

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA FAMÍLIA

GUILHERME GUIMARÃES SILVEIRA

**A PRÁTICA REGULAR DE ATIVIDADE FÍSICA NO TRATAMENTO DA
HIPERTENSÃO ARTERIAL NA POPULAÇÃO DA ESF MAJOR PRATES**

MONTES CLAROS - MINAS GERAIS

2014

GUILHERME GUIMARÃES SILVEIRA

**A PRÁTICA REGULAR DE ATIVIDADE FÍSICA NO TRATAMENTO DA
HIPERTENSÃO ARTERIAL NA POPULAÇÃO DA ESF MAJOR PRATES**

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

Área de concentração: Saúde da família.

Orientador Prof^o Christian Emmanuel Torres Cabido

MONTES CLAROS - MINAS GERAIS

2014

GUILHERME GUIMARÃES SILVEIRA

**A PRÁTICA REGULAR DE ATIVIDADE FÍSICA NO TRATAMENTO DA
HIPERTENSÃO ARTERIAL NA POPULAÇÃO DA ESF MAJOR PRATES**

BANCA EXAMINADORA

Prof. Christian Emmanuel Torres Cabido (Orientador)

RESUMO

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma condição clínica multifatorial, caracterizada por níveis elevados e sustentados da pressão arterial e que representa um sério problema de saúde pública. Com base nesse fato, este trabalho trata-se de uma proposta de intervenção para a Estratégia Saúde da Família (ESF) do bairro Major Prates, em Montes Claros- Minas Gerais, sobre a prática regular de atividades físicas e o os seus benefícios na HAS. O objetivo deste projeto é estimular a prática regular de atividade física e averiguar o efeito benéfico dos exercícios no nível da pressão arterial. O plano de ação apresentado consiste de estratégias para auxiliar a equipe em estimular a prática de exercício físico na população através de caminhadas matinais, exercícios aeróbicos e na academia ao ar livre, acompanhar a adesão ao programa, convocar os faltosos e avaliar os resultados após os meses dessa intervenção. Espera-se que ao final do período seja verificada uma melhora significativa nos níveis pressóricos e na qualidade de vida dos pacientes envolvidos no projeto.

Palavras-chave: Estratégia Saúde da Família; Hipertensão; Exercício físico;.

ABSTRACT

Systemic hypertension (SH) is a multifactorial clinical condition characterized by high and sustained levels of blood pressure and that is a serious problem of Public health. Based on this fact, this work it is an intervention proposal for the Family Health Strategy (FHS) in the neighborhood Major Prates, Montes Claros, Minas Gerais, on the regular practice of physical activity and the benefit in Hypertension. The objective of this project is to encourage regular physical activity and ascertain the beneficial effects of exercise on blood pressure level. The action plan presented is basically the team encourage physical exercise in the population through morning walks, aerobics and outdoor gym, monitor adherence to the program, call the unlawful and evaluate the results after months of intervention. It is expected that the end of the period is verified a significant improvement in blood pressure levels and the quality of life of patients involved in the project.

Keywords: Family Health Strategy; hypertension; Physical exercise.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	06
1.1	Justificativa.....	08
1.2	Objetivos.....	09
2	MÉTODOS.....	10
3	REVISÃO DE LITERATURA.....	11
4	PLANO DE AÇÃO.....	14
4.1	Descrição do problema.....	14
4.2	Justificativa.....	15
4.3	Identificação dos nós críticos.....	15
4.4	Desenho das operações e construção do plano operativo.....	16
4.5	Recursos necessários: identificação dos recursos críticos.....	19
4.6	Análise da viabilidade do plano.....	19
4.7	Gestão do plano.....	21
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	22
	REFERÊNCIAS.....	23

1 INTRODUÇÃO

Montes Claros é um município brasileiro no norte do estado de Minas Gerais. Pertence à microrregião homônima e Mesorregião do Norte de Minas, localizando-se a norte da capital do estado. Ocupa uma área de 3.582,034 km², sendo que 38,7 km² estão em perímetro urbano e os 3.543,334 km² restantes constituem a zona rural. Atualmente é formada por dez distritos, sendo que é subdividida ainda em cerca de 200 bairros e povoados. Possui uma concentração média de habitantes por área de 107,73 hab/km², os quais residem em aproximadamente 120 mil domicílios. O índice de desenvolvimento humano (IDH) da região é considerado alto, em relação à média do país. A cidade possui um total de 361.915 habitantes (Censo,2010),

O município tem uma temperatura média anual de 22,65 °C e na vegetação regional predomina uma mistura entre cerrado e caatinga. Montes Claros foi emancipada no século XIX, tendo, há bastante tempo, a indústria e o comércio como importantes atividades econômicas, sendo considerada um polo industrial regional. Houve um grande processo de industrialização a partir da década de 1970. A atividade industrial, implantada a partir de incentivos fiscais e financeiros do poder público (federal, estadual e municipal) e através da Superintendência de Desenvolvimento do Nordeste (SUDENE), fez com que a cidade se tornasse foco de um intenso fluxo migratório, o que gerou um crescimento urbano desordenado.

