

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

LEYDI ESTHER ALFONSO ARBOLAEZ

**INTERVENÇÃO SOBRE AS DOENÇAS CRÔNICAS NÃO
TRANSMISSÍVEIS ENTRE ADOLESCENTES NA EQUIPE SEBASTIÃO
DE ARAUJO, CRISTIANO OTONI / MG**

BELO HORIZONTE- MG

2017

LEYDI ESTHER ALFONSO ARBOLAEZ

**INTERVENÇÃO SOBRE AS DOENÇAS CRÔNICAS NÃO
TRANSMISSÍVEIS ENTRE ADOLESCENTES NA EQUIPE SEBASTIÃO
DE ARAUJO, CRISTIANO OTONI / MG**

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

Orientadora: Prof.^a Virgiane Barbosa de Lima

BELO HORIZONTE- MG

2017

LEYDI ESTHER ALFONSO ARBOLAEZ

**INTERVENÇÃO SOBRE AS DOENÇAS CRÔNICAS NÃO
TRANSMISSÍVEIS ENTRE ADOLESCENTES NA EQUIPE SEBASTIÃO
DE ARAUJO, CRISTIANO OTONI / MG**

Banca Examinadora:

Prof.^a Virgiane Barbosa de Lima (orientadora)

Prof. Ms. Zilda Cristina dos Santos- UFTM(Examinadora)

Aprovado em: 12/08/2017

DEDICATORIA

A minhas filhas por sua paciência e amor.

A meu pai por sua confiança.

A minha Pátria por sua grandeza.

Aos pobres do mundo

AGRADECIMENTOS

Agradeço a todas aquelas pessoas que fizeram possível a realização deste projeto.

Agradeço a meus amigos por sua confiança

Agradeço ao povo de Cristiano Otoni, meu principal objetivo.

RESUM O

A Equipe de Saúde da Família da São Sebastião de Araújo, no Município Cristiano Otoni/MG é responsável por 2401usuários, onde existe sob responsabilidade da equipe um número significativo de adolescentes com níveis pressóricos descontrolados. Com a vivência no trabalho diário, a equipe percebeu que o processo de trabalho tem se mostrado insuficiente para atender esta demanda. Para melhorar os índices pressóricos dos adolescentes, elaborou-se um plano de ação para promover o autocuidado, novos conhecimentos e adesão a práticas higiênico-sanitárias relacionadas a hipertensão entre adolescentes adscritos. Para fundamentar o plano fez-se pesquisa bibliográfica na Biblioteca Virtual em Saúde, na SciELO, e Biblioteca Virtual da Universidade Federal de Minas Gerais, com os descritores: Atenção Primária à Saúde, doenças crônicas não transmissíveis e Prevenção. O plano foi proposto após a realização da análise situacional e pelo levantamento dos principais problemas de saúde existentes na área de abrangência. Foram então, planejadas ações em saúde, utilizando o método de Planejamento Estratégico Situacional (PES) e com as informações coletadas nos registros da equipe, consulta médica e durante as visitas domiciliares. O método da Estimativa Rápida Participativa proporcionou conhecer as condições de vida da população do território da equipe Sol nascente, suas características e ambiente onde vive a população e a maneira como se distribui na área de abrangência. Os nós críticos identificados foram: Pressão arterial descontrolada pelo uso contínuo de sódio; Conhecimentos desatualizados por parte dos profissionais da equipe e Falta de adesão ao tratamento da doença e sua relação com o alcoolismo. O sucesso desta intervenção necessita da participação de toda a equipe e do aumento de orientações sobre a doença, hábitos de vida e assistência farmacêutica que irão contribuir com a melhoria do processo de trabalho, os níveis pressóricos dos adolescentes a melhor relação dos mesmos com as práticas de prevenção entre os adolescentes melhorando a qualidade de vida dos mesmos.

Palavras Chave: Atenção Primária à Saúde. Doenças crônicas não transmissíveis. Prevenção.

ABSTRACT

The Family Health Team of São Sebastião de Araújo, in the municipality of Cristiano Ottoni / MG, is responsible for 2401 users, where a significant number of adolescents with uncontrolled blood pressure levels are under the responsibility of the team. With the daily work experience, the team realized that the work process has proved insufficient to meet this demand. To improve the pressure indexes of adolescents, a plan of action was developed to promote self-care, new knowledge and adherence to hygienic-sanitary practices related to hypertension among adolescent adolescents. In order to base the plan, a bibliographic research was done in the Virtual Health Library, SciELO, and Virtual Library of the Federal University of Minas Gerais, with the following descriptors: Primary Health Care, chronic non-communicable diseases and Prevention. The plan was proposed after the situational analysis and the survey of the main health problems in the area of coverage. Health actions were then planned, using the Strategic Situational Planning (PES) method and with the information collected in the team records, medical consultation and during home visits. The Participatory Rapid Estimate method provided information about the living conditions of the population of the emerging Sol team territory, its characteristics and the environment where the population lives and the way it is distributed in the area of coverage. The critical nodes identified were: Uncontrolled blood pressure by continuous use of sodium; Outdated knowledge on the part of the professionals of the team and Lack of adherence to the treatment of the disease and its relation with alcoholism. The success of this intervention requires the participation of the whole team and the increase of guidelines on the disease, life habits and pharmaceutical assistance that will contribute to the improvement of the work process, the pressure levels of the adolescents the best relation of the same with the practices Among adolescents, improving their quality of life.

Keywords: Primary Health Care. Chronic noncommunicable diseases. Prevention.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

- ACS - Agente Comunitário de Saúde
- APS - Atenção Primária de Saúde
- AVC - Acidente cardiovascular
- BVS - Biblioteca Virtual em Saúde
- DCNT - Doença Crônica Não Transmissível
- DM - Diabetes Mellito
- ESF - Estratégia de Saúde de Família
- HAS - Hipertensão Arterial Sistêmica
- IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas
- PES - Planejamento Estratégico Situacional.
- PNUD - Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
- PSF - Posto de saúde da família
- SciELO - Scientific Electronic Library Online
- SIAB - Sistema de Informação na Atenção Básica
- SUS - Sistema Único de Saúde

LISTA DE QUADROS

Quadro 1- Abastecimento de água no município de Cristiano Otoni.....	9
Quadro 2- Tratamento da água no município de Cristiano Otoni.....	10
Quadro 3- Destino do lixo no município de Cristiano Otoni.....	10
Quadro 4- Destino do Esgoto no município de Cristiano Otoni	10
Quadro 5 – Operações sobre o “nó crítico” Hábitos e estilo de vida inadequados adotados pelos adolescentes ” relacionado ao elevado número de pacientes adolescentes hipertensos, sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Sebastião de Araújo Teixeira, Cristiano Otoni, Minas Gerais.....	28
Quadro 6 – Operações sobre o “nó crítico” Nível de informação insuficiente sobre a hipertensão pelos adolescentes ” relacionado ao elevado número de pacientes adolescentes hipertensos, sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Sebastião de Araújo Teixeira, Cristiano Otoni, Minas Gerais.....	29
Quadro 7 – Operações sobre o “nó crítico” Estrutura insuficiente do serviço de saúde ” relacionado ao elevado número de pacientes adolescentes hipertensos, sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Sebastião de Araújo Teixeira, Cristiano Otoni, Minas Gerais.....	30
Quadro 8 – Operações sobre o “nó crítico Baixo nível de cultura higiênica alimentar e sanitário ” relacionado ao elevado número de pacientes adolescentes hipertensos, sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Sebastião de Araújo Teixeira, Cristiano Otoni, Minas Gerais.....	31

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	9
2 JUSTIFICATIVA	16
3 OBJETIVO	17
4 MÉTODO	18
5 REVISÃO DE LITERATURA	19
6 PLANO DE AÇÃO	25
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	33
REFERÊNCIAS	34

1 INTRODUÇÃO

O município de Cristiano Ottoni localiza-se na região central de Minas Gerais e de acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) a população estimada para o ano de 2016 era de 5.215 habitantes, ocupando uma área de 132,872 Km². Além disso o município que faz parte do Circuito Turístico Villas e Fazendas de Minas e foi fundado em 30 de Dezembro de 1962, estando atualmente integrado a microrregião de Conselheiro Lafaiete, sendo seus limítrofes os municípios de Conselheiro Lafaiete, Santana dos Montes, Caranaíba, Carandaí, Casa Grande e Queluzito (IBGE, 2016).

