

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

AMPARO OPORTO REYNALDO

**PROMOÇÃO DE HÁBITOS E ESTILOS DE VIDA A PACIENTES
HIPERTENSOS DO PSF POTENGY, DO MUNICÍPIO PIAÇABUÇU:
proposta de intervenção.**

MACEIO-2015

AMPARO OPORTO REYNALDO

**PROMOÇÃO DE HÁBITOS E ESTILOS DE VIDA A PACIENTES
HIPERTENSOS DO PSF POTENGY, DO MUNICÍPIO PIAÇABUÇU:
proposta de intervenção.**

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

Orientador: Prof.^a Valéria Bezerra Santos

MACEIO-2015

|

AMPARO OPORTO REYNALDO

**PROMOÇÃO DE HÁBITOS E ESTILOS DE VIDA A PACIENTES
HIPERTENSOS DO PSF POTENGY, DO MUNICÍPIO PIAÇABUÇU:
proposta de intervenção.**

Banca examinadora

Prof.^a Valéria Bezerra Santos - UFMG

Prof.^a Ms.Eulita Maria Barcelos – UFMG

Aprovado em Belo Horizonte, em de 2015.

Dedico este trabalho.

A Deus por ter me iluminado durante todo o período
de desenvolvimento deste trabalho.

As minhas duas filhas por ser minha fonte de inspiração
e a força no difícil caminho da vida.

A meu esposo pelo apoio incondicional.

A meu pai e minha mãe por seus valiosos conselhos
e desvelo sem limite.

A minha equipe de saúde da família Potengi, pelo apoio
em todo momento.

A toda minha família, amigos e professores por acreditar em mim.

Agradecimento

A todas as pessoas que de uma ou outra forma apoiaram este trabalho.

“A verdadeira medicina não é aquela que cura
senão aquela que previne.
Em prever está toda a arte de salvar “

José Martí.

RESUMO

A Hipertensão Arterial é uma condição clínica de alta prevalência e baixas taxas de controle. É considerada um dos principais fatores de risco modificáveis para doenças cardiovasculares, as quais se configuram a principal causa de morte no Brasil e responsáveis por alta frequência de internações, ocasionando custos elevados. Sabe-se que a abordagem terapêutica, a educação em saúde e o diagnóstico precoce são pilares para que se possa alcançar controle rigoroso e efetivo na diminuição das taxas de morbimortalidade por Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS). Após diagnóstico situacional na área de abrangência, foi possível identificar um contraste negativo entre o número de pacientes em controles na Unidade Básica de Saúde (UBS). Por tanto este trabalho tem como objetivo apresentar uma proposta de intervenção para promover hábitos e estilos de vida a pacientes com HAS do Posto de Saúde da Família (PSF) Potengy, do município Piaçabuçu. Para elaboração da proposta de intervenção, foram executadas três etapas: diagnóstico situacional, revisão bibliográfica e elaboração do plano de ação, utilizando o Planejamento Estratégico Situacional (PES).

Palavras-chave: Hipertensão Arterial. Fatores de Risco. Intervenção. Unidade Básica de Saúde. Educação em Saúde.

ABSTRACT

The Hypertension is a clinical condition with high prevalence and low control rates. It is considered one of the major modifiable risk factors for cardiovascular diseases, which are configured the leading cause of death in Brazil and responsible for high frequency of hospitalizations, causing high cost. It is known that the therapeutic approach, health education and early detection are the pillars so that one can achieve strict and effective control in reducing morbidity and mortality rates by high blood pressure (HBP). After situational diagnosis in the catchment area, it was possible to identify a negative contrast between the numbers of patients in controls in the Basic Health Unit (BHU). Therefore this work aims at presenting a proposal for intervention to promote habits and styles to patients with hypertension of the Family Health Center (PSF) Potency, the municipality Piaçabuçu. For preparation of the intervention proposed three steps were performed: situation analysis, literature review and preparation of the action plan, using the Situational Strategic Planning (PES).

Keywords: Hypertension. Risk factors. Intervention. Basic Unit Health. Health Education.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS.

ACS	Agentes comunitários de saúde.
ES	Educação de Saúde.
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica.
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.
IDHM	Índice de Desenvolvimento Humano.
IBECS	Índice Bibliográfico Espanhol de Ciências de Saúde.
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe.
MEDLINE	Medical Literature Analysis and Retrieval System Online.
MS	Ministério de Saúde.
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família.
OMS	Organização Mundial de Saúde.
PSF	Posto de Saúde da Família.
PES	Planejamento Estratégico Situacional.
SUS	Sistema Único de Saúde.
SIAB	Sistema de Informação de Atenção Básica.
UBS	Unidade Básica de Saúde.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES.

Figura 1. Mapa com apresentação do município Piaçabuçu.

Gráfico 1. Distribuição da população por tipo de residência. Piaçabuçu.2010.

Gráfico 2. Morbidade em pacientes maiores de 15 anos de idades da Equipe de Saúde da Família: Potengy, Piacabucu.2013.

Quadro 1. Indicadores geográficos do município Piaçabuçu, 2010

Quadro 2. Operação sobre o “nós críticos” hábitos e estilos de vida relacionado ao problema elevados fatores de risco da HAS, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Potengy, em Piaçabuçu, Alagoas.

Quadro 3. Operação sobre o “nós críticos” nível de conhecimento relacionado ao problema elevados fatores de risco da HAS, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Potengy, em Piaçabuçu, Alagoas.

Quadro 4. Operação sobre o “nós críticos” processo de trabalho da equipe relacionado ao problema elevados fatores de risco da HAS, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Potengy, em Piaçabuçu, Alagoas.

Tabela 1. Distribuição da população segundo sexo e idade, Piaçabuçu ,2010.

Tabela 2. População segundo a faixa etária e sexo na área do Potengy, Piaçabuçu. 2014.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	12
2 JUSTIFICATIVA	22
3 OBJETIVO	23
4 METODOLOGIA	24
5 REVISÃO DA LITERATURA	25
6 PLANO DE INTERVENÇÃO	29
7 CONSIDERAÇÃO FINAIS	34
REFERÊNCIAS	35

1. INTRODUÇÃO

1.1 Identificação do município

O município de Piaçabuçu está situado ao sul do estado de Alagoas, na divisa com o estado de Sergipe, e caracteriza-se por suas águas calmas e areia fina e escura.

Destacam-se as extensas formações de dunas encontradas por toda a praia, especialmente na desembocadura do rio São Francisco.

Seu acesso é feito através da Praia de Pontal do Peba ou em barco desde a cidade de Piaçabuçu.

