: Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico.
- PA: Pressão Arterial.
- PADAP: Programa de Assentamento Dirigido do Alto Paranaíba.
- SISREG: Sistema de Regulação.
- SUS: Sistema Único de Saúde.
- UBS: Unidade Básica de Saúde.

SUMÁRIO

[Leticia1] Comentário: Rever numeração das páginas

INTRODUÇÃO.....	12
JUSTIFICATIVA.....	14
OBJETIVO.....	15
METODOLOGIA.....	16
PROPOSTA DE INTERVENÇÃO.....	22
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	35
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	36
ANEXOS.....	39

1. INTRODUÇÃO

Segundo a Sociedade Brasileira de Cardiologia (2006) os autores McGregor et al. (1982) e Park e Taylor (2007) consideram que a hipertensão arterial sistêmica (HAS) por ter níveis elevados e sustentados de pressão arterial (PA) é uma condição clínica multifatorial. O aumento de riscos e eventos cardiovasculares fatais e não fatais está associado às frequentes alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo (coração, cérebro, rins e vasos sanguíneos) e a alterações metabólicas (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

Estudos realizados por Brandão et al. (2010), fazem referências sobre a HAS ter uma alta prevalência e baixas taxas de controle, além de ser considerado um dos principais fatores de risco (FR) modificáveis e um dos mais importantes problemas de saúde pública. Segundo a autora, no Brasil as DCV (doenças cardiovasculares) têm a principal causa de morte e que em 2007 ocorreram 308.466 óbitos por doenças do aparelho circulatório.

Pereira et al. (2009) investigou sobre as diferenças de prevalência, conhecimento, tratamento e controle da hipertensão entre países desenvolvidos e em desenvolvimento. Segundo este autor entre 1990 a 2007 observou-se uma tendência lenta, porém constante da redução das taxas de mortalidade cardiovascular. Uma 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.

Segundo Silva (2010), em seu trabalho, a hipertensão arterial por estar associada ao aparecimento de outras doenças crônicas- degenerativas que trazem repercussões negativas a qualidade de vida é considerada um problema grave de saúde pública. A principal causa de morte por hipertensão arterial não controlada são as doenças cardiovasculares e cerebrais como o acidente vascular encefálico (AVE).

Silva (2010) aponta que, segundo dados do Ministério da Saúde em 2001, na realidade brasileira foram encontrados cerca de 17 milhões de portadores de hipertensão arterial, sendo 35% da população acima dos 40 anos, e esse número é crescente. O aparecimento da hipertensão arterial está cada vez mais precoce, pois

segundo estimativas cerca de 4% das crianças e adolescentes também sejam portadoras dessa doença.

Considerando essa realidade, a Unidade Básica de Saúde Santa Cruz localizada no Distrito Guarda dos Ferreiros, em São Gotardo, Minas Gerais, atende aproximadamente 2500 habitantes, deles são cadastradas 654 famílias. A unidade possui 281 pacientes hipertensos cadastrados atualmente (149 foram selecionados entre as idades de 36 a 60 anos com maior risco) e 28 diabéticos. Na área de abrangência são atendidas 28 gestantes e 102 pacientes menores de 1 ano. Logo, a população de hipertensos representa 5% da população atendida pela unidade.

2. JUSTIFICATIVA

Considerando os altos índices de hipertensão no mundo e os danos causados por essa doença e a alta incidência de hipertensos atendidos na UBS Santa Cruz em São Gotardo, Minas Gerais, faz-se necessário algumas ações em saúde que contribuam para a diminuição da incidência de doenças cardiovasculares e dos fatores de risco associados a essa doença.

3. OBJETIVO GERAL

Elaborar um projeto de intervenção para modificar os estilos de vida dos pacientes com hipertensão arterial na UBS Santa Cruz Guarda dos Ferreiros, São Gotardo, Minas Gerais.

3.1. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Realizar levantamento bibliográfico sobre hipertensão entre 2008 a 2015.
2. Contribuir para adesão do paciente ao tratamento farmacológico da hipertensão arterial.
3. Contribuir para a diminuição da morbidade e a mortalidade do paciente hipertenso por complicações cardiovasculares.
4. Vincular os pacientes aos grupos de hipertensão arterial, qualificando o grupo conforme recomendado pelas Estratégias de saúde da Família (ESF) e equipe do NASF.

4. METODOLOGIA

A elaboração da proposta de intervenção deu-se em três etapas: diagnóstico situacional, revisão bibliográfica e elaboração do plano de ação que teve por base o método do Planejamento Estratégico Situacional (PES). (Campos et.al;2010).

Para desenvolver o projeto de intervenção foram utilizados os dados obtidos nas consultas médicas e no questionário elaborado pela equipe que reuniu todas as variáveis necessárias para obter resposta aos objetivos propostos.

Como fonte teórica, foram consultadas as seguintes bases de dados: *SCIELO*, revistas científicas, diretrizes em saúde, sites do Ministério da Saúde e do IBGE.

5. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Oliveira e Nogueira (2010) definem a hipertensão arterial sistêmica como a elevação crônica da pressão arterial sistólica (PAS) ou pressão arterial diastólica (PAD).

Estudos realizados por Rosário e colaboradores (2009) fazem referência à hipertensão arterial sendo considerada como uma doença que se associa a um agregado de distúrbios metabólicos, entre eles estão: a obesidade, o aumento da resistência a insulina, o diabetes mellitus.