Em relação aos aspectos demográficos a população cristianense do sexo feminino é relativamente maior que a do sexo masculino, sendo que o mesmo ocorre entre idosos, cuja, faixa de idade é predominante em Cristiano Ottoni em relação a população jovem.

No que se refere ao serviço de educação, no município há predomínio de estudantes de nível fundamental, seguido do nível pré-escolar e médio e nas pessoas com mais de 60 anos o analfabetismo é consideravelmente alto.

Em relação à economia, as principais fontes de renda estão concentradas na agropecuária, pois, as pessoas trabalham em suas propriedades rurais ou prestam serviços eventualmente em outras fazendas. Na agricultura do município, a maior produção de alimentos refere-se à cultura da mandioca, milho, legumes e vegetais e em relação à pecuária há a produção de leite e criação de bovinos. Outras fontes de trabalho estão relacionadas às funções de pedreiros, funcionários públicos e comerciantes.

De acordo com o IBGE cerca de 70% da população cristianense possui saneamento básico adequado e 40% dos domicílios urbanos em vias públicas com urbanização adequada, isto é, verifica-se a presença de bueiro, calçada, pavimentação e meio-fio para seu uso (IBGE, 2017). Nos quadros abaixo, estão discriminados os números conforme o IBGE (2017)

Quadro 1- Abastecimento de água no município de Cristiano Ottoni

Abastecimento de água	Total de domicílios	%
Rede pública	496	70,96
Poço ou nascente	201	28,83
Outros	2	8,29

Fonte: IBGE, 2017

Quadro 2- Tratamento da água no município de Cristiano Otoni

Tratamento da água no domicílio	Total de domicílios	%
Filtração	573	81,97
Fervura	4	0,57
Cloração	116	16,60
Sem tratamento	6	0,86

Fonte: IBGE, 2017

Quadro 3- Destino do lixo no município de Cristiano Otoni

Destino do lixo	Total de domicílios	%
Coleta publica	591	84,55
Queimado/Enterrado	108	15,45
Céu aberto	0	0

Fonte: IBGE, 2017

Quadro – 4 Destino do Esgoto no município de Cristiano Otoni

Destino Fezes/Urina	Total	%
Sistema de Esgoto	555	79,40
Fossa	140	28,83
Céu aberto	4	8,57

Fonte: IBGE, 2017

Quanto à estrutura para viver, na comunidade o transporte público para o acesso às regiões da cidade de Cristiano Otoni, é feito através de ônibus. Conta com serviços de telefonia fixa e celular embora nesse caso o alcance ainda seja pequeno, mas no território existem serviços de luz elétrica, água, telefonia, correios e bancos (PREFEITURA de CRISTIANO OTONI, 2017). Observando ainda o mesmo sítio onde encontram os dados do município, verificou-se que o mesmo conta com várias igrejas, 01 ginásio poliesportivo, 03 praças e comércio atuante, mas não são encontradas ali condições suficientes para a recreação ou prática de exercícios. Além disso, existem 05 escolas de ensino fundamental e 02 Postos de Saúde.

As se descrever o Sistema Municipal de saúde, cerca de 90% da população do município é completamente dependente do SUS. Por outro lado, de acordo com o serviço de assistência social do município de Cristiano Otoni no ano de 2015 demonstrou a mesma demonstrou em seus dados que cerca de 60% das famílias estão inscritas no Cadastro Único, cerca de 2% está inscrito no programa bolsa família e que aproximadamente 50% dos adscritos possuem cobertura por plano saúde particular.

Para prestar os primeiros atendimentos, o município conta com uma Unidade Basica de Saúde(UBS) que se encontra localizada no centro da cidade e dois Posto de Saúde, onde também funciona UBS Sebastião de Araújo Teixeira estando ambas localizadas na Rua Antônio Nogueira Dutra.

No município de Cristiano Otoni, estão disponíveis 02 ambulâncias para transporte de pacientes que precisam de atendimento fora da cidade e um microônibus para tratamento fora do domicilio(TFD). Assim, quando necessário, e pelo fato de que no município não existe hospital, clínicas privadas e laboratórios, os atendimentos são efetuados em cidades próximas os usuários dos serviços de saúde podem ser referenciados para a média e alta complexidade nos municípios de Barbacena e Belo Horizonte e em relação ao sistema de referência e contra referência, ainda encontra-se descoberto nessa nova gestão. Segundo o secretário de Saúde do município da gestão atual, o orçamento destinado à saúde está sob responsabilidade da prefeitura, mas não relata valores separadamente e que a situação atual se deve à questões de mudança de gestor.

O financiamento e serviços para a saúde no município, é subordinado aos recursos como o Fundo de participação municipal (FPM); Imposto sobre serviço de quaisquer naturezas (ISSQN); PAB Fixo (Piso de Atenção Básica); Programa Saúde da Família (PSF); Epidemiologia Controle de Doenças e ações básicas de Vigilância Sanitária.

A área de abrangência da UBS Sebastião de Araújo Teixeira conta com coleta de lixo e instalação sanitária na maioria das residências. Os profissionais da equipe, prestam serviços em saúde para 699 famílias nas áreas urbana e rural, sendo que as condições financeiras para viver dos usuários são predominantemente de classe média, cuja, renda domiciliar per capita chega a 1802,16 reais. Na comunidade sob responsabilidade da equipe, cerca de 1394 pessoas está em idade produtiva, sendo a metade desta população do sexo masculino e a outra metade feminina.

A equipe de Saúde da UBS Sebastião de Araújo Teixeira atende 3 Bairros conhecidos como Centro, Novo Horizonte e Zona Rural. A equipe funciona na mesma área PSF dentro da mesma Área em Rua Antônio Nogueira Dutra contamos com 699 famílias cadastradas e uma população de 2401 habitantes. A equipe é composta por 01 Médico, 01 Enfermeiro, 01 Auxiliar de Enfermagem, 06 Agentes comunitários e 01 auxiliar de serviços gerais.

Quanto as ações propostas na UBS , estão:

- Risco Preconcepcional

-De um total de 648 mulheres em idade fértil (13-49 anos) encontram-se com risco Preconcepcional 236 (36,41%). O risco decorre de doença crônica, promiscuas, entre adolescentes, fumantes e alcoólatras.

- Programa da Saúde da Mulher

No território existem 709 mulheres entre 25-60 anos inseridas no programa de prevenção de câncer do colo de útero, com preventivo realizado 528 mulheres para um 74,40%, Com resultados laboratoriais negativos. As coletas de preventivo aumentaram com o trabalho sistemático e permanente da equipe de saúde, e a equipe almeja otimizar o trabalho para atingir 100% das mulheres. Além disso, a equipe é responsável por 896 mulheres em idade para realizar mamografia pelo programa de câncer de mama que de acordo com o Ministério da Saúde deve ser indicada uma vez por ano e não há nenhum resultado positivo.