É conhecida por ser um dos lugares mais importantes de desova das tartarugas marinhas que habitam nas costas brasileiras e que estão protegidas pelas leis do país. Ocupa uma área de aproximadamente 293 km².

A distância em linha reta entre Piaçabuçu e Maceió (Capital) é 111.39 km, mas a distância de condução é 140 km.

Sua população é de 17203 habitantes. Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010)

Limites de Piaçabuçu: norte- Município de Feliz Deserto

Sul- Rio San Francisco (Estado de Sergipe)

Leste- Oceano Atlântico

Oeste- Município de Penedo

Mostrado na FIGURA 1.

FIGURA 1 – Mapa com apresentação do município Piaçabuçu.



1.2 Histórico de criação do município

O início da formação do povoado data dos primeiros tempos da exploração do baixo São Francisco. Era o local, o ponto preferido pelos que atravessavam o Rio São Francisco, quando viajavam por terra para Pernambuco e Bahia. Consta que o português André Dantas, tendo um grupo de homens sob as suas ordens, entre 1660 e 1670, penetrou no Município, em 10 de outubro, dia em que se comemora a conservação de São Francisco de Borja. Com palha de palmeira construiu-se pequena barraca, dando-lhe a forma de igreja, em honra daquele santo. Assim, surgiu o povoado. O nome é antiquíssimo e vem desde o início do povoamento. IBGE (2010)

O topônimo origina-se das palavras indígenas piaçava (palmeira) e assu (grande). Foi motivado pela abundância de palmeiras. IBGE (2010)

Em maio de 1882 foi elevado à categoria de Vila, sendo desmembrado do Município de Penedo. Foi visitada em 1859 pelo imperador brasileiro Dom Pedro II, que, inclusive, participou de festas na cidade antes de seguir viagem para outras cidades. IBGE (2010)

Gentílico: Piaçabuçuense. IBGE (2010)

1.3 Descrição do município

1.3.1 Aspectos geográficos

Indicadores:

Área total do município: 240,014 km²

Concentração habitacional: 71,67hab./km²

Segundo dados estatísticos do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010) o município conta uma população de 17.203 e estimou-se que em 2014 seria de 17.977, o território tem uma área total de 240,014 km² e 71,67 habitantes por km². Conforme demonstrado na quadro 1.

Quadro 1. Indicadores geográficos do município Piaçabuçu, 2010.

População estimada. 2014	17.977
População 2010	17.203
Área da unidade territorial (km ²)	240,014
Densidade geográfica (hab./km ²)	71,67

Fonte: IBGE (2010)

Existem 4540 famílias e 4661 domicílios. Destes, 99,7% são particulares (4648) e só o 0,3% são coletivos. Do total de particulares 4540 estão ocupados e 108 (2,3%) não ocupados (IBGE,2010).

A média de moradores em domicílios ocupados é de 3,78 o seja, o município não tem alto índice de aglomeração.

1.3.2 - Aspectos socioeconômicos

Em relação aos aspectos socioeconômica a renda Média Familiar é de R\$ 720,00, abastecimento de água tratada de 69%, recolhimento de esgoto por rede pública de 70%, os resíduos sólidos urbanos, domésticos e comerciais são coletados pela prefeitura, atendendo 100% da população urbana.

Sua principal economia provem da atividade primária com o coco, o arroz, a pesca e a cana-de-açúcar.

Piaçabuçu também tem o maior banco de camarão da Região Nordeste do Brasil e é um importante polo pesqueiro. IBGE (2010).

Já em 1834, principiou o cultivo de arroz em Alagoas, no vale do rio São Francisco, e, após a Independência do Brasil (1822), o cultivo de arroz ganhou força nas terras da região do baixo São Francisco, entre outras, enriquecendo rapidamente cidades como Piaçabuçu, Penedo, Igreja Nova. Até hoje, Piaçabuçu é a segunda maior produtora de arroz de Alagoas. IBGE (2010).

Grande parte da economia da cidade gira em torno do turismo, em especial do passeio ofertado por diversos barcos particulares à foz do Rio São Francisco, que banha a cidade, cenário de indescritível beleza quando suas águas se encontram com o mar. Com dunas de areias claríssimas e várias lagoas de águas mornas.

1.3.3 - Aspectos demográficos 1

No que diz respeito aos aspectos demográficos o município tem uma população total de 17.203 habitantes. Deles 8.615 homens (50,1%) e 8.588 mulheres (49,9%).

O maior contingente populacional encontra-se no grupo de 25 a 39 anos (22,5%), seguido do grupo de 40 a 59 anos (17,7%). Os demais variam acordo com os dados da Tabela 1.

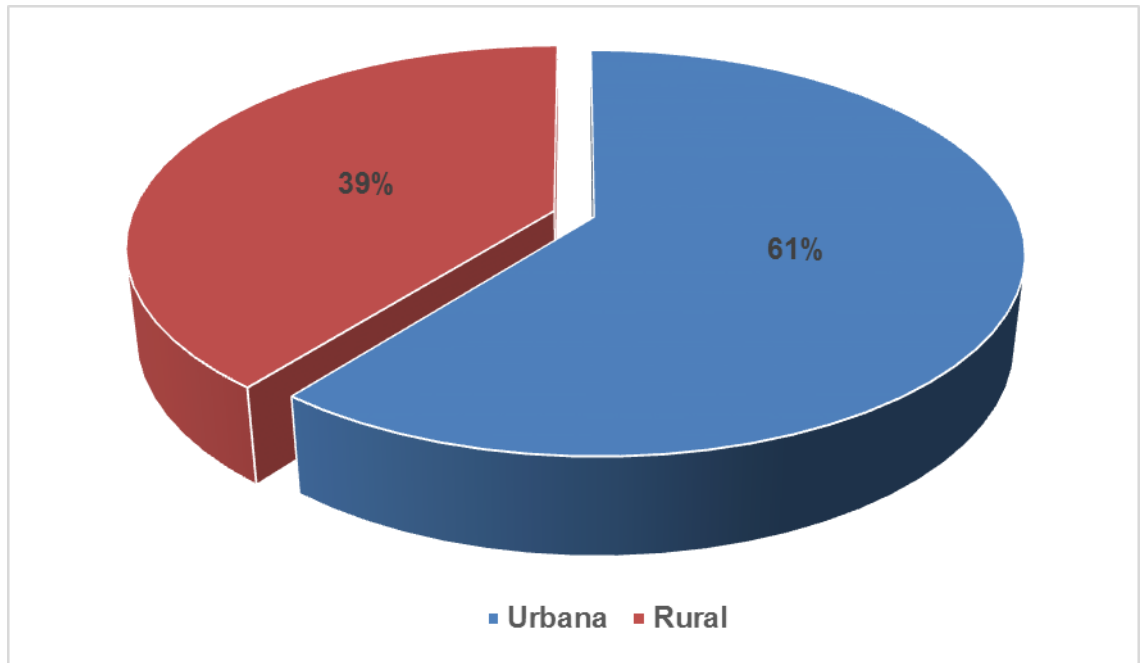
Tabela 1. Distribuição da população segundo sexo e idades, Piaçabuçu, 2010.