Vale ressaltar que autores como Nascente e colaboradores (2010) referem que os estudos epidemiológicos têm identificado a associação positiva da hipertensão arterial às características sociodemográficas, ao consumo de álcool, à ingestão de sódio, ao estresse, ao diabetes, à obesidade e ao sedentarismo.

Agora segundo Lofredo, Telaolli e Basso (2003) consideram que um indivíduo hipertenso é aquele que apresenta níveis pressóricos relativamente altos e persistentes; e tem como definição a pressão sanguínea sistólica $>$ ou $=$ a 140 mmHg ou pressão sanguínea diastólica $>$ ou $=$ a 90mmHg.

A hipertensão arterial é uma doença de natureza multicausal e os seus principais fatores de risco são distribuídos entre não modificáveis e modificáveis (estilo de vida, tabagismo, sedentarismo, alimentação inadequada), os quais estão associados a obesidade e o excesso de peso. A história familiar é classificada como um fator de risco não modificável. (BORGES *et al.*, 2008).

Estudos realizados revelam que a hipertensão arterial sistêmica acomete aproximadamente 25% da população mundial, com previsão de aumento para 60% dos casos da doença em 2025. (Ferreira e colaboradores, 2009).

Também existem análises de que as atividades desgastantes no ambiente de trabalho também podem gerar danos à saúde. Entre elas estão as alterações cardiovasculares e hipertensão arterial. Em um estudo realizado com caminhoneiros identificou-se que a falta de adaptação dos motoristas, principalmente os que possuem longa jornada de trabalho, estão mais expostos a ocorrência de fatores associados a transtornos mentais, estresse, e a hipertensão arterial. (Cavagione e colaboradores, 2009).

Nos estudos realizados na Inglaterra com 1.259 homens identificou-se alterações nos níveis pressóricos entre os hipertensos durante sessões experimentais em virtude do estresse psicológico. (Lipp, 2007).

Cavagione e colaboradores (2009) descreverão que o estresse psicológico pode ser considerado como um dos principais fatores do meio ambiente que contribuem para a hipertensão arterial sistêmica.

A associação com respeito a situação socioeconômica, é um fator importante na incidência de doenças, seja pelas más condições de nutrição, habitação e saneamento a que estão submetidos durante o processo de desenvolvimento, como pelas dificuldades de acesso aos serviços de saúde. (Gus, Fischmann e Medina ; 2002).

O estilo de vida joga um papel crítico na determinação da pressão arterial dos indivíduos e na prevalência da hipertensão nas populações. (Feijão e colaboradores; 2005).

Estudos realizados por Lembram Bastos e Borestein (2004) fazem referências que a prevenção primária é a principal terapêutica no combate aos fatores de riscos. Sendo assim faz-se necessário destacar a enfermagem como agente de grande importância para promover a saúde levando informações aos usuários para que os mesmos busquem manter sua pressão arterial sempre controlada.

Os 70% dos casos de hipertensão em homens e 61 % em mulheres foram atribuídos diretamente ao excesso de peso (HUBERT, 1983). Souza et al. (2003) em estudo sobre a prevalência de obesidade e fatores de risco cardiovascular no município de Campos-RJ encontrarão o risco de 1,8 vezes maior entre os obesos de desenvolver hipertensão do que entre os não obesos.

O padrão sedentário tornou-se predominante nas sociedades contemporâneas nas quais o desenvolvimento de tecnologias eliminou, em grande parte, a necessidade de grandes esforços físicos no trabalho, nas atividades domésticas e como meio de locomoção (LESSA, 1998). Piccini, Victoria (1994); Gus et al. (2004) detectaram uma associação estatisticamente significativa entre a hipertensão arterial e sedentarismo.

[Leticia2] Comentário: Está correto? Duas referências para o mesmo parágrafo?

Podemos observar de acordo com as falas dos autores citados acima que a Hipertensão Arterial juntamente com outras doenças serão as doenças mais comuns nas próximas décadas e também a grande causadora de incapacidades. Vale ressaltar que isso se dá devido as grandes modificações no estilo de vida das pessoas.

Segundo (LESSA,1998), a Hipertensão Arterial apresentando-se assim, um curso clínico em geral assintomático, constante, para toda a vida, com períodos de manifestações clínicas estáveis e outros de exacerbação, evoluindo para graus variados de incapacidades ou para a morte.

Ainda assim, a prevenção e tratamento da doença representam desafios para as autoridades sanitárias, profissionais de saúde, portadores e familiares envolvidos na promoção de saúde (MANO,2003).

Segundo as diretrizes da OMS, para a classificação da pressão arterial em adultos maiores de dezoito anos, será adotada a classificação do II Consenso Brasileiro de Hipertensão Arterial Sistêmica (BRASIL,2001) apresentado no Quadro 1 seguinte:

Quadro 1. Classificação da pressão arterial em adultos > 18 anos.

CLASSIFICAÇÃO	PRESSÃO DIÁSTÓLICA MmHg	PRESSÃO SISTÓLICA MmHg
Normal	< 85	< 130
Normal limítrofe	85 a 89	130 a 139
Hipertensão leve	90 a 99	140 a 159
Hipertensão moderada	100 a 109	160 a 179
Hipertensão grave	≥110 ≤90	≥180 ≥140

Fonte: III Conselho Brasileiro de HAS-2001.