- Programa da Saúde do Homem

No programa prevenção de Câncer de Próstata estão incluídos todos os homes de mais de 40 anos , que corresponde a 851 homens, com o exame PSA realizado um total de 643 por campanha municipal, tendo positivos 2 homes com acompanhamento por urologista e oncologista.

- Programa da Atenção Integral á Criança

A equipe é responsável por 02 menores de 1 ano, realizando controle de puericultura uma vez por mês em consulta e 01 controle em visita domiciliar pela equipe de saúde. Se realiza a captação do recém-nascido antes dos 7 dias de sua alta hospitalar e se promove a amamentação exclusiva até os primeiros 6 meses de vida, mantendo a mesma até os 2 anos misturado com lactação.

- Programa de Atenção a Mulher grávida

Neste momento 12 mulheres grávidas compreendidas no grupo etário de 20 anos e mais realizam os controles nos dias programados seguindo o orientado pelo programa nacional. Observa-se que em nossa área a maior prevalência da gravidez é em mulher de mais de 20 anos, demonstrando um trabalho educativo com o programa de risco Preconcepcional para evitar a gravidez na adolescência. Ainda conforme a produção da equipe de saúde da UBS Sebastião de Araújo Teixeira, a cobertura vacinal da população de menores de 05 anos de idade foi de aproximadamente 90%.

Com a realização do diagnóstico situacional da área de abrangência da equipe Sebastião de Araújo Teixeira, esta identificou e conseguiu definir os principais problemas enfrentados pela população adscrita. Foram então, observados dados do Ministério da Saúde, SIAB, documentos da equipe e da secretaria de saúde de Cristiano Otoni. Para produzir outros dados, foi realizada a observação ativa da área de abrangência para se observar como vivem e a influencia do meio ambiente no processo saúde-doença daquela população. Os principais aspectos epidemiológicos para este trabalho, foram buscados no Sistema de Informações da Atenção Básica(SIAB) e nos registros da UBS Sebastião de Araújo Teixeira em Cristiano Otoni, que tinha cadastrado no final de 2015, 394 portadores de hipertensão arterial, 92 portadores de diabetes. As principais causas de Internação de acordo com o Sistema de Informação Hospitalar do Sistema Único de Saúde(SUS)(SIH/DATASUS) também no ano de 2015 foram as complicações do diabetes, cardiovasculares e câncer. Já as principais causas de óbitos no mesmo período, conforme levantamento realizado a partir dos dados obtidos nas Declarações de Óbitos (DO) foram as complicações cardiovasculares e cerebrovasculares da hipertensão arterial asma bronquial e obesidade.

O problemas de saúde encontrados na área de abrangência foram muitos e complexos, mas pare efeito deste trabalho, o que foi considerado de maior relevância e urgência para a equipe de saúde Sebastião de Araújo Teixeira foi o elevado número de hipertensos e adolescentes. Assim, em discussões entre a equipe observou-se que muitos dos atendimentos médicos vem ocorrendo na demanda espontânea dos atendimentos da equipe e que vem aumentando nos registros da equipe. O serviço prestado aos usuários, vem sendo alterado pelo aumento na demanda por consultas médicas e exames laboratoriais destinados aos adolescentes cometidos, pois, parte significativa dos atendimentos prestados, envolve a confirmação do diagnóstico, a tentativa da equipe em propor e executar ações visando o

controle da hipertensão e inúmeros casos de abandono do tratamento. Durante as consultas médicas e de enfermagem, reuniões do grupo operativo a rotina de serviço observou-se que ainda que a pouca informação e riscos associados que o jovem possui sobre a doença, embora recebam atendimento na equipe Sebastião de Araújo Teixeira. A prática dos usuários adolescentes de procurar consulta médica em períodos indeterminados, podem resultar em nova solicitação de exames clínicos, orientações e tentativa de readequação do tratamento bem como o uso correto e racional de medicamentos.

Contratada pelo Programa Mais Médicos para o Brasil(PMMB), iniciei o trabalho como médico estrangeiro, de nacionalidade cubana, na equipe Sebastião de Araújo Teixeira no ano de 2016, que através da portaria interministerial nº 1.369, de 8 de julho de 2013, que dispõe sobre a implementação do PMMB. Após a inscrição no programa, fui matriculada no Curso de Especialização Estratégia em Saúde da Família(CEESF), ofertado na modalidade à distância na Universidade Federal de Minas Gerais(UFMG) com a finalidade de aperfeiçoar médicos sobre políticas públicas de saúde, e atuar na organização e funcionamento do SUS do Brasil.(BRASIL, 2013). No CEESF, a disciplina de Planejamento e avaliação das ações em saúde, mostra a importância e a realização do diagnóstico situacional utilizando o método da estimativa rápida, e sua aplicação, além dos princípios do Planejamento Estratégico Situacional(PES) para propor uma intervenção na tentativa de resolver os problemas encontrados na ocasião da realização do diagnóstico situacional. A proposta de intervenção deve ser elaborada após a análise de governabilidade e viabilidade do plano proposto, bem como dos nós críticos que impedem sucesso das propostas(CAMPOS, FARIA, SANTOS, 2010).

O diagnóstico situacional resulta numa lista de problemas e para o problema selecionado para este plano de ação foi uma proposta educativa visando modificar alguns hábitos praticados pelos adolescentes hipertensos, pois, neste momento a equipe possui governabilidade suficiente para aplicar novas abordagens aproveitando o grupo de hipertensos e diabéticos que funciona na unidade para iniciar a modificação dos hábitos alimentares, orientação sobre a importância de tomar remédio para manter os níveis séricos da droga ideais e a redução do sedentarismo. A outra parte da intervenção partirá de todos os setores da UBS, mas especificamente no consultório médico, será aberta a agenda específica para atendimento de adolescentes hipertensos.

2 JUSTIFICATIVA

A escolha do problema selecionado para este trabalho se justifica pelo elevado número de pacientes adolescentes hipertensos adscritos ao território da a Equipe de Saúde da Família(ESF) Sebastião de Araújo, no Município Cristiano Otoni em Minas Gerais. Estes pacientes procuram o cuidado prestado pela equipe apresentando uma quantidade significativa de fatores de risco para desenvolver doenças crônicas como a obesidade, tabagismo, uso e abuso do álcool, sedentarismo e dislipidemia entre outros.

Ao integrar o estudo e assistência foram observados nos registros da Equipe de Saúde da Família(ESF) Sebastião de Araújo, no Município Cristiano Otoni em Minas Gerais, a presença de fatores que os predispõem à doenças crônicas. Nesse sentido, a questão merece uma abordagem diferenciada, devido sua alta prevalência e incidência naquele território, reduzindo a qualidade de vida dos adolescentes e por representar um grande ônus social pela sua crescente relevância como causa de doenças crônicas e complicações do sistema cardiovascular, neurológico, renal entre outros. Além disso, pretende-se melhorar o processo de trabalho da equipe para o atendimento e mudanças efetivas do estilo de vida deste grupo de pessoas visando a redução de doenças crônicas em idade precoce.