Município: Piaçabuçu.						
Total da população: 17.203						
Faixas etárias	Sexo		Sexo		Total	
	M	%	F	%	No	%
< Ano	154	0,9	163	0,9	317	1,8
1-4 anos	515	3,0	433	2,5	948	5,5
5-9 anos	894	5,2	808	4,7	1702	9,9
10-14 anos	1051	6,1	1042	6,1	2093	12,2
15-19 anos	898	5,2	883	5,1	1781	10,3
20-24 anos	917	5,3	897	5,2	1814	10,5
25-39 anos	1985	11,5	1886	11,0	3871	22,5
40-59 anos	1456	8,5	1581	9,2	3037	17,7
60 e + anos	745	4,4	895	5,2	1640	9,6
Total	8615	50,1	8588	49,9	17203	100

Fonte: IBGE (2010)

O Gráfico 1 apresenta a população de Piaçabuçu de acordo com tipo de residência: 10 436 (61 %) de sua população moram em área urbanizada-e em área rural 6767 (39%).

Gráfico 1. Distribuição da população de acordo com tipo de residência.Piaçabuçu.2010.



Fonte: IBGE (2010)

1.3.4 - Aspectos demográficos 2

A escolaridade da população adulta é importante indicador de acesso a conhecimento e também compõe o IDHM Educação.

Da população de 15 anos ou mais alfabetizados e 973 (66,8%) o ensino médio, de 7-14 anos na escola 263 (77,8%).

Mais de 95% da população de Piaçabuçu é usuária do SUS.

Pessoas cobertas com plano de saúde 1 (0,05%).

Números de famílias cadastradas no bolsa família 21(3,81) e famílias inscritas no CAD-Único 15 (2,73 %) IBGE (2010).

1.3.5 - Sistema Local de Saúde:

Atualmente Piaçabuçu conta com o 100% das Equipe de Saúde cobertas com profissionais médicos, dos quais 2 são médicos estrangeiros. Está estabelecido que cada profissional cumpra com um horário de segunda a sexta feira

de 8.00 horas até 17.00, com uma carga de 40 horas semanais. Com um total de 6 equipes entre a zona urbana e a zona rural.

O município possui uma casa maternal com atendimento de urgências, 1 laboratório privado, 1 laboratório de endemias, 1 NASF, 1 clínica de fisioterapia e 1 laboratório municipal.

A forma de organização do sistema de saúde do meu município é em rede, prestando uma assistência integral e contínua a uma população definida, com comunicação fluida entre os diferentes níveis.

A população de responsabilidade vive em um território sanitário singular, organiza-se socialmente em famílias e é cadastrada e registrada em subpopulações. Os pontos de atenção à saúde que ofertam serviços de atenção secundária ficam nos municípios: Maceió, Penedo, Arapiraca e Coruripe.

Conselho Municipal de Saúde:

O sistema local de saúde de Piaçabuçu, em atendimento ao que a lei determina, tem um conselho municipal de saúde que foi criado em 15-03-1996 por meio do decreto. Nº 147 e deve exercer o controle Social do Sistema Único de Saúde (SUS). Isso significa dizer que cabe ao Conselho fiscalizar, planejar, propor e controlar os recursos destinados à área de saúde e, do mesmo modo, exercer o controle, o planejamento e a fiscalização do Fundo Municipal de Saúde, que é para onde são destinados os recursos a serem gastos com a saúde no município.

O conselho esta composto por 12 membros titulares e 12 suplentes, divididos entre os trabalhadores de saúde (25%); os usuários dos serviços de saúde (50%) e representantes do governo e prestadores de serviços (25%).

Regularidade de reuniões: 1 reunião mensal

Fundo Municipal de Saúde:

Legislação: LEI 097 DE 03.09.1997

CNPJ: 11.277.335.0001-78

Recursos recebidos do Fundo Nacional de Saúde 2014 foram destinados a assistência farmacêutica, Atenção Básica, investimento, assistência de média e alta complexidade ambulatoria e hospitalar e vigilância em saúde.

Objetivo: Ordenar todos os recursos financeiros da secretaria municipal de saúde originários das três esferas de governos municipal, estadual e federal.

1.3.6 - Território/área de abrangência

Número de Família: 4540 famílias

População (número de habitantes): 17203 habitantes.

A maior parte da comunidade é alfabetizada (97,82% das pessoas com 15 anos e mais). Cerca de 82% da população está empregada e cerca de 18% são desempregados, trabalham em pesca, agricultura (cultivo do coco) e comércio.

Parte da comunidade vivem de salário mínimo, mais a Bolsa Família em moradias simples e pouco confortáveis. Pelo fato da comunidade ficar muito próxima ao Rio Sam Francisco, a população toma muito banho no mesmo, contribuindo à aparição frequente de casos de esquistossomose. Os principais postos de trabalho identificados são comércio do peixe, camarão e venda do coco. As principais causas de morte são doenças do aparelho circulatório, acidentes e neoplasias.

1.4. Recursos da comunidade

Conta com os seguintes recursos: duas agências bancárias, 1 correio postal, 1 Igreja Católica e 1 Assembleia de Deus, 2 escolas estadual, 15 escolas municipais, 2 escolas privadas e 1 creches, 1 farmácia da comunidade e várias outras no comércio, 1 loteria, 1 escola de música, 3 restaurantes, 1 associação de informantes de turismo, possui muitos sítios e casas de campo na área do Peba e Sudene, tendo o maior movimento durante o final de semana.

Serviços existentes:

Abastecimento de água em rede pública 288 (52,5%), poço ou nascentes 89 (16,2%), outros 172 (31,3%).

Tratamento de água no domicílio: filtração 17 (3,1%), fervura 2 (0,3%), cloração 343 (62,5%), sem tratamento 187 (34,1%).

Energia elétrica 489 (89,1%).

Destino do lixo: coleta publica 286 (52,1%), queimado enterrado 84 (15,3), céu aberto 179 (32,6).

Destino de fezes e urinas: sistema de esgoto (0), fossa 394 (71,2%), céu aberto 155 (28,2).