Na atualidade, os critérios para diagnóstico e classificação dos indivíduos acima de 18 anos, concordam com os níveis tensionais que obedecem a IV Diretrizes Brasileira de Hipertensão Arterial (2002), Quadro 2, seguinte:

[Leticia3] Comentário: Rever regras para citação

Quadro 2- Classificação da pressão arterial (> de 18 anos)

CLASSIFICAÇÃO	PRESSÃO DIASTÓLICA mmHg	PRESSÃO SISTÓLICA mmHg
Ótima	< 80	< 120
Normal	< 85	<130
Normal limítrofe	85 a 89	130 a 139
Hipertensão		
Estagio leve	90 a 99	140 a 159
Estagio moderado	100 a 109	160 a 179
Estagio grave	≥ 110	≥ 180
Sistólica isolada	≤ 90	≥ 140

Fonte: IV Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial (2002).

Os estudos realizados fazem referência a que esse tipo de HA contribui com 5 a 19 %do total de casos na população, podendo incidir em qualquer idade, sendo que a Hipertensão Arterial em jovens demanda uma minuciosa investigação, pois é susceptível de estar incluída neste grupo de classificação (BRASIL,2001).

Dentro dos fatores de risco para essa patologia, existem aqueles que são incontroláveis e relacionados ao patrimônio genético, como a herança, idade, raça e sexo; os independentes que não estão sob o controle dos profissionais, o tabagismo, a hiperlipidemia, a diabetes e o alcoolismo; e os fatores dependentes, que podem ser influenciados, como o sedentarismo, a obesidade, a dieta e o stress (LUNA, 1989).

Cabe destacar que a hereditariedade e a história familiar evidenciam maior probabilidade de desenvolver HA, em pessoas com casos de hipertensão em parentes próximos e aqueles de raça negra são mais propensas a apresentar hipertensão arterial, representando-se maiores índices de complicações e possuindo maiores dificuldades para o controle da doença (BRASIL, 2001).

A presença da Diabetes é outro fator importante para a HA, em que a coexistência da doença e do Diabetes tipo- 2 coloca ao paciente sob riscos duas vezes maior de apresentar complicações cardiovasculares, em relação aos hipertensos não diabéticos. Da mesma forma, o paciente hipertenso e diabético apresenta um maior grau de dificuldade de respostas terapêuticas efetivas (DEEDWANIA,2000).

O peso elevado é também um fator que contribui muito para a hipertensão, com relação a esse assunto Ribeiro (1996) faz referência:

que o método mais popularmente utilizado é o índice de Quetelet ou índice de massa corporal, em que o peso (kg) é dividido pela altura (elevada ao quadrado), o resultado dessa operação classifica a pessoa com peso normal quando apresenta entre 18,5 e 24,9; com sobrepeso- Grau I, entre 25 e 29,9; Sobrepeso – Grau II, de 30 a 39,9; ou Sobrepeso Grau III, acima de 40.(Ribeiro,1996).

Luna (1989) relata em suas investigações, que o cloreto de sódio (sal) representa outro fator de risco que estabelece relação direta com o desenvolvimento da Hipertensão Arterial, sobre tudo quando é usado em excesso.

Segundo estudos realizados referem que a partir da década de 60, as doenças cardiovasculares superarão as infecto-contagiosa, colocando-se como primeira causa de morte no país, apresentando-se a H A como a principal causa dessas doenças, explicando 40 % das mortes por acidente vascular encefálico e 25 % daquelas por doença arterial coronariana (BRASIL, 2002).

Durante o período de 1980 a1984, observou-se, na realidade brasileira, um discreto aumento do risco de morte pelas doenças cardiovasculares com queda na ordem de 19,6% até 1996, havendo uma redução aproximada de 20 % na mortalidade por doença cerebrovascular. Essa queda, no mesmo período, foi de aproximadamente 13% (MANSUR et al, 2001).

Posteriormente, no ano 1998, foram registrados 930 mil óbitos no Brasil, vários estudos relevaram que as doenças cardiovasculares foram responsáveis por 27% desse total, excluindo-se os óbitos por causas mal definidas e por violência, aproximando-se tal cifra aos 40%- (MANSUR, et al,2001)

Segundo dados do Ministério da Saúde (BRASIL,2001), ocorreram 1.150.000 internações por doenças cardiovasculares, no ano de 1998, com custo global de 475 milhões de reais, correspondendo a aproximadamente 400 milhões de dólares.

A população em geral, só procura os serviços de saúde quando apresenta sintomas que podem ser observados, o que contribui, na maioria das vezes, para um diagnóstico tardio associado a frequentes lesões em órgãos alvos, pois o mais comum na H A é a ausência de sintomas (MANO, 2003).

O Ministério da Saúde (BRASIL,2001) recomenda a adoção de práticas que possam minimizar os fatores de risco, destacando-se como de maior relevância, o padrão alimentar que vem sendo identificado como a alternativa mais viável para o estudo da relação entre a ingestão de nutrientes na dieta e o risco de doenças.

Um estudo realizado pelo DASH (Dietary Approach to Stop Hypertension) mostrou uma redução da pressão arterial em indivíduos que ingeriram dieta com frutas, verduras, derivados de leite desnatado, quantidade reduzida de gorduras saturadas e colesterol. (BRASIL,2002).

6. PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

6.1. Diagnóstico situacional

6.1.1. Localização do Município

São Gotardo está localizado na mesorregião do Triângulo Mineiro/ Alto Paranaíba em Minas Gerais. O município tem uma área total de 866.087, e concentração habitacional é de 39,95 habitantes por km². O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) é de 0,736, e tem uma taxa de Urbanização de 94,5%. De acordo com o Censo Demográfico do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística a estimativa era de 34.425 habitantes para o ano de 2015. Devido ao programa federal PADAP (Programa de Assentamento Dirigido do Alto Paranaíba) há vários descendentes japoneses que migraram nos anos 1970. (IBGE 2010).

Em relação à economia, o município tem a agricultura como principal atividade econômica, seguida da pecuária, do comércio e indústrias. É o principal produtor do Brasil ; produtor de trigo, cenoura, soja, alho, café e beterraba. É conhecida nacionalmente por ser capital nacional da Cenoura e por realizar a FENACEN (Festa Nacional da Cenoura).A agricultura tem uma produção altamente diversificada, com aplicação de alta tecnologia, constantes de projetos de pesquisa, assistência técnica que resultam em índices elevados de produtividade, com uma rotatividade de plantio de colheitas de janeiro a dezembro. No seguimento, destaca-se a Cooperativa Agrícola do Alto Paranaíba-COOPADAP (IBGE 2010).

No que se refere à educação o município possui várias escolas dos ensinos fundamental e médio, públicas e particulares. As escolas de ensino fundamental e médio atendem as demandas do município quanto ao número de vagas necessárias

e também vêm se destacando no estado de Minas Gerais pelo alto nível de desempenho nas avaliações internas e externas. No campo do ensino superior, conta com o CESG (Centro de Ensino Superior de São Gotardo), além de uma unidade da Unipac. O município é polo regional de educação à distância da Uniube (Universidade de Uberaba). Aproximadamente a 18 quilômetros, está localizado o campus da Viçosa, em Rio Paranaíba (IBGE 2010).

Quanto à saúde, o município apresenta 12 estabelecimentos municipais compostos por: Hospital do Pronto Socorro, PSF, seis estabelecimentos privados sendo um Hospital privado, clínicas e laboratórios privados (IBGE 2010).

Sobre o programa saúde da família, ele foi implantado em São Gotardo no ano de 2013 e hoje conta com 7 equipes, cobrindo 48,72% da população (34.107 habitantes). Este programa tem por objetivo integrar as ações de promoção, vigilância, recuperação e reabilitação de saúde, reorganizar a assistência básica e contribuir no aprimoramento e na consolidação do Sistema Único de Saúde (IBGE 2010).

6.1.2. Unidade básica de saúde

A primeira unidade de saúde do Distrito Guarda dos Ferreiros, em São Gotardo, foi fundada em 2013. Devido ao crescimento da população surgiu a necessidade de outra equipe de saúde e outro PSF no distrito. Em junho de 2015 foi inaugurado o PSF Santa Cruz (IBGE 2010).

Essa unidade funciona de segunda-feira a sexta-feira das 07h às 17h. A Equipe é composta por: 1 médica clínico-geral, 1 dentista (radica no outro PSF), 1 auxiliar geral, 1 enfermeira, 1 técnica de enfermagem e 5 agentes comunitários de saúde.

Em relação aos equipamentos, a unidade está bem equipada, tem os recursos para o trabalho da equipe, assim como nebulizador e instrumental cirúrgico para pequenas cirurgias e curativos. Já a estrutura física é composta de: uma sala de curativo e procedimentos, uma sala para ACS, um consultório médico, um consultório ginecológico, uma sala de espera, uma recepção, três sanitários, uma sala de vacinas, uma sala o almoço e uma cozinha; e área de ginástica (neste caso é a garagem da casa). A UBS atual se encontra em fase de construção.

[Leticia4] Comentário: Sugiro substituir esta palavra, pois dá ideia de que a UBS atual é 'falsa'.

A Unidade atende aproximadamente 2500 habitantes, deles são cadastradas 654 famílias. A unidade possui 281 pacientes hipertensos cadastrados atualmente (149 foram selecionados entre as idades de 36 a 60 anos com maior risco) e 28 diabéticos. Na área de abrangência são atendidas 28 gestantes; e 102 pacientes menores de 1 ano.

6.2. Planejamento situacional em saúde

Dispondo do método de estimativa rápida, foram identificados como principais problemas da área abrangência:

- a deficiência no acompanhamento dos hipertensos,
- a renovação indiscriminada de receitas,
- a má adesão ao tratamento,
- a grande demanda espontânea,
- a obesidade,
- as dislipidemias,
- o sedentarismo,
- o tabagismo,
- a baixa escolaridade entre a população adulta produtiva.

Em reunião com a equipe, identificamos os principais problemas que afetam nossa comunidade sendo eles: o uso de drogas lícitas e ilícitas, a violência, a gravidez na adolescência e a falta de opções para jovens.

6.2.1. Priorização dos problemas

Após a identificação dos problemas, foi realizada seleção e priorização daqueles problemas que seriam possivelmente enfrentados. Priorizando-os de acordo a frequência com que se apresentam (alta, moderada e pouco frequente), ao grau de urgência (com uma escala de 1 ao 6) e a capacidade de enfrentamento pela equipe de saúde (parcial, média e fora do alcance da equipe). Como podemos observar na tabela 3:

Tabela 3: Priorização dos problemas identificados pelo método estimativa rápida, conforme importância, urgência e capacidade de enfrentamento, na área de abrangência da ESF Santa Cruz, de Guarda dos Ferreiros, São Gotardo-MG, 2015.