No que se refere às doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), em países em desenvolvimento existem programas e propostas em andamento com a finalidade de enfrentar o problema, tendo em vista as perspectivas da disseminação desse tipo de doença, resultando em endemias e altos custos para o governo e sociedade. Comuns e disponíveis em todo o mundo, no Brasil, a principal causa de morte são as doenças cardiovasculares e posterior aumento da mortalidade pelo diabetes, sem descartar as neoplasias malignas(LESSA, 2017).

3 OBJETIVO

Elaborar uma proposta de intervenção para estimular estilos de vidas saudáveis entre adolescentes com predisposição para hipertensão visando melhorar a qualidade de vida deste grupo de usuários adscritos à ESF Sebastião de Araújo, no Município Cristiano Otoni/MG.

4 METODOLOGIA

Esta intervenção, contempla o cuidado prestado ao paciente adolescente e que vem sendo diagnosticados com doenças crônicas no território da equipe Sebastião de Araújo, no Município Cristiano Otoni/MG. O estudo foi realizado no ano de 2016 no referido centro de saúde sendo que ações preventivas são necessárias e voltadas para a população adscrita à unidade.

Após realizar e conhecer o diagnóstico situacional do território da equipe Sebastião de Araújo observou-se os principais problemas enfrentados pela equipe e para um deles considerado prioritário, foram planejadas ações que garantam melhoria na dos hábitos de higiene, alimentação e estilos de vida saudáveis, além de atendimento aos pacientes adolescentes que vem desenvolvendo doenças crônicas, baseado no planejamento estratégico situacional (PES) conforme módulo de Planejamento e Avaliação das Ações em Saúde (CAMPOS; FARIA E SANTOS, 2010).

Para construir esta proposta, foram utilizados trabalhos científicos disponíveis nas bases de dados como a Biblioteca Virtual em Saúde, PUBMED, Biblioteca Virtual da Universidade Federal de Minas Gerais, SCIELO, incluindo artigos, publicações em livros e revistas médicas, e que foram selecionados conforme sua relevância. Outros dados importantes utilizados foram encontrados na secretaria municipal de saúde de Cristiano Otoni, dados do Ministério da Saúde e arquivos da Unidade Básica de Saúde do município.

Os descritores utilizados nesse trabalho foram: Atenção Primária à Saúde, doenças crônicas não transmissíveis e Prevenção.

5 REVISÃO DE LITERATURA

A partir do momento em que existe a convivência ou interação entre os sujeitos, neste caso, especificamente entre jovens que tem esta tendência, se pode dizer que estes estarão envolvidos num processo de transformação, resultado de um trabalho participativo(BRASIL, 2008).

O conceito de estilo de vida passou a ser adotado para explicar a ocorrência de agravos à saúde, nos quais o modo de vida do sujeito tem um papel importante. Assim para determinados autores, a doença pode resultar de formas pouco “saudáveis” de viver(LESSA, 1998 apud TEIXEIRA et al, 2006, p.379). Os autores reforçam a necessidade de se considerar que o estilo de vida não está centrado na doença, mas sim dentro de um contexto social da saúde(TEIXEIRA et al, 2006).

Qualidade de vida, conforme o Grupo de Qualidade de Vida da Organização Mundial da Saúde é descrito como “a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”(THE WHOQOL GROUP, 1994 apud FLECK et al, 2000, p. 179). Já o termo qualidade de vida se considerarmos a teoria médica, está relacionado à cura e sobrevivência das pessoas, pois, algumas intervenções médicas apresentam efeitos colaterais, podendo também ser usadas para justificar ou não alguns tratamentos, o realce na qualidade de vida(DAY; JANKEY, 1996 apud PEREIRA; TEIXEIRA; SANTOS, 2012). Como o conceito de qualidade de vida se verifica relacionado à saúde multidimensional, temos que:

[...]Refere-se ao bem-estar total de um indivíduo. As dimensões essenciais da qualidade de vida relacionada à saúde incluem as funções física, social e emocional, como também a percepção do indivíduo a respeito de sua satisfação com a vida. Além dessas dimensões, outras, tais como a cognitiva ou neuropsicológica, sexual e produtividade. Qualidade de vida também tem sido definida como a medida global da saúde percebida e dos custos relacionados às pessoas com e sem doenças ou incapacidades(TESTA; SIMONSON, 1994 apud PORTES,2011,p. 8).

De acordo com Rocha e David(2015) uma relação entre os conceitos de os Determinantes Sociais da Saúde(DSS) e determinação social da saúde pode ser feita, onde no primeiro caso, foram representados pela direta relação entre causalidade social dos problemas de saúde e a doença ou suas consequências, e que na atualidade os DSS passam a identificar a correlação entre as variáveis sociais e os possíveis eventos. Por outro lado a determinação

social da saúde “é um referencial teórico que discute a abrangência da coletividade e do caráter histórico-social do processo saúde-doença, não colocando em foco discussões de dados epidemiológicos individuais”(ROCHA; DAVID, 2015, p. 132).

Resultado de discussões para a construção coletiva de conceitos no contexto da promoção da saúde abordados em várias partes do mundo, deve-se considerar a posterior formalização na Conferência de Alma-Ata (1978), que trata das primeiras observações relativas ao cuidado em saúde reduzindo o olhar da tradicional abordagem da atenção médica propondo um conjunto de atividades que visam a melhoria da saúde. Assim, num dos seus trechos deve ser ressaltado que “a atenção primária de saúde é, ao mesmo tempo, um reflexo e consequência das condições econômicas e características socioculturais e políticas do país e de suas comunidades”(BRASIL, 2002, p. 9)

Para se falar em promoção da saúde, importa compreender o conceito de Atenção primária à Saúde(APS), que pode ser descrita mais recentemente como o conjunto de,

[...]intervenções de saúde no âmbito individual e coletivo que envolve: promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação. E desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias, democráticas e participativas, sob a forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios (território-processo) bem delimitados, a respeito das quais assumem responsabilidade. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância da população sob sua responsabilidade. Deve ser o contato preferencial dos usuários com o sistema de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, acessibilidade (ao sistema), continuidade, integralidade, responsabilização, humanização, vínculo, equidade e participação social. A APS deve considerar o sujeito em sua singularidade, complexidade, integralidade e inserção sociocultural e buscar a promoção de sua saúde, a prevenção e o tratamento de doenças e a redução de danos ou de sofrimentos que possam estar comprometendo suas possibilidades de viver de modo saudável(BRASIL, 2011, p. 16).

Ainda conforme o Conselho Nacional de Secretários de Saúde(CONASS), a APS se refere a um sistema, onde exista um conjunto articulado de recursos e conhecimentos organizados ao ponto de enfrentar as necessidades de saúde de uma população, através de uma rede interligada por pontos de atenção ou local de prestação de serviços à saúde. Neste processo, se busca a horizontalidade dos serviços através de articulação e gestão deste sistema de saúde representados pelos “ambulatórios de atenção primária, unidades de cuidados intensivos, hospitais-dia, ambulatórios de cirurgia, ambulatórios de atenção especializada, serviços de atenção domiciliar”(BRASIL, 2011, p. 83).