Tipo de casa: tijolo/ adobe 380 (69,2), taipa revestida 55 (10,0%), taipa não revestida 111(20,2%), material aproveitado 2 (0,4%) e outros 1 (0,18%). IBGE(2010)

No censo realizado em 2000, o município apresentava 60,13% de incidência da pobreza e um índice de Gini de 0,37 demonstrando grandes desigualdades da distribuição da renda.

1.5. Unidade básica de saúde

Nossa equipe de saúde Dr. Francisco Guedes Melo está inserida no povoado Potengy, área rural, no município Piaçabuçu. Presta serviço de segunda até sexta feira, desde 7.30 horas na manhã até 5 horas na tarde, com uma hora de almoço.

Só atende o povoado de Potengy pela manhã e Sudene a tarde.

Quinta feira pela manhã o povoado Os Sítios.

1.5.1 - Recursos humanos

O posto de saúde conta um médico, um dentista, seis agentes de saúde, uma enfermeira, dois auxiliares de enfermagem, um auxiliar de dentista, duas pessoas de serviços gerais.

Conta com uma população de 2.033, sendo os homens 1.050 (51,6%) e mulheres 983 (48,4%). Distribuídos por faixa etária de acordo com o que e apresentado na Tabela 2.

O maior porcentual da população está na faixa etária entre 20 a 39 anos com um 30,9% da população.

Tabela 2. População segundo a faixa etária e sexo na área do Potengy, Piaçabuçu. 2014.

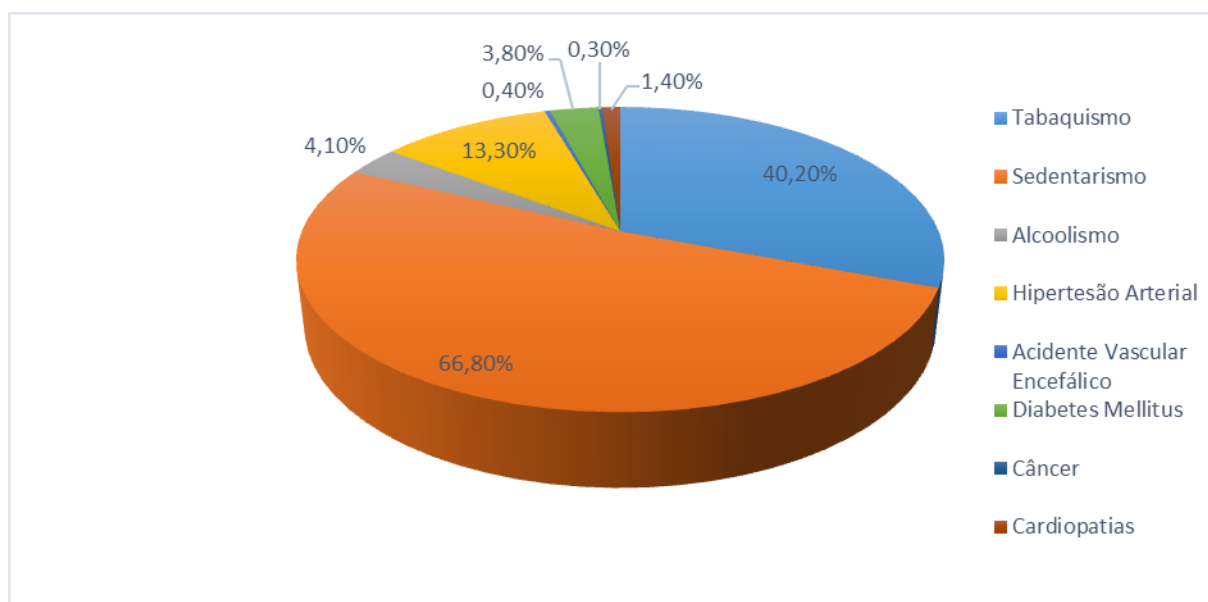
Faixas etárias	Sexo				Total.	
	M	%	F	%	No	%
< Ano	5	0,2	9	0,4	14	0,6
1-4 anos	74	3,6	66	3,2	140	6,8
5-9 anos	106	5,2	90	4,4	196	9,6
10-14 anos	125	6,1	101	5,0	226	11,1
15-19 anos	143	7,0	128	6,3	271	13,3
20-39 anos	311	15,3	318	15,6	629	30,9
40- 49 anos	102	5,0	99	4,9	201	9,9

50- 59 anos	91	4,5	81	4,1	172	8,6
>60 anos	93	4,7	91	4,5	184	9,2
Total	1050	51,6	983	48,4	2033	100

Fonte: Registro da equipe (SIAB).

Acerca dos aspectos epidemiológicos, segundo registro de produção mensal do ano 2013, os dados de morbidade em maiores de 15 anos de idade 1.457 (71,6%), encontram-se exposto no Gráfico 2.

Gráfico 2. Morbidade em pacientes maiores de 15 anos de idades da Equipe de Saúde da Família: Potengy. Piaçabuçu.2013.



Fonte: Registro da equipe (SIAB).

Percebesse que o tabagismo e o sedentarismo ocupam os maiores percentuais das, morbidades, os quais consideram-se fatores de risco cardiovasculares e a hipertensão arterial doenças que tem tendência ao aumento. Em nossa área não tem controle da mortalidade dos anos anteriores. Há alta prevalência de cáries dentárias e alto índice de gestantes adolescentes.

1.5.2 - Recursos materiais

A área física em uso tem uma recepção, uma sala de espera, dois banheiros, duas salas de ACS, uma sala de odontologia, uma sala de pré-consulta, uma sala do médico, uma sala de vacina, uma sala de enfermagem e uma sala de curativo.

A unidade tem condições estruturais muito boas e forte. Além de tudo isto com relação aos recursos da comunidade ainda existem dificuldades na área de saúde.

Em nosso município temos laboratório clínico, porém não presta serviços de urgência e quando os pacientes fazem os exames tem que esperar mais de um mês para receber os resultados essa é uma das dificuldades que afeta a qualidade do nosso trabalho. Não tem serviço do Rx e eletrocardiograma e os medicamentos em nosso posto ficam muito são insuficientes.

No Brasil, nos últimos anos, as patologias cardiovasculares vêm sendo a principal causa de mortalidade, tendo a hipertensão arterial como um dos principais fatores de risco.

Após discussão com a equipe foi consenso que seria necessário a elaboração de um projeto de intervenção para promover por meio de ações educativas hábitos e estilos de vida saudáveis, levando a população conhecimentos sobre a importância da prevenção.

2. JUSTIFICATIVA

Com o presente tema coloca-se em discussão as causas e os desafios criados pela hipertensão arterial e os efeitos deste para os objetivos medicinais, além de observar a hipertensão como um provável fator que gera um desconforto familiar tornando-se um obstáculo na vida dos pacientes e um desafio para os médicos atuantes.