Problemas selecionados	Importância	Urgência	Capacidade de enfrentamento	Seleção
Deficiência no acompanhamento dos hipertensos	Alta	6	Parcial	1
Renovação indiscriminada de receitas	Alta	6	Parcial	2
Má adesão ao tratamento	Alta	5	Fora	3
Grande demanda espontânea	Alta	5	Fora	4
Obesidade	Alta	5	Parcial	5
Dislipidemias	Alta	5	Parcial	5
Sedentarismo	Alta	4	Parcial	5
Tabagismo	Alta	3	Parcial	6
Baixa escolaridade entre a população adulta produtiva	Alta	3	Fora	6

Fonte: Elaborado pelo autor, 2015.

Por se tratar de uma área de grande risco e vulnerabilidade econômica e social, os problemas identificados estão interligados entre si, ou seja, um leva ao outro. Por isso estamos trabalhando a partir deste ano com a população da área de abrangência.

Foi feito um levantamento do número de hipertensos na área e verificou-se que o número encontrado foi 149 pacientes hipertensos com idade entre 36 e 60 anos(total de hipertensos na comunidade 281).Durante o levantamento observou-se que na escuta inicial com a enfermeira, ela notou que os níveis pressóricos dos pacientes estavam muito elevados, partindo desta realidade, em conjunto com a equipe priorizou-se esse tema devido à causa e os fatores de risco que levaram o aumento dos níveis de pressão.

Em relação às causas relacionadas aos pacientes, observou-se que o nível de adesão ao tratamento é baixo, que os pacientes têm baixa escolaridade, excesso de trabalho, tem pouco acesso à informação e às atividades recreativas. Além disso, observamos a influência de outros fatores como: a obesidade, o sedentarismo, o tabagismo e as dislipidemias.

[Leticia5] Comentário: Não entendi: o total são 149 ou 281?

Inicialmente, a equipe teve muita dificuldade para conhecer a realidade da população, pois a equipe era nova e havia muitos pacientes para poucos funcionários. Nas pré consultas são identificados os pacientes hipertensos, segundo o nível da pressão arterial, o orientando sobre o tratamento imediato ou pela consulta para realizar o acompanhamento, focado basicamente nos principais fatores de risco, prévio controle da pressão e do tratamento; tudo isto com o apoio da indicação dos exames e encaminhamentos com especialistas em caso de complicações, mas a maioria das vezes, a demora no retorno às consultas dificulta a realização de um bom acompanhamento médico.

A ausência da atuação da equipe inicialmente traria como consequências as possíveis complicações ao paciente, e se não houvesse um controle da hipertensão aumentaria a demanda de renovação de receitas e de pacientes doentes, aumentando assim a aparição do AVC (acidente cerebrovascular) e doenças cardiovasculares, que posteriormente os levaria a morte (complicação maior).

6.2.2 Seleção dos “nós críticos”

Nesse momento foi necessário identificar os nós críticos, dentre as várias causas, as que são consideradas mais importantes na gênese do problema e, por consequência, aquelas que devem ser enfrentadas.

- Deficiência no acompanhamento dos hipertensos.
- Má adesão ao tratamento.
- Estilo de vida não saudável.

6.2.3. Desenho das operações

Nesse momento foi realizado o desenho da operação/ação. A partir de cada nó crítico identificado, foi criado um projeto/ operação, para atingir os resultados esperados para o enfrentamento do problema em foco.

Tabela 4: Operações sobre os “nós críticos” relacionado a deficiência no acompanhamento dos hipertensos, má adesão ao tratamento e estilo de vida ruim”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Santa Cruz, na Guarda dos Ferreiros; em São Gotardo, Minas Gerais.

Nó crítico	Deficiência no acompanhamento dos hipertensos.	Má adesão ao tratamento	Estilo de vida ruim
Operação	Estabelecer práticas de identificação precoce dos fatores de risco	Estabelecer consciência no paciente sobre a importância do tratamento.	Estabelecer práticas para modificar os estilos de vida.
Projeto	Modificação dos estilos de vida.	Modificação dos estilos de vida.	Modificação dos estilos de vida.
Resultados esperados	Diminuição da incidência de hipertensos na comunidade em estudo.	Aumentar o cumprimento do tratamento médico.	Modificar os estilos de vida
Produtos esperados	Grupo de hipertensos	Grupo de hipertensos	Grupo de Hipertensos
Atores sociais/responsabilidades	Médico, enfermeiras, agentes de saúde, agentes sociais e o pessoal funcionário da Secretaria de Saúde.	Médico, enfermeiras e agentes de saúde	Médico, enfermeiras, agentes de saúde, NASF e o pessoal funcionário da Secretaria de Saúde.