Uma vez formalizada a Conferência de Alma-Ata no ano de 1978, a proposta de Saúde Para Todos no Ano 2000 e a estratégia de Atenção Primária de Saúde, que foi o principal motivo da Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde no ano de 1986, quando ocorreu a promulgação da Carta de Ottawa(BRASIL, 2002), eixo para a nova política a qual trata como promoção da saúde,

[...]o nome dado ao processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo. Para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social os indivíduos e grupos devem saber identificar aspirações, satisfazer necessidades e modificar favoravelmente o meio ambiente. A saúde deve ser vista como um recurso para a vida, e não como objetivo de viver. Nesse sentido, a saúde é um conceito positivo, que enfatiza os recursos sociais e pessoais, bem como as capacidades físicas. Assim, a promoção da saúde não é responsabilidade exclusiva do setor saúde, e vai para além de um estilo de vida saudável, na direção de um bem-estar global(BRASIL, 2002, p. 9)

O Sistema Único de Saúde(SUS)foi instituído pela Constituição Federal de 1988 onde ficou garantido a todo cidadão o acesso universal aos serviços de saúde, integralidade da assistência e a participação social, referindo-se à promoção, prevenção, proteção e recuperação da saúde, de acordo com as demandas de cada indivíduo. As ações de promoção da saúde se utiliza de práticas voltadas para o indivíduo e coletividade onde utiliza o trabalho multidisciplinar, integrado e em redes para que se atenda as demandas em saúde da população através de ações articuladas entre os atores num determinado território(BRASIL, 2014).

Com o passar dos anos, as condições de morbidade e mortalidade em algumas populações apresentaram melhorias sem deixar considerar os investimentos crescentes em assistência médica curativa e individual. Esta melhoria configurada nas condições e qualidade de vida das pessoas, possui como razões fundamentais para tais avanços as medidas de prevenção e a promoção da saúde(BUSS, 2000). Assim, os diversos conceitos de promoção da saúde convertem para os relacionados com as atividades dirigidas à transformação do comportamento do indivíduo, baseado nos seus estilos de vida e inserção no seio da família, ambiente cultural da comunidade onde vivem, e ainda, que a saúde é produto de vários fatores relacionados com a qualidade de vida, alimentação, habitação e saneamento, trabalho educação ao longo de toda a vida higiene apoio social para famílias e indivíduos e cuidados em saúde.

A Estratégia Saúde da Família (ESF) é atualmente o eixo central na proposta de levar a promoção da saúde para as pessoas estando consolidada como inovadora no modelo de atenção básica à saúde, efetivando a mudança do modelo assistencial em saúde. Assim, a

equipe de saúde passa a se responsabilizar pela saúde da população que vive num determinado território, ampliando a capacidade de promover a qualidade de vida evitando o foco da anterior prática curativo-preventiva(FREITAS; MANDU, 2010). Os autores continuam sua descrição considerando que,

[...]A promoção da saúde é política e prática essencialmente intersectorial, que envolve ações do governo, do setor saúde, de outros setores sociais e produtivos, e ações de indivíduos, famílias e comunidades, direcionadas ao desenvolvimento de melhores condições de vida e saúde. A efetivação desta prática abrange estratégias a serem projetadas nas políticas de um país, como: estabelecimento de políticas públicas saudáveis; criação de ambientes favoráveis à saúde; reforço da ação comunitária; desenvolvimento de habilidades pessoais; e reorientação dos serviços de saúde (BRASIL, 2001 apud FREITAS; MANDU, 2010, p. 201).

As doenças crônicas não transmissíveis são notadamente de ocorrência multifatorial, e responsáveis quantidades significativas de mortes frequentemente e são bem representadas em sua maioria pela Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e o diabetes mellitus tipo 2 (DM2). Estas duas doenças possuem fatores de riscos comumente associadas a comorbidades, principalmente entre idosos, podendo acometer adolescentes e adultos jovens(COSTA et al, 2012).

Neste trabalho, serão consideradas as características voltadas para a HAS, que é o problema e objeto de estudo e pesquisa, na tentativa de compreender sua incidência entre adolescentes, pois a adolescência e a hipertensão arterial estão inseridas nas necessidades de promoção da saúde do território aqui abordado.

A hipertensão arterial sistêmica é relevante problema de saúde pública global, com prevalência em países em desenvolvimento, apresentando elevados custos médicos e socioeconômicos dados principalmente por suas complicações como a doença cerebrovascular, arterial coronariana, insuficiência cardíaca, insuficiência renal crônica e doença vascular de extremidades(V DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, 2007). Trata-se de uma doença multifatorial e assintomática com elevação persistente da pressão arterial, alterações metabólicas, resultando no risco de complicações cardiovasculares(MOURA, et al, 2014).

[...]Nos últimos anos, a HAS vem sendo considerada um dos maiores desafios da saúde pública, apresentando elevada prevalência, sobretudo entre a população jovem. Fato preocupante, pois o aumento dos níveis pressóricos na adolescência tende a permanecer por toda a vida e a acarretar complicações precoces na fase adulta. Cabe ressaltar que os fatores de risco investigados neste estudo, tanto o excesso de peso como a circunferência abdominal e os níveis pressóricos, são modificáveis; logo, a fase da adolescência deve ser alvo de ações educativas e preventivas(COSTA et al, 2012, t.2).

De acordo com Araujo et al(2007) existem estudos apontando que a hipertensão pode se iniciar na infância ou até durante a vida intrauterina. As alterações da pressão arterial em crianças e adolescentes apenas sugerem a tendência do adulto desenvolver a doença, não significando necessariamente que os mesmos serão hipertensos, porém, o estudo sustenta que “crianças que apresentam persistência de valores de pressão arterial elevados tem um risco aumentado de tornarem-se adultos hipertensos”(ARAUJO et al,2007, p.477).

Embora poucos estudos integrem o assunto da HAS para toda faixa etária da adolescência, já são conhecidos alguns fatores de risco prevalentes entre adolescentes brasileiros, como os casos de excesso de peso, falta de atividade física e alimentação inadequada(GONÇALVES, 2016). O trabalho de Costa et al(2012), confirma esta descrição, considerando que,

[...]Os adolescentes estão diretamente expostos aos fatores de risco supracitados, principalmente no que concerne a problemas nutricionais, como o excesso de peso e o desenvolvimento de obesidade precoce que precedem a HAS. A consequência da obesidade na população juvenil pode se destacar pela presença de alguma seqüela na fase adulta, sobressaindo-se, além da hipertensão arterial, as dislipidemias, a resistência à insulina e o diabetes tipo 2(GUIMARÃES et al, 2008 apud COSTA et al, 2012), t. 3).

A adolescência é um período da vida onde são percebidas alterações da personalidade, pela busca de uma nova identidade(BARBOSA, 1987). A autora ainda se refere à estas alterações onde,

[...]Ao desencadear-se o processo puberal, sobrevém profundas reações em toda a personalidade, que são vivenciadas como um "re-nascimento". É o seu primeiro luto; seguindo-se o "luto pelo corpo infantil", "pelos pais da infância" e pela "bissexualidade". Há diferentes modalidades de exteriorização disto, por exemplo: alterações de conduta na escola, agressividade, inquietação, mecanismos esquizo-paranóides, confusionais e depressivos(BARBOSA, 1987, p. 252).

Para outros autores, trata-se de “uma fase complexa e dinâmica do ponto de vista físico e emocional na vida do ser humano. É neste período em que ocorrem várias mudanças no corpo, que repercutem diretamente na evolução da personalidade e na atuação pessoal da sociedade”(VALLE; MATTOS, 2011, p. 321). Já a família tem como principal finalidade o amadurecimento e desenvolvimento biopsicossocial dos indivíduos reunidos em três categorias chamadas funções biológicas que estão relacionadas à sobrevivência do indivíduo, as psicológicas ligadas ao afeto, suporte nas ansiedades e superação de eventuais crises e as sociais visando o desenvolvimento cognitivo dos seres humanos(OSÓRIO, 1996 apud PRATTA; SANTOS, 2007, p. 250).