Quando se fala de hipertensão arterial e principalmente sua prevenção, pensa-se em ações afetivas de saúde de maneira integral e continua. A educação em saúde é um dos objetivos que devem ser alcançados para que se possa realizar um controle rigoroso, refletindo das taxas de morbidade e mortalidade.

As ações educativas podem ser mais bem trabalhadas pelos profissionais de saúde tanto na modalidade de grupo como na atenção individualizada, na expectativa de que haja uma melhor compreensão e sensibilização para a importância da prevenção.

Lavando em conta os dados estatísticos referidos, as morbidades, pretende-se elaborar uma proposta de implantação de ações educativas relativas à prevenção da hipertensão arterial como uma intervenção que ajudará na diminuição desse risco e por sua vez a diminuição de incidência de casos novos, agravamento das patologias já existentes, complicações e possíveis sequelas e também mortalidades por essa causa, que afeta um número considerável da população assistida e assim contribuir positivamente na saúde, fazendo mudanças importantes nos hábitos e estilos de vida.

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral:

Elaborar um Projeto de Intervenção para promover hábitos e estilos de vida a pacientes hipertensos na população do PSF Potengy, Piaçabuçu.

3.2 Objetivos específicos:

Identificar os fatores de risco para desenvolvimento da hipertensão arterial sistêmica na população do PSF Potengy, Piaçabuçu.

Realizar ações educativas para estimular conhecimento sobre os fatores de risco cardiovasculares na população do PSF Potengy, Piaçabuçu.

4. METODOLOGIA

Para desenvolver o trabalho baseamo-nos no método de Planejamento Estratégico Situacional (PES) abordado por Campos; Faria; Santos, (2010).

Este método transcorre em quatros momentos sequenciais:

- Momento explicativo, onde se buscou conhecer a situação atual, procurando identificar, priorizar e analisar os problemas;
- Momento normativo, que é o momento de elaboração de propostas de solução (formulações para o enfrentamento do problema identificado);
- Momento estratégico, onde se buscou analisar e construir viabilidades para as propostas de solução elaboradas, formulando estratégias para alcançar o objetivo traçado;
- Momento tático- operacional, que é o momento de execução do plano.

Foi feita uma revisão narrativa da literatura para se obter maior fundamentação teórica para organizar o plano de intervenção.

Os dados foram coletados nas bases da Literatura Latino- Americana e do Caribe (LILACS), Medical Literatura Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE), Índice Bibliográfico Espanhol de Ciências de Saúde (IBECS). Os descritores utilizados para a busca foram: risco, prevenção, hipertensão arterial.

5. REVISÃO DA LITERATURA

As doenças crônicas não transmissíveis segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), são atualmente a principal causa de mortalidade no mundo. No Brasil as doenças do aparelho circulatório constituem hoje a principal causa de morte.

A hipertensão arterial é a mais prevalente de todas as doenças cardiovasculares afetando mais de 36 milhões de brasileiros adultos, sendo o maior fator de risco para lesão cardíaca e cérebro vasculares e a terceira causa de invalidez” (CIPULLO, 2010, p.4)

“Esta está associada a fatores de exposição não modificáveis, como clínicos, comportamentais e nutricionais “(ALVARES, 2008, p.83)

“Outros fatores, tanto sociais quanto físicos, também são destacados, não por serem causadores da HAS, mas por estarem frequentemente associados a ela (baixo nível educacional, colesterol elevado e diabetes mellitus)”. (CARVALHO *et al.* 2013, p.169). Assim, pela sua estreita correlação com estilo de vida, a HAS pode ser evitada, minimizada ou tratada com a adoção de hábitos saudáveis. Os efeitos benéficos de uma dieta saudável (rica em frutas e vegetais e pobre em gorduras) sobre o comportamento dos níveis pressóricos são conhecidos.

Dentre os fatores nutricionais que se associam a elevada prevalência de HAS estão o elevado consumo de álcool, sódio e excesso de peso. Recentemente vêm sendo também associados o consumo de potássio, cálcio e magnésio, ao quais atenuariam o progressivo aumento dos níveis pressóricos com as idades[...] (OLIVEIRA *et al.*2012, p.181)

Hipertensão arterial é uma doença caracterizada pela elevação da pressão arterial a níveis iguais ou superiores a 140 mm Hg de pressão sistólica e/ ou 90 mm Hg de diastólica — em pelo menos duas aferições subsequentes — obtidas em dias diferentes, ou em condições de repouso e ambiente tranquilo. (ALVAREZ 2008, p. 83-86).

Quase sempre, acompanham esses achados de forma progressiva, lesões nos vasos sanguíneos com consequentes alterações de órgãos alvos como cérebro, coração, rins e retina. Geralmente, é uma doença silenciosa: não dói, não provoca sintomas, entretanto, pode matar. Quando ocorrem sintomas, já decorrem de complicações.

A classificação utilizada, mais recente, é preconizada pela Sociedade Brasileira de Cardiologia baseada em parâmetros norte-americanos de uma situação dita "pré-hipertensão", onde as modificações do estilo de vida devem ser mais que incentivadas, tendo em vista a grande possibilidade de evolução futura para o estado de hipertensão arterial com o avançar da idade. “Nesta classificação atual, a pressão ideal é aquela menor que 120 sistólica e 80 diastólica. (CAMPOS *et al.*2010, p.118)

” O Ministério da Saúde (MS) considera este valor ideal, onde há menos riscos para o aparelho cardiovascular” (BRASIL, 2001, p.13)

” Do acordo com as VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão há uma relação direta e linear da pressão arterial com a idade da pessoa, sendo a prevalência de HAS superior na faixa etária acima de 65 anos de idades” (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA/SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO/SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. 2010, p. 38), portanto, o risco de se desenvolver doenças cardiovasculares associados ao aumento de pressão arterial não diminui com o avançar da idade.

Seu controle depende de medidas farmacológicas e não farmacológicas. As medidas não farmacológicas são indicadas indiscriminadamente aos hipertensos, entre essas medidas estão a redução do consumo de álcool, o controle da obesidade, a dieta equilibrada, a prática regular de atividade física e a cessação do tabaco (OLIVEIRA, 2013 p.182)

A adesão a esses hábitos de vida favorece a redução dos níveis pressóricos e contribui para a prevenção de complicações.

Conforme definição abordada, estilos de vida são: “hábitos e comportamentos autodeterminados, adquiridos social ou culturalmente, de modo individual ou em grupo”. (SANTOS FILHO,2002, p.288). Compreende-se aqui que, no decorrer da análise dos hábitos foram colocados em evidência os fatores de risco, pois estes são integrantes do estilo de vida e identificáveis neste mesmo estilo.