<p>Recursos necessários</p>	<p>Estrutural: Realização de consultas de controle, de exames e indicação do tratamento. Nos casos complexos assessoria com outros especialistas. Cognitivo: informações sobre o tema</p> <p>Financeiro: verbas para realizar convênios com outras instituições medicas para a realização de exames e aquisição de medicamentos. Pagamento aos especialistas da atenção secundaria. Político: apoio para o cumprimento na realização dos exames, consultas e tratamento.</p>	<p>Estrutural: Realização de medição da pressão e Avaliação do cumprimento do tratamento. Cognitivo: Informações sobre o tema.</p> <p>Financeiro: verbas para realizar os pagamentos dos farmacêutico e administração da aquisição dos medicamentos para os pacientes. Político: apoio para fornecer a aquisição dos medicamentos para os pacientes</p>	<p>Estrutural: Realização de palestras, entrevistas, vídeos educativos e dramatizações. Cognitivo: Informações sobre o tema. Financeiro: verbas para obter os instrumentos para os cartazes, adquirir a foto show. Pagamentos a nutricionista, psicólogo e professor de educação física. Político: apoio para o cumprimento das atividades de promoção da saúde.</p>
------------------------------------	--	---	--

Recursos críticos	Estrutural: Realização de consultas de controle, de exames e indicação do tratamento. Nos casos complexos assessoria com outros especialistas. Cognitivo: informações sobre o tema Financeiro: verbas para realizar convênios com outras instituições médicas para a realização de exames e aquisição de medicamentos. Pagamento aos especialistas da atenção secundária. Político: apoio para o cumprimento na realização dos exames, consultas e tratamento	Estrutural: Realização de medição da pressão e Avaliação do cumprimento do tratamento. Cognitivo: Informações sobre o tema. Financeiro: verbas para realizar os pagamentos dos farmacêutico e administração da aquisição dos medicamentos para os pacientes. Político: apoio para fornecer a aquisição dos medicamentos para os pacientes	Estrutural: Realização de palestras, entrevistas, vídeos educativos e dramatizações. Cognitivo: Informações sobre o tema. Financeiro: verbas para obter os instrumentos para os cartazes, adquirir a foto show. Pagamentos a nutricionista, psicólogo e professor de educação física. Político: apoio para o cumprimento das atividades de promoção da saúde.
Controle dos recursos críticos / Viabilidade	Ator que controla: EBS Motivação: Deficiência no acompanhamento	Ator que controla: EBS. Motivação: Má adesão ao tratamento.	Ator que controla: EBS, NASF e Secretaria de Saúde. Motivação: Estilo

	dos hipertensos.		de vida ruim.
Ação estratégica de motivação	Captação de hipertensos com mal acompanhamento médico.	Indicação e controle do tratamento médico.	Atividades de promoção de saúde.
Responsáveis:	EBS Secretaria de Saúde	EBS	EBS NASF Secretaria de Saúde
Cronograma / Prazo	45 dias	45 dias	45 dias
Gestão, acompanhamento e avaliação	Secretaria de Saúde e Prefeitura.	Secretaria de Saúde e Prefeitura.	Secretaria de Saúde e Prefeitura.

Fonte: Elaborado pelo autor, 2015.

6.2.4. Identificação dos recursos críticos

Após a construção do desenho de operações segue-se a identificação dos recursos críticos, ou seja, aqueles recursos necessários, mas ainda não disponíveis para a realização da tarefa. A tabela 5 descreve os recursos críticos identificados para o problema enfrentado.

Tabela 5: Recursos críticos definidos para o problema enfrentado.

Operação/projeto	Recursos Críticos
Estabelecer práticas de identificação precoce dos fatores de risco: Modificação dos estilos de vida.	Estrutural: Realização de consultas de controle, de exames e indicação do tratamento. Nos casos complexos assessoria com outros especialistas. Cognitivo: informações sobre o tema

	<p>Financeiro: verbas para realizar convênios com outras instituições medicas para a realização de exames e aquisição de medicamentos. Pagamento aos especialistas da atenção secundaria.</p> <p>Político: apoio para o cumprimento na realização dos exames, consultas e tratamento.</p>
<p>Estabelecer consciência no paciente sobre a importância do tratamento: Modificação dos estilos de vida.</p>	<p>Estrutural: Realização de medição da pressão e Avaliação do cumprimento do tratamento.</p> <p>Cognitivo: Informações sobre o tema.</p> <p>Financeiro: verbas para realizar os pagamentos dos farmacêutico e administração da aquisição dos medicamentos para os pacientes.</p> <p>Político: apoio para fornecer a aquisição dos medicamentos para os pacientes</p>
<p>Estabelecer pratica para modificar os estilos de vida: Modificação dos estilos de vida.</p>	<p>Estrutural: Realização de palestras, entrevistas, vídeos educativos e dramatizações.</p> <p>Cognitivo: Informações sobre o tema.</p> <p>Financeiro: verbas para obter os instrumentos para os cartazes,</p>

	<p>adquirir a foto show. Pagamentos a nutricionista, psicólogo e professor de educação física</p> <p>Político: apoio para o cumprimento das atividades de promoção da saúde</p>
--	---

Fonte: Elaborado pelo autor, 2015.

6.2.5. Análise de viabilidade do plano

A avaliação e identificação dos recursos críticos levam à identificação de quais instituições, repartições, grupos, associações, enfim, quais os atores que podem auxiliar na promoção dos recursos. E diante disso, o que seria necessário para que cada um disponibilizasse o recurso de que dispõe. Nessa avaliação foi possível construir a tabela 6 que descreve a análise da viabilidade das operações delineadas.