Pelo fato da adolescência ser uma fase de múltiplas mudanças, verifica-se que estas refletem no corpo físico, dado pelo desenvolvimento de habilidades psicomotoras, hormonais, forma e expressão(FERREIRA et al, 2007). Assim, os autores fazem referencia ao Estatuto da Criança e Adolescência(ECA), cujo objetivo é ressaltar os direitos da criança e do jovem conforme sua condição de pessoa em desenvolvimento,

[...]O ECA imprime uma mudança de ótica e afirma a condição cidadã da criança e do adolescente, na medida em que rompe a divisão entre “menor” e “criança”, pois, legalmente, elimina o termo “menor”. A partir daí, a população infanto-juvenil não é vista mais como objeto de tutela, mas sim como sujeito cujos direitos devem ser garantidos, merecedores de atenção integral, em condição peculiar de desenvolvimento. Neste sentido, o ECA inova ao deslocar a ótica da ação governamental e social para a garantia de condições básicas e dignas de vida para que tanto a criança quanto o adolescente exerçam a cidadania. Pensar a condição cidadã do adolescente implica em concebê-lo como sujeito de direitos e deveres. Delimitando a questão no campo da saúde, para que o exercício da cidadania seja pleno, faz-se necessário que os sujeitos tenham condições democráticas de acesso a bens e serviços e possam reivindicar os seus direitos a uma atenção de qualidade, com um entendimento amplo de que saúde não resulta da ausência de doenças, mas de um conjunto de fatores que os levem a prática de um estilo de vida saudável(FERREIRA et al, 2007, p. 219).

Na população infantil o comportamento da hipertensão arterial tende a seguir seu curso ligeiramente semelhante ao que ocorre nos adultos, inclusive na forma primária da doença, dada pela dificuldade de se detectar a doença.Considerando as mudanças consideravelmente drásticas ocorridas no cotidiano da população infantil . este público também sofrem a ação de doenças relacionadas ao novo contexto de doenças como a hipertensão, dislipidemias e o diabetes mellitus. No caso da hipertensão, a mesma se apresenta na maioria das vezes elevada nos indivíduos com sobrepeso significando uma sobrecarga ao músculo cardíaco, e as adaptações morfológicas que são geradas podem afetar o órgão(FERREIRA; AYDOS, 2010).

Na busca por estudos relacionados à prevenção das complicações causadas pela hipertensão verificou-se que as crianças e adolescentes obesos, podem ocorrer com fatores ligados ao aumento da obesidade, tabagismo, dentre outras. Assim, podem ser consideradas como efetivas, as intervenções propostas nas escolas, família, atividades físicas, hábitos alimentares, redução do sedentarismo(SICHERI, 2008).

6 PLANO DE AÇÃO

1º Passo: Definição dos problemas

De acordo com Campos; Faria; Santos (2010), problema pode ser descrito como uma situação que impede o indivíduo de alcançar seu objetivo. A partir deste conceito, durante o trabalho na Unidade Básica de Saúde Sebastião de Araújo, em Cristiano Otoni, verificou-se alguns problemas que a população do território vem enfrentando. Os problemas e dificuldades foram melhor visualizados após a realização do diagnóstico situacional do território sob responsabilidade da equipe, onde percebeu-se que a abordagem dos problemas de saúde mais prevalentes na população devem ser melhoradas pois, os usuários vem tendo a qualidade de vida reduzida, em decorrência de sua exposição a diferentes fatores condicionantes e determinantes daquele estado. Entre os vários problemas identificados no diagnóstico situacional a equipe destacou:

- Alta incidência de hipertensão arterial entre crianças e adolescentes.
- Baixo nível de cultura higiênica, alimentar e sanitária.
- Alto índice de tabagismo, consumo de álcool e drogas
- Falta de estrutura e área adequada para atividades recreativas.

2º Passo: Priorização dos problemas

A equipe de saúde Sebastião de Araújo, encontrou importantes problemas em seu território, os quais, demandam a prestação do cuidado. À medida que se estruturou este trabalho, verificou-se que neste momento, a equipe não conseguiria resolver todos simultaneamente, pois, depende de recursos financeiros, os humanos, trabalho de educação permanente e continuada, materiais e equipamentos para a realização das ações. Ficou clara então, a necessidade de priorizar os problemas identificados para propor uma intervenção. Por outro lado esta prática poderá ser aplicada para cada um dos problemas que a equipe enfrenta, bastando elaborar as ações necessárias. No quadro

Principais Problemas	Importância	Urgência	Capacitação de enfrentamento	Seleção
Alta incidência de hipertensão arterial entre adolescentes.	Alta	8	Parcial	1
Baixo nível de cultura higiênica, alimentar e sanitária.	Alta	8	Parcial	1
Alto índice de tabagismo, consumo de álcool e drogas	Alta	7	Parcial	2
Falta de estrutura e área adequada para atividades recreativas.	Alta	7	Parcial	2

Fonte: Própria autora, 2017

3º Passo: Descrição do problema

Dentre os problemas de saúde encontrados no território da Unidade Básica de Saúde Sebastião de Araújo, em Cristiano Otoni, o mais relevante e que carece de urgência para a equipe e usuário foi o elevado número de usuários adolescentes hipertensos que são atendidos na unidade de saúde. Os profissionais da equipe perceberam esta alta incidência de comportamentos inadequados favorecendo aquela doença na rotina do serviço prestado para a população adscrita, bem como durante os atendimentos médicos e de enfermagem além dos registros da equipe denunciarem o problema. Por outro lado, os profissionais da equipe acabam sendo envolvidos por considerável demanda espontânea, ocasião onde o maior número de casos vem sendo percebidos, mostrando para os profissionais a necessidade de reorganizar o processo de trabalho para conseguir prestar atendimento à este grupo de pessoas.

4º Passo: explicação do problema

Nas reuniões entre os profissionais da equipe Sebastião de Araújo, em Cristiano Otoni, e após construção do diagnóstico situacional da área de abrangência da equipe, esta conseguiu conhecer e priorizar os problemas relacionados àquele território. Objetivando propor uma intervenção sobre a hipertensão entre usuários adolescentes, analisou-se a relevância, capacidade da equipe para resolver o problema inclusive sua governabilidade sobre o

problema escolhido. A alta prevalência de pacientes hipertensos e adolescentes que vivem na área de abrangência da equipe está exposta a fatores como a falta de atividades físicas e ou sedentarismo, alimentação inadequada, falta de lazer e ainda a fatores genéticos. Após diagnosticados, os profissionais da equipe percebem a falta de adesão aos medicamentos prescritos, a dieta além de hipercalórica em sua maioria é rica em sódio e frequentemente retornam para consulta na demanda da equipe em busca de nova consulta médica reduzindo a qualidade de vida deste grupo de pessoas.

Embora no município não exista o núcleo de apoio a Saúde da Família (NASF) para auxiliar nas ações dos grupos operativos, a equipe considerou ser capaz de promover orientação nutricional e higiênico/sanitária aos usuários adolescentes, aumentar o número de consultas médicas e de enfermagem para controlar melhor a administração de medicamentos, bem como o uso racional. Este trabalho, contempla uma proposta de intervenção, buscando reduzir o impacto do problema sobre a vida dos adolescentes e familiares que sofrem suas consequências, além de estimular os conhecimentos em relação ao problema e prestar melhor serviço em saúde para esta população.