Dentro dos fatores de risco não modificáveis podemos mencionar a idade: quanto à idade, todos os indivíduos encontram-se na faixa dos 40 anos ou mais (100%). Percebe-se, através da análise de conteúdos de literatura científica, que o aumento da pressão com o avançar da idade tem sido observado, indica que esse aumento não representa um comportamento fisiológico normal. Preveni-lo constitui o meio mais eficiente de combater a hipertensão arterial, evitando as dificuldades e o elevado custo social de seu tratamento e de suas complicações.

“A HAS em idosos merece maior atenção devido à vulnerabilidade frente às complicações cardiovasculares determinadas não só pela hipertensão, como também por outros fatores de risco que se acumulam com o passar do tempo.” (BRASIL, 2013, p.18)

A hereditariedade: o caráter hereditário aparece em 74% dos sujeitos. Dos fatores envolvidos na fisiopatogênese da hipertensão arterial, um terço deles pode ser atribuído a fatores genéticos. Citam como exemplo o sistema regulador da pressão arterial e sensibilidade ao sal. Os autores deixam

claro que a hipertensão arterial pode ser entendida como uma síndrome multifatorial, de patogênese pouco elucidada, na qual interações complexas entre fatores genéticos e ambientais causam elevação sustentada da pressão. Em aproximadamente 90% a 95% dos casos não existe etiologia conhecida ou cura, sendo o controle da pressão arterial obtido por mudanças do estilo de vida e tratamento farmacológico (FERREIRA FILHO,2009, p.318)

“A hipertensão arterial ocorre com maior frequência no sexo masculino, no homem ela aparece depois dos 30 anos e na mulher, após a menopausa.” (SANTO FILHO. 2002, p.212). Em ambos os sexos, a frequência da hipertensão cresce com o aumento da idade, sendo que os homens jovens têm pressão arterial mais elevada que as mulheres, porém após a meia idade este quadro se reverte

Dentro dos fatores de risco modificáveis podemos mencionar os hábitos sociais e uso de anticoncepcionais: a ingestão de anticoncepcionais orais deve ser considerada como possível causa de hipertensão arterial. Embora não haja contraindicação formal, o uso de anticoncepcionais orais deve ser evitado em mulheres com mais de 35 anos de idade e em obesas, pelo maior risco de hipertensão arterial. “Em mulheres com mais de 35 anos e fumantes irreduzíveis, o anticoncepcional oral está formalmente contraindicado” (BRASIL, 2001, p. 28)

Tabagismo: é evidente que os efeitos do tabagismo são maléficos em curto ou longo prazo para saúde. O fator vasoconstrição é o mais relevante, além de acelerar o processo de arteriosclerose. Geralmente, o fumante busca o famoso “cafezinho”, nas situações estressantes e também condicionam ao consumo de cafeína, “a cafeína e a nicotina elevam agudamente a HAS. O tabagismo colabora para o efeito adverso da terapêutica de redução dos lípides séricos e induz resistência ao efeito de drogas anti-hipertensivas. (BRASIL, 2001, p. 104).

Bebida alcoólica: o consumo de álcool eleva a HAS tanto agudo quanto cronicamente os padrões de consumo e comportamento são os principais fatores de risco para HAS. “Destacam-se o consumo excessivo de calorias e de bebidas alcoólicas, a inatividade física, a baixa ingestão de potássio e o elevado consumo de sódio.” (AVEZUM. WAINGARTEM,2013, p. 24)

Sedentarismo e obesidade: o excesso de peso é um fator predisponente para a HAS. “Estimasse que 20% a 30% da prevalência da HAS pode ser explicada pela presença do excesso de peso. Os indivíduos sedentários possuem maior chance de apresentarem o fator de risco hipertensão arterial em comparação aos ativos.” (BERNARDO *et al.*,2013, p. 231)

Hábitos alimentares: a dieta desempenha um papel importante no controle da HAS.

Uma dieta com conteúdo reduzido de teores de sódio, baseada em frutas, verduras e legumes, cereais integrais, leguminosas, leite e derivados desnatados, quantidades reduzidas de gorduras saturadas, mostrou ser capaz de reduzir a pressão arterial em pacientes hipertensos. (BRASIL,2006, p. 15)

A prevenção desses fatores de risco será abordada utilizando ações educativas como palestras, visitas domiciliares, criação de grupos de HAS, estímulo a atividades físicas entre outras.

A educação de saúde (ES) é uma combinação de aquisição de informações e aptidões básicas com o senso de identidades, autonomia, solidariedades e responsabilidades dos indivíduos por sua própria saúde e pela das comunidades.

“A prevenção primária e a detecção precoce são as formas mais efetivas de evitar as doenças e devem ser consideradas metas prioritárias dos profissionais de saúde.” (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA/SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO/SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA,2010, p. 24)

Espera-se alcançar num futuro próximo a diminuição das doenças cardiovasculares, tendo como relação uma maior informação sobre os riscos e também mudanças de estilos de vida.

6. PLANO DE INTERVENÇÃO

O projeto de intervenção significa, segundo Campo, Faria e Santos (2010), conhecer a realidade na qual se pretende atuar, criar estratégias/ ações para transformar essa realidade, conscientizar-se de que exige esforços e capacidade para propor e programar a intervenção. O projeto de intervenção é, portanto, uma ação planejada com vista às tomadas de decisão, de modo que se possam alcançar os objetivos pretendidos.

O problema priorizado na comunidade da ESF Potengy foram elevados fatores de risco da HAS para realização do projeto de intervenção.

As causas identificadas como “nós críticos” e consideradas mais relevantes na origem do problema diagnosticado e selecionado na comunidade foram:

- 1-Hábitos e estilos de vida inadequados
- 2-Baixo nível de conhecimento sobre os fatores de risco para a HAS.
- 3-Organização do processo de trabalho da equipe de saúde.

As ações relativas a cada “nós críticos” serão detalhados nos Quadros 2 a 4.

Quadro 2– Operação sobre o “nós críticos” hábitos e estilos de vida relacionado ao problema elevados fatores de risco da HAS, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Potengy, em Piaçabuçu, Alagoas.

Nó crítico 1	Hábitos e estilos de vida inadequados
Operação	Estabelecer práticas de identificação precoce dos fatores de risco da HSA, na população de Potengy. Orientar para mudanças de hábitos e estilos de vida na população da Equipe Potengy. Orientação individual de atividades em grupos e visitas domiciliares. Conscientizar a população para mudança nos hábitos e estilos de vida.
Projeto	Um mundo melhor é possível
Resultados esperados	Redução do número de pacientes que não praticam exercício físico. Alterar pela metade os hábitos alimentares inadequados aderindo a uma dieta certa. População consciente e responsável.