Sistema local de saúde: Informações gerais

O orçamento aprovado pela Câmara Municipal de Montes Claros para o ano de 2014 é de pouco mais de R\$ 941 milhões, sendo que, deste montante, 300 milhões deverão ser aplicados necessariamente em Saúde, 200 milhões em Infraestrutura e Mobilidade Urbana, e 150 milhões em Educação.

O município possui hospitais de alta complexidade (Hospital Santa Casa de Caridade, Hospital Dilson Godinho, Hospital Universitário Clemente Faria, Prontosocor, Hospital Aroldo Tourinho), recebe milhares pacientes da microrregião, principalmente da região de Coração de Jesus e, quando necessário, encaminha pacientes, via rede de saúde, para Belo Horizonte.

Em 2013, o número de equipes de Saúde da Família atuantes no município passou de 66 para 78. Com a adesão do município aos programas Mais Médicos e Programa de Valorização da Atenção Básica (PROVAB), novas unidades básicas de saúde (UBS) foram abertas em 2014, havendo aproximadamente 100 unidades, dentre elas está a Unidade de Saúde do bairro Major Prates, onde estou alocado.

No ano de 2013, de acordo com a prefeitura de Montes Claros, foram realizados 307.200 atendimentos médicos, 14.000 visitas domiciliares dos médicos, 205.900 atendimentos de enfermeiros, 23.400 visitas domiciliares dos enfermeiros, 720.000 visitas dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), 24.000 curativos, 250.000 aferições de pressão arterial, 52.000 testes de glicemia e 25.000 exames de prevenção do Câncer de Colo do Útero.

Montes Claros possui aproximadamente 8780 profissionais de saúde e 116 estabelecimentos de saúde. Os profissionais que trabalham na UBS são contratados como pessoa física pela prefeitura, sem carteira assinada, para 40 horas semanais, exceto o médico que pode optar por 20 horas semanais.

De acordo com o departamento de informática do Sistema Único de Saúde (SUS) do Brasil, Montes Claros possui aproximadamente 20 mil hipertensos cadastrados em toda cidade, o que corresponde a 5-6% de toda população. Em dados do mesmo sistema, em 2008, o coeficiente de mortalidade por 100 mil habitantes das doenças cardiovasculares foi de 39,6, o maior entre as causas de morte.

Território

A equipe da unidade de saúde do Major Prates foi criada recentemente, com início dos trabalhos em março/2014. Possui aproximadamente 626 famílias cadastradas e um número total de pessoas de 1926 aproximadamente. Porém, é uma área em redivisão com outros territórios, com previsão de englobar mais de mil pessoas em próxima territorialização.

Apesar do território possuir população mista, com predominância de famílias de classe média, há uma maior porcentagem de famílias usuárias do SUS, 58%; em relação às usuárias de planos de saúde, 41,85% de acordo com o sistema de informação da atenção básica (SIAB) em 2014. As principais causas de morbi-mortalidade encontradas ao longo das entrevistas/consultas são as doenças cardiovasculares (principal), os acidentes, os assassinatos e as neoplasias malignas.

Em último SIAB realizado (2014), aproximadamente um sexto da população do território é hipertensa, sendo o maior agravo de saúde detectado.

Unidade básica de saúde

A Unidade de saúde Major Prates localiza-se em região central deste bairro, de fácil acesso, por várias vias disponíveis, ao lado de um posto da Polícia Militar. Endereço: Avenida Olímpio Prates, S/N. A UBS funciona das 7:30 às 12:00 e de 13:30 às 17:00 de segunda à sexta

Recursos humanos

A equipe é composta por um médico, uma enfermeira, uma cirurgiã dentista, uma técnica em enfermagem, seis agentes de saúde e recebe apoio de uma psicóloga, quando a situação do paciente exige. Há também duas recepcionistas, uma funcionária de farmácia, duas de serviços gerais que