5º Passo: seleção dos “nós críticos”

Para se enfrentar um problema é fundamental conhecer suas causas para posteriormente atuar sobre ele. Na seleção dos nós críticos decide-se sobre quais causas devemos atuar, ou seja, aquelas consideradas mais importantes na origem do problema. Os “nós críticos” sugerem algo sobre o qual é possível intervir ou que permite a governabilidade (CAMPOS: FARIA; SANTOS, 2010).

A equipe Sebastião de Araújo, em Cristiano Otoni definiu como “nós críticos” fundamentais para o problema elevado índice de hipertensão arterial sistêmica entre adolescentes tais como:

- Hábitos e estilo de vida adotados pelos adolescentes.
- Nível de informação insuficiente sobre a hipertensão pelos adolescentes.
- Processo de trabalho insuficiente do serviço de saúde.
- Baixo nível de cultura higiênica alimentar e sanitário.

Quadro 5 – Operações sobre o “nó crítico” Hábitos e estilo de vida inadequados adotados pelos adolescentes ” relacionado ao elevado número de pacientes adolescentes

hipertensos, sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Sebastião de Araújo Teixeira, Cristiano Otoni, Minas Gerais

Nó crítico 1	Hábitos e estilo de vida adotados pelos adolescentes
Operação	Mais Saúde
Projeto	-Criar espaços educativos na comunidade (praças, escolas, reunião de vizinhos, instituições sociais) para promoção de estilos de vidas saudáveis. -Capacitar os ACS sobre o tema
Resultados esperados	-Mudanças em parte dos hábitos e estilos de vida não saudáveis (sedentarismo, uso de álcool, tabagismo, hábitos alimentares não saudáveis). -ACS capacitados.
Produtos esperados	-Programa antitabagismo. -Programa contra o alcoolismo. -Adesão á prática regular de exercícios físicos. -Adesão a uma dieta saudável
Atores sociais/ responsabilidades	Equipe de saúde, psicólogo e nutricionista
Recursos necessários	Estrutural: espaços para o desenvolvimento das atividades. Cognitivo: conhecimento científico acerca dos temas abordados. Organizacionais: definir agenda dos atores para atendimento individual e em grupos. Financeiro: para aquisição de materiais audiovisuais. Político: articulação Inter setorial.
Recursos críticos	Financeiro: Aquisição de materiais audiovisuais. Político: Articulação Inter setorial
Controle dos recursos críticos / Viabilidade	Secretaria de Saúde Motivação: favorável
Ação estratégica de motivação	Apresentar e discutir o plano de ação.
Responsáveis:	Enfermeiro
Cronograma / Prazo	03 meses para inicio das atividades
Gestão, acompanhamento e avaliação.	Gestor do projeto. Avaliações mensais

Fonte: Própria autora, 2017

Quadro 6 – Operações sobre o “nó crítico” Nível de informação insuficiente sobre a hipertensão pelos adolescentes ” relacionado ao elevado número de pacientes adolescentes hipertensos, sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Sebastião de Araújo Teixeira, Cristiano Otoni, Minas Gerais

Nó crítico	Nível de informação insuficiente sobre a hipertensão pelos adolescentes
Operação	Saber Mais
Projeto	-Divulgar causas e consequências da doenças crônicas não trasmisíveis - Capacitar os ACS sobre o tema
Resultados esperados	-Aumentar o conhecimento das doenças crônicas que desenvolvem agravos cardiovasculares e cerebrovasculares. -ACS capacitados.
Produtos esperados	População em geral com conhecimentos básicos sobre hipertensão, diabetes, dislipidemias e obesidade.
Atores sociais/ responsabilidades	Médico, enfermeiro e auxiliar de enfermagem.
Recursos necessários	Estrutural: espaços para divulgar e colocar pôster informativo, folhetos, folhas etc. Cognitivo: conhecimentos científicos sobre o tema. Financeiro: aquisição de material de divulgação e mídias audiovisuais
Recursos críticos	Financeiro: aquisição de material educativo
Controle dos recursos críticos / Viabilidade	Secretaria de Saúde Motivação favorável
Ação estratégica de motivação	Apresentar e discutir o plano de ação
Responsáveis:	Enfermeiro
Cronograma / Prazo	03 meses para inicio das atividades
Gestão, acompanhamento e avaliação	Gestor do projeto, avaliações mensais.

Fonte: Própria autora, 2017

Quadro 7 – Operações sobre o “nó crítico” Processo de trabalho insuficiente do serviço de saúde ” relacionado ao elevado número de pacientes adolescentes hipertensos, sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Sebastião de Araújo Teixeira, Cristiano Otoni, Minas Gerais

Nó crítico	Processo de trabalho insuficiente do serviço de saúde
Operação	Juntos na luta
Projeto	- Melhorar o proceso de trabahalo da equipe e um planejamento da agenda mais adequada para garantir um bom desenvolvimento do mesmo.
Resultados esperados	Aumentar adesão da equipe para aumentar a sua percepção de risco das DCNT em idades tempranas.
Produtos esperados	Equipe con maior capacitação e conhecimento das DCNT e os agravos para a saúde.
Atores sociais/ responsabilidades	Médico, enfermeiro, ACS, auxiliar de enfermagem, nutricionista, dentista.
Recursos necessários	Estrutural: espaços adequados para desenvolver as atividades da equipe, materiais audiovisuais, folhetos, canetas, folhas brancas. Organizacionais: adequar agendas dos atores responsáveis Cognitivo: conhecimentos científicos do tema, capacidade para desenvolver atividades docentes. Financeiro: para aquisição de materiais educativos e audiovisuais
Recursos críticos	Financeiro: para aquisição de materiais educativos e audiovisuais
Controle dos recursos críticos / Viabilidade	Secretario de saúde Motivação: favorável
Ação estratégica de motivação	Apresentar e discutir o plano de ação.
Responsáveis:	Enfermeiro coordenador.
Cronograma / Prazo	03 meses para o inicio das atividades
Gestão, acompanhamento e avaliação.	Gestor do projeto, avaliações mensais.

Fonte: Própria autora, 2017

Quadro 8 – Operações sobre o “nó crítico Baixo nível de cultura higiênica alimentar e sanitário ” relacionado ao elevado número de pacientes adolescentes hipertensos, sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Sebastião de Araújo Teixeira, Cristiano Otoni, Minas Gerais

Nó crítico	Baixo nível de cultura higiênica alimentar e sanitária
Operação	Mais cuidado
Projeto	<ul style="list-style-type: none"> -Identificar os fatores de risco associados a os adolescentes mais vulneráveis - Desenvolver consultas para diagnosticar DCNT em os pacientes. - Divulgar possível danos a saúde em idades cedo. - Capacitar os ACS sobre o tema
Resultados esperados	<ul style="list-style-type: none"> -Adolecentes com fatores de risco de desenvolver DCNT conhecidos com controle e acompanhamento seguem protocolo. -ACS capacitados.
Produtos esperados	<ul style="list-style-type: none"> -Desenvolvimento de consultas de risco para grupos vulneráveis. -Pacientes con DCNT em estas idades. -Identificados fatores de risco associados
Atores sociais/ responsabilidades	Médico e enfermeiro
Recursos necessários	<p>Estrutural: consulta disponibilizada, balança, fita métrica, instrumental para aferir pressão arterial, glicômetro. Adequar agenda do médico e enfermeiro, agenda aberta para consultas programadas.</p> <p>Cognitivo: conhecimento científico sobre o tema.</p> <p>Financeiro: aquisição de formulários para classificação de risco</p> <p>Recursos necessários para equipamentos da rede, exames e consultas especializadas.</p> <p>Politico: decisão de aumentar o financiamento para as prioridades da consulta.</p>
Recursos críticos	<p>Financeiro: aquisição de formulários para classificação de risco</p> <p>Recursos necessários para equipamentos da rede, exames e consultas especializadas.</p> <p>Politico: decisão de aumentar o financiamento para as prioridades da consulta</p>

Controle dos recursos críticos / Viabilidade	Secretaria de Saúde Motivação favorável
Ação estratégica de motivação	Apresentar e discutir o plano de ação
Responsáveis:	Enfermeiro
Cronograma / Prazo	03 meses para início das atividades
Gestão, acompanhamento e avaliação.	Gestor do projeto, avaliações mensais.