	Adesão da população as mudanças propostas
Atores sociais/ responsabilidades	<p>Equipe multiprofissional ESF. Potengi (médica, enfermeira, dentista, técnica de enfermagem, agentes comunitários de saúde) e profissionais do NASF.</p> <p>Implementar o projeto.</p> <p>Secretaria de Saúde; Prefeitura Municipal; Secretaria de Esporte; Secretaria de Educação; e Associações do bairro. Disponibilizar os recursos necessários e apoiar o projeto.</p>
Recursos necessários	<p><u>Organizacionais</u>: organizar a execução de exercícios físicos. Locais estratégicos para realizar os grupos operativos.</p> <p><u>Cognitivo</u>: capacitação da equipe para atuar de forma estratégica. Palestras e grupos de rodas sobre o tema.</p> <p><u>Político</u>: para conseguir os locais, mobilização social, e articulação Inter setorial.</p> <p><u>Financeiro</u>: para aquisição de recursos audiovisuais, confecção de folhetos informantes e educativos.</p>
Recursos críticos	<p><u>Político</u>: conseguir o local, mobilização social e articulação Inter setorial com a rede de ensino.</p> <p><u>Financeiro</u>: para aquisição de recursos audiovisuais, confecção de folhetos informantes e educativos.</p> <p><u>Organizacionais</u>: Reservar na agenda da equipe um horário para capacitação e para desenvolver os grupo de educação em saúde.</p>
Controle dos recursos críticos/ viabilidade	<p><u>Organizacionais</u>: Prefeitura Municipal, Secretaria de Educação, Secretaria de Esporte e Associações do Bairro/ Favorável.</p> <p><u>Cognitivo</u>: Equipe multiprofissional ESF. Potengi/ Favorável.</p> <p><u>Político</u>: Secretaria de Saúde, Prefeitura Municipal, Secretaria de Educação, Secretaria de Esporte e Associações do Bairro/ Favorável.</p> <p><u>Financeiro</u>: Secretaria de Saúde/ Favorável.</p>
Ações estratégica de motivação	Apresentar o projeto e ações para motivar e conseguir o apoio Inter setorial.
Responsáveis	Equipe multiprofissional ESF. Potengi.
Cronograma/ prazo	Apresentar o projeto em 30 dias; iniciar as atividades em dois meses. Educação permanente.
Gestão,	Equipe multiprofissional: reuniões a cada 15 dias a fim de

acompanhamento e avaliação	correlacionar resultados e traçar novas metas.
-----------------------------------	--

Fonte: Auditoria própria.

Quadro 3 – Operação sobre o “nós críticos” nível de conhecimento relacionado ao problema elevados fatores de risco da HAS, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Potengy, em Piaçabuçu, Alagoas.

Nó crítico 2	Nível de conhecimento.
Operação	<p>Aumentar o nível de conhecimento da população sobre a doença HAS.</p> <p>Utilizar a técnica de grupo para esta informação, incluindo pacientes e familiares.</p> <p>Educação em saúde: PSE</p> <p>Grupos operativos em locais estratégicos.</p> <p>Campanha educativa na rádio local.</p>
Projeto	Ampliando o conhecimento.
Resultados esperados	<p>População instruídas sobre a doença HAS.</p> <p>População de hipertensos com mais informação ao tratamento</p> <p>População consciente e responsável.</p> <p>Redução do número de pacientes com HAS.</p>
Atores sociais/ responsabilidades	<p>Equipe multiprofissional ESF. Potengy.</p> <p>Implementar o projeto.</p> <p>Secretaria de Saúde; Prefeitura Municipal; Secretaria de Educação; e Associações do Barrio. Disponibilizar os recursos necessários e apoiar o projeto.</p>
Recursos necessários	<p><u>Organizacionais</u>: agenda, locais e equipamentos para promover a educação.</p> <p><u>Cognitivo</u>: conhecimento estratégico e capacitação da equipe.</p> <p><u>Político</u>: para conseguir os locais, mobilização social, e articulação Inter setorial.</p> <p><u>Financeiro</u>: para aquisição de recursos audiovisuais, confecção de folhetos informantes e educativos.</p>
Recursos críticos	<u>Político</u> : conseguir o local, mobilização social e articulação Inter setorial com a rede de ensino.

	<p><u>Financeiro</u>: para aquisição de recursos audiovisuais, confecção de folhetos informantes e educativos.</p> <p><u>Organizacionais</u>: Reservar na agenda da equipe um horário para capacitação e para desenvolver os grupo de educação em saúde.</p>
Controle dos recursos críticos/ viabilidade	<p><u>Organizacionais</u>: Prefeitura Municipal, Equipe da unidade, Secretaria de saúde e Associações do bairro/ Favorável.</p> <p><u>Cognitivo</u>: Equipe multiprofissional ESF. Potengi/ Favorável.</p> <p><u>Político</u>: Secretaria de Saúde, Prefeitura Municipal, Secretaria de Educação, Secretaria de Esporte e Associações do Bairro/ Favorável.</p> <p><u>Financeiro</u>: Secretaria de Saúde/ Favorável.</p>
Ações estratégica de motivação	Apresentar o projeto e ações para motivar e conseguir o apoio inter setorial.
Responsáveis	Médica, enfermeira, dentista, assistente social e psicólogo/ NASF.
Cronograma/ prazo	Apresentar o projeto em 30 dias; iniciar as atividades em dois meses. Educação permanente.
Gestão, acompanhamento e avaliação	Equipe multiprofissional: reuniões a cada 15 dias a fins de correlacionar resultados e traçar novas metas.

Fonte: Auditoria própria.

Quadro 4 – Operação sobre o “nós críticos” processo de trabalho relacionado ao problema elevados fatores de risco da HAS, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Potengy, em Piaçabuçu, Alagoas.