Tabela 6: Análise da viabilidade do plano (Proposta de ações motivacionais dos atores responsáveis pelo controle dos recursos necessários à execução do plano de intervenção).

Operação projeto	Recursos Críticos	Controle dos recursos Críticos		Ação estratégica
		Ator que controla	Motivação	
Saber mais: Modificar hábitos alimentares não saudáveis	Financeiro para aquisição de recursos audiovisuais.	Secretaria de saúde	Favorável	Apresentar demanda
Viver melhor:	Político: articulação	Secretaria	Favorável	Apresentação

proporcionar atividade física supervisionada.	intersetorial.	de saúde		de projeto de ação especificada
Mais Saúde: Proporcionar apoio supervisionado para encorajar o abandono do uso do tabaco e álcool.	Político: articulação intersetorial.	Secretaria de saúde	Favorável	Apresentação de projeto de ação especificada.
Fomentar o conhecimento sobre hipertensão arterial.	Político conseguir espaços na rádio, imprensa para debates do tema sobre hipertensão arterial. Financeira Aquisição de recursos para equipamento material: médios audiovisuais, material didático educativo, docente etc.	Sector de Comunicação social Secretaria de Saúde	Favorável	Apresentar projeto de ação especificada.

Fonte: Elaborado pelo autor, 2015.

6.2.6. Elaboração do Plano Operativo

E por fim, foi realizada a construção do plano operativo, que contém o resumo dos nós críticos, a estratégia pensada para enfrentá-los, as ações para viabilizar estas operações, os responsáveis pela organização de cada estratégia e atividade e o prazo inicial para o cumprimento das primeiras metas. Esta sequência de descrições pode ser identificada na tabela 7, que se segue abaixo.

Tabela 7: Plano operativo para enfrentamento do problema da incidência.

Operação/ Projeto	Resultados Esperados	Produtos	Ação estratégica	Responsável	Prazo
Estabelecer práticas de identificação precoce dos fatores de risco: Modificação dos estilos de vida.	Diminuição da incidência de hipertensos na comunidade em estudo.	Grupo de hipertensos	Captação de hipertensos com mal acompanhamento médico.	EBS Secretaria de Saúde	45 dias
Estabelecer consciência no paciente sobre a importância do tratamento: Modificação dos estilos de vida.	Aumentar o cumprimento do tratamento médico.	Grupo de hipertensos	Indicação e controle do tratamento médico	EBS	45 dias
Estabelecer praticas para modificar os estilos de vida: Modificação os estilos de vida	Modificar os estilos de vida	Grupo de hipertensos	Atividades de promoção de saúde.	EBS NASF Secretaria de Saúde	45 dias

Fonte: Elaborado pelo autor, 2015.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A hipertensão arterial sempre deve ser motivo de atenção e preocupação por parte dos profissionais de saúde. Neste estudo, constatou-se que um fator importante relacionado a esta situação é a deficiência no acompanhamento dos hipertensos, a má adesão ao tratamento e os estilos de vida ruins. O grupo de pacientes selecionados no estudo, encontravam-se com os fatores de riscos antes mencionados.

Torna-se necessário assim, desenvolver estratégias como estabelecer práticas de identificação precoce dos fatores de risco e consciência no paciente sobre a importância do tratamento e de aí estabelecer as práticas para a modificação dos estilos de vida, todo isso com a formação de grupos de hipertensos na comunidade.

Para isso é necessário que a equipe de saúde promova uma reorganização no modo de diagnosticar, atender e acompanhar os pacientes hipertensos. Promovendo ações educativas voltadas para promoção a prevenção de saúde, mantendo os registros atualizados, realizando a busca ativa quando necessário, enfim, permitindo a individualização da assistência e respondendo a nosso objetivo que é a modificação dos estilos de vida da população em estudo.

Além de manter os níveis pressóricos dentro dos limites normais preconizados pelo Ministério de Saúde e melhorar a qualidade de vida dos pacientes da comunidade de Guarda dos Ferreiros, atentando para todos os problemas, inclusive a hipertensão arterial, a qual se configura em um importante problema de saúde pública no país. Contribuindo-se assim a diminuição da incidência de hipertensos na comunidade em estudo, aumentar o cumprimento do tratamento médico e modificando os estilos de vida.

REFERÊNCIAS

BASTOS, DS, BORESTEIN, MS. **Identificando os déficits de autocuidado de clientes hipertensos de um Centro Municipal de saúde.** Texto Contexto Enferm. 2004;13(1):92-9.

BORGES, H.P.; et al. **Associação entre hipertensão arterial e excesso de peso em adultos,** Belém, Pará, 2005. Arquivo Brasileiro de Cardiologia, v.91, n.2, p.110-18, 2008

BRANDAO, Andrea A.et.al.Conceituação, epidemiologia e prevenção primária. J.Bras.Nefrol.2010, vol.32, suppl.1, pp.1-4.Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sciarttex&pid=S0101-28002010000500003>>: Acessado em maio de 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Protocolo: cadernos de atenção básica:** hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus. Brasília; 2001.

BRASIL. **Ministério da Saúde.** Portaria nº 373 de 27 de fevereiro de 2002. Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]. Brasília, 2002

CAVAGIONI, L.C.; et al. **Agravos a saúde, hipertensão arterial e predisposição ao estresse em motoristas de caminhão.** Revista da Escola de Enfermagem da USP, v. 43, n.2, p.1267-71, 2009.

CAMPOS, F.C.C.; FARIA H. P.; SANTOS, M.A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde.**Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. NESCON/UFMG. Curso de Especialização em Atenção Básica à Saúde da Família. 2ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/Planejamento_e_avaliacao_das_acoes_de_saude_2/3>. Acesso em: 04 de Maio de 2015.

DEEDWANIA, P.C.Hipertensão e Diabetes – Novas opções terapêuticas. **JAMA** Brasil, v. 4. 2000. P. 349.

FEIJÃO, A.M.M., et al. **Prevalência de Excesso de Peso e Hipertensão Arterial, em População Urbana de Baixa Renda.** Arquivo Brasileiro de Cardiologia, v.84, n.1, 2005.

FERREIRA, S.R.G., et al. Frequência de Hipertensão arterial e fatores associados: Brasil, 2006. **Revista de Saúde Pública**, v.43, n.2, p.98-106, 2009. Disponível:<http://www.scielo.org/pdf/rsp/v43s2/ao791.pdf> <Acesso: 11 de junho de 2016>.

GUS, I.; HARZHEIM, E., ZASLAVSKY, C. et al. **Prevalência, reconhecimento e controle da hipertensão arterial sistêmica no Estado do Rio Grande do Sul.** Arq Bras Cardiol, v.83, n. 5, p. 424-428, 2004.

HUBERT, HB. **Obesity as an independent risk factor for cardiovascular disease: a 26-year follow-up of participants in the Framing-han Heart Study.** Circulation1983;67:968-77.

LESSA Epidemiologia da hipertensão arterial. In: Lessa I, (org.). **O adulto brasileiro e as doenças da modernidade, epidemiologia das doenças crônicas transmissíveis.** São Paulo: Editora Hucitec/ Rio de Janeiro: ABRASCO;1998,

LIPP, M.E.N. **Controle do estresse e hipertensão arterial sistêmica.** Revista Brasileira de Hipertensão, v.14, n.4, p.89-93, 2007

LOFREDO, L.C.M; TELAROLLI, R; BASSO, M.F.M. Prevalência de Hipertensão Arterial Sistêmica em Estudantes da Faculdade Odontologia de Araraquara- UNESP. **Revista de Odontologia da UNESP**, v.32, n.2, p.99-104, 2003. Disponível: <http://rou.hostcentral.com.br/PDF/v32n2a04.pdf> < Acesso: 1 de maio de 2016>

LUNA, R. L. **Hipertensão arterial: diagnóstico e tratamento.** Rio de Janeiro: Revinter. 252 p. 2009.

MANO, **Considerações gerais sobre Hipertensão Arterial Sistêmica. Disponível em cardiologia.med.br.** <Acesso em 10 de maio de 2016>.

MANSUR AP, FAVARATO D, SOUSA M FM et al. **Tendências do risco de morte por doenças circulatórias no Brasil de 1979-1996.**Arq Bras. Cardiol,2001; 76(6): 497-503.

NASCENTE, F.M.N., et al. **Hipertensão Arterial e sua Correlação com Alguns Fatores de Risco em Cidade Brasileira de Pequeno Porte**. Arquivo Brasileiro Hipertensão arterial e fatores de risco associados: uma revisão de literatura de Cardiologia, v.95, n.4, p. 502-9, 2010. Disponível: <http://www.scielo.br/pdf/abc/2010nahead/aop10910.pdf> Acesso: 11 de junho de 2016>.

OLIVEIRA, A.F.C; NOGUEIRA, M.S. Obesidade como fator de risco para ahipertensão entre profissionais de enfermagem de uma instituição filantrópica. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v.44, n.2, p.388-94, 2010. Disponível: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v44n2/21.pdf>< Acesso: 11 de Novembro de 2011>.

PEREIRA, M, Lunet N, Azevedo A, Barros H. **Differences in prevalence, awareness, treatment and control of hypertension between developing and developed countries**. J Hypertension 2009.

PICCINI, RX, Victoria CG.;**Hipertensão arterial sistêmica em área urbana no sul do Brasil**: prevalência e fatores de risco.; Revista de Saúde Pública; 28; 261-7; 1994.

RIBEIRO, R. C.; LOTUFO, P. A. **Hipertensão arterial**: diagnóstico e tratamento. São Paulo: Sarvier, 2005. 117 p.

SILVA, M.E.D.C. **As representações sociais da hipertensão arterial**. [dissertação de mestrado] Teresina (PI): Universidade Federal do Piauí; 2006.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. Sociedade Brasileira de Hipertensao. Sociedade Brasileira de Nefrologia. **IV Diretrizes Brasileiras de Hipertensao**. Arq. BrasCardiol 2010; 95 (1 supl.1):1-51. Disponível em: <http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2010/Diretriz hipertensao associados.pdf>>; acessado em: maio de 2016.

TACON, K.C.B; SANTOS, H.C.O; CASTRO, E.C. Perfil Epidemiológico da Hipertensão Arterial Sistêmica em Pacientes Atendidos em Hospital Público. Revista Brasileira de Clínica Médica, v.8, n.6, p.486-9, 201

ANEXOS

Figura 1: Mapa da Área de abrangência da EBS Santa Cruz, Guarda dos Ferreiros; Município São Gotardo.



Figura 2: foto do PSF Santa Cruz, Guarda dos Ferreiros, São Gotardo. Minas Gerais.