Fonte: Própria autora, 2017

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com a implementação e sistematização deste plano de ação espera-se aumentar significativamente a qualidade dos estilos de vida que se encontram inadequados, e que podem desencadear as dislipidemias, tabagismo, alcoolismo e doenças crônicas como a hipertensão arterial e diabetes mellitus e os agravos que as mesmas podem causar a saúde , que acometem os usuários adscritos à equipe Sebastião de Araújo, no Município Cristiano Otoni/MG.

Com o desenvolvimento deste projeto torna-se possível aumentar o nível do conhecimento dos profissionais da equipe de saúde, sobre os temas abordados, e o diagnóstico situacional permite identificar os principais problemas, sua análise, explicação, e definição de planos de ação para os diferentes problemas que a equipe vem enfrentando.

Todo conhecimento técnico e científico por parte da equipe de saúde, para o melhoramento da qualidade de vida da população deve ser aplicado, bem como a educação permanente para otimização do processo de trabalho de todos os profissionais da saúde da equipe visando melhorar a qualidade de vida dos adolescentes sob responsabilidade da equipe Sebastião de Araújo.

REFERÊNCIAS

- ARAÚJO, T., L.; LOPES, M., V., O.; MOREIRA, R., P.; CAVALCANTE, T., F.; GUEDES, N., G.; SILVA, V., M.. Pressão arterial de crianças e adolescentes de uma escola pública de Fortaleza – Ceará. **Acta Paul Enferm**, v. 20, n. 4, p. 476-82. 2007.
- BARBOSA, L., H., S.. Depressão na infância e adolescência: aspectos sociais. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 3, n. 3, p. 250-265, set. 1987 .
- BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde(CONASS). **Planificação da Atenção Primária à Saúde nos Estados** . Brasília, 2011. 436 p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Departamento de Ações Programáticas Estratégicas Saúde do adolescente: competências e habilidades**. Brasília, 2008. 753 p
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. **As Cartas da Promoção da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. 56 p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância à Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde : PNaPS : revisão da Portaria MS/GM nº 687, de 30 de março de 2006**. Brasília, 2014. 32 p.
- BUSS, Paulo Marchiori. Promoção da saúde e qualidade de vida. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 5, n. 1, p. 163-177, 2000 .
- CAMPOS, F. C. C; FARIA, H. P; SANTOS, M. A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**, 2ª ed. Diagnóstico situacional em saúde. Seção 2. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010.
- COSTA, J., V.; SILVA, A., R., V.; MOURA, I., H.; CARVALHO, R., B., N.; BERNARDES, L., E.; ALMEIDA, P., C. Análise de fatores de risco para hipertensão arterial em adolescentes escolares. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. v. 20, n. 2, p. 07, mar.-abr. 2012
- FERREIRA, J., S.; AYDOS, R., D. Prevalência de hipertensão arterial em crianças e adolescentes obesos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 1, p. 97-104, 2010.
- FLECK , M., P., A.; LOUZADA, S.; XAVIER, M.; CHACHAMOVICH, E.; VIEIRA, G.; SANTOS., L.; PINZON, V. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida “WHOQOL-bref”. **Rev Saúde Pública**, v. 34, n. 2, p. 178-83
- FREITAS, M., L., A; MANDU, E., N., T.. Promoção da saúde na Estratégia Saúde da Família: análise de políticas de saúde brasileiras. **Acta paul. enferm.**, São Paulo , v. 23, n. 2, p. 200-205, Abr. 2010 .
- GONÇALVES, V., S., S.; GALVÃO, T., F.; ANDRADE, K., R., C.; DUTRA, E., S.; BERTOLIN, M., N., T.; CARVALHO, K., M., B.; PEREIRA, M., G. Prevalência de

hipertensão arterial entre adolescentes: revisão sistemática e metanálise. **Rev Saúde Pública** v. 50:27. 2016. Disponível em http://www.scielo.br/pdf/rsp/v50/pt_0034-8910-rsp-S1518-87872016050006236.pdf. Acesso em 29 de julho de 2017.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. Ano 2017.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA- **IBGE cidades**.

Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>. Acesso em: 15/07/2017.

LESSA, I. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: um desafio para a complexa tarefa da vigilância. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 9, n. 4, p. 931-943, Dec. 2004 .

Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php>>. Acesso 16 Ago. 2017.

MOURA, I., H.; VIEIRA, E., E., S.; SILVA, G., R., F.; CARVALHO, R., B., N.; SILVA, A., R., V .Prevalência de hipertensão arterial e seus fatores de risco em adolescentes. **Acta Paul Enferm**, v. 28, n, 1, p. 81-6, 2014.

PEREIRA, Érico Felden; TEIXEIRA, Clarissa Stefani; SANTOS, Anderlei dos. Qualidade de vida: abordagens, conceitos e avaliação. **Rev. bras. educ. fís. esporte**, São Paulo , v. 26, n. 2, p. 241-250, Jun. 2012 .

PORTES, L., A. Estilo de Vida e Qualidade de Vida: semelhanças e diferenças entre os conceitos. *Lifestyle Journal*, v. 1, supl. 1, 2011.

PRATTA, E., M., M.; SANTOS, M., A. Família e adolescência: a influência do contexto familiar no desenvolvimento psicológico de seus membros. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 12, n. 2, p. 247-256, maio/ago. 2007

PREFEITURA MUNICIPAL DE CRISTIANO OTONI Disponível em:

<http://www.cristianothoni.mg.gov.br>. Acesso em 12 de maio de 2017

ROCHA, P., R.; DAVID, H., M., S., L. Determinação ou Determinantes? Uma discussão com base na Teoria da Produção Social da Saúde. **Rev Esc Enferm USP** , v. 49, n. 1, p. 129-135, 2015.

FERREIRA, M., A.; ALVIM, N., A., T.; TEIXEIRA, M., L., O.; VELOSO, R., C. Saberes de adolescentes: estilo de vida e cuidado à saúde. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 16, n. 2, p. 217- 24. Abr-Jun. 2007.

SICHIERI, Rosely; SOUZA, Rita Adriana de. Estratégias para prevenção da obesidade em crianças e adolescentes. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 24, supl. 2, p. s209-s223, 2008 .

TEIXEIRA, E., R.; LAMAS, A., R.; SILVA , J., C.; MATOS, R., M..O estilo de vida do cliente com hipertensão arterial. **Esc Anna Nery R Enferm**, v. 10, n. 3, p. 378 – 84, dez. 2006.

V DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO ARTERIAL. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo , v. 89, n. 3, p. e24-e79, Sept. 2007 .

VALLE, L., E., L., R.; MATTOS, M., J., V., M.. Adolescência: as contradições da idade. **Rev. psicopedag.**, São Paulo , v. 28, n. 87, p. 321-323, 2011 .