Nó crítico 3	Processo de trabalho
Operação	<p>Capacitar a equipe sobre o tema HAS.</p> <p>Elaborar estratégias para alcançar os objetivos.</p> <p>Organizar uma agenda e inserir a saúde do pacientes hipertensos em atividades semanais.</p>
Projeto	Atenção maior.
Resultados esperados	<p>Equipe preparada para atender o problema.</p> <p>Agenda organizada para realização de Grupos Operativos –</p>

	<p>Saúde do pacientes hipertensos.</p> <p>Redução dos números de pacientes hipertensos.</p>
Atores sociais/ responsabilidades	<p>Enfermeira da unidade e psicólogo/ NASF – Capacitação da equipe.</p> <p>Equipe ESF Potengy – Programação da agenda e execução do projeto.</p>
Recursos necessários	<p><u>Organizacionais:</u> agenda, locais e equipamentos para promover a educação.</p> <p><u>Cognitivo:</u> conhecimento estratégico e capacitação da equipe.</p> <p><u>Político:</u> articulação Inter setorial.</p> <p><u>Financeiro:</u> para aquisição de recursos audiovisuais, confecção de folhetos informantes e educativos.</p>
Recursos críticos	<p><u>Político:</u> articulação entre os setores da saúde e adesão dos profissionais.</p> <p><u>Cognitivo:</u> capacitar a todos a equipe, em especial ACS.</p> <p><u>Financeiro:</u> para aquisição de recursos audiovisuais, confecção de folhetos informantes e educativos.</p>
Controle dos recursos críticos/ viabilidade	<p><u>Organizacionais:</u> Prefeitura Municipal, Equipe da unidade, Secretaria de saúde, Secretaria de Educação e Associações do bairro/ Favorável.</p> <p><u>Cognitivo:</u> Equipe multiprofissional ESF. Potengy/ Favorável.</p> <p><u>Político:</u> Secretaria de Saúde, Prefeitura Municipal, Secretaria de Educação / Favorável.</p> <p><u>Financeiro:</u> Secretaria de Saúde/ Favorável.</p>
Ações estratégica de motivação	<p>Apresentar o projeto e ações para motivar e conseguir o apoio inter setorial.</p>
Responsáveis	<p>Médica, enfermeira, dentista, assistente social e psicólogo/ NASF.</p>
Cronograma/ prazo	<p>Apresentar o projeto em 30 dias; iniciar as atividades em dois meses. Educação permanente.</p>
Gestão, acompanhamento e avaliação	<p>Equipe multiprofissional: reuniões a cada 15 dias a fins de correlacionar resultados e traçar novas metas.</p>

Fonte: Auditoria própria.

7. CONSIDERAÇÃO FINAIS

Esta Proposta de Intervenção possibilitou trazer uma redução da morbidade e mortalidade relacionadas aos hipertensos do PSF Potengy e melhora na qualidade de vida dos mesmos.

Acredita-se que a própria equipe de saúde será beneficiada por melhorar seu trabalho e sua relação com os usuários.

Na Atenção Básica, não se trabalha muito nos programas de prevenção da HAS, propiciado pelo incremento de fatores de risco controláveis como sedentarismo, tabagismo, alcoolismo, entre outros, problemas considerados prioritários pela equipe.

Para alterá-la é necessário a participação conjunta com o nível primário de saúde que possui a capacidade de promover estilos de vida adequados e do conhecimento mais aprimorado (por meio do trabalho de nossa equipe de saúde) sobre as realidades ambientais e sociais de nossas comunidades.

A implantação desse Projeto de Intervenção nos permitiu modificar, por meio das mudanças de hábitos e estilos de vida, o curso destas e outras doenças.

Acredita-se que as ações educativas poderão contribuir para prevenir a HAS e assim para a melhoria da assistência à saúde.

Sua importância no processo de mudanças dentro do caráter preventivo e para promoção da saúde já foi comprovada.

REFERÊNCIAS

ALVARES S, R. **Medicina Geral Integral. Principais afecções nos contextos familiar e social**. Havana: Editorial Ciências Médicas, v. 2, n. 70, p. 83-86-2008.

AVEZUN. Á. WAINGARTEN. M. Como melhorar o controle das Doenças Cardiovasculares. **Revista SOCESP**, São Paulo, v.23, n. 02/ abril/maio/junho- 2013.

BRASIL. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística: IBGE cidade @**. Brasília, 2010. Disponível em: <http://www.cidade.ibge.gov/xtras/home.php>.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estratégias para cuidado da pessoa com doenças crônicas: hipertensão arterial sistêmica**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília. Ministério da Saúde. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Plano de reorganização da atenção a hipertensão arterial e ao diabetes mellitus: hipertensão arterial e diabetes mellitus/ Departamento de ações Programáticas Estratégicas- Brasília: Ministério da saúde, 2001: p. 104**

BERNALDO, A. F. B.; **Associação entre atividades físicas e fatores de risco cardiovascular em indivíduos de um programa de reabilitação cardíaca. Revista Brasileira de Medicina do esporte**. Presidente Prudente. 19, n. 4, p. 231-235.2013.

BRASIL. Ministério de Saúde. Secretaria- Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. **Plano Nacional de Saúde- PNS: 2012-2015/ Ministério da Saúde. Secretaria- Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.**

BRASIL. Ministério da Saúde. **Hipertensão Arterial**. Cadernos da atenção básica, n. 15. Brasília, 2006^a.

Brasileira de Nefrologia. VI Diretrizes Brasileira de hipertensão, **Arq. Bras. Cardiol**. V. 95 (1 supl. 1), p. 1-51. 2010.

CAMPOS, F.C; FARIA, H.P; SANTOS, M.A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. 2 ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010.118 p.

CIPULLO, J. P. et. al. Prevalência a fatores de risco para hipertensão em uma população urbana Brasileira. **Arq. Bras. Cardiol**. São Paulo, v. 94, n.4, Abr. 2010

CARVALHO, M, V.; et. al. A influência da hipertensão arterial na qualidade de vida. **Sociedade Brasileira de Cardiologia**, São Paulo, v.100, n.2, p. 164-174. 2013.

FERREIRA FILHO, C. Systems arterial hypertention. **Rev. Bras. Med**. v. 66, n.10, p.317-24, 2009.

OLIVEIRA, Thatiane Lopes.et.al. Eficácia da educação em saúde no tratamento não medicamentoso da Hipertensão Arterial. **Acta Paul Enferm**, v.26, n.2, p. 179-84.2013.

MATUS, C. Fundamentos da Planificação Situacional. RIVERA, F. J. V.(Org.). **Planejamento e Programação em Saúde: um enfoque estratégico**. São Paulo: Cortez, 1989. P. 105-176.

ROCA, G. R. **Tema de Medicina Interna**. 4.ed. tomo 1. Havana: Editorial Ciências Medicas. Quinta parte. P. 239-523. 2002.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA/ SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO/ SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA.**VI Diretrizes**

SANTO FILHO, R. R. D.; MARTINEZ, T. L. da R. Fatores de risco para doenças cardiovasculares: velhos e novos fatores de risco, velhos problemas. **Arq Bras Endocrinol Metab** [online]. V.46, n.3, p.212-214, 2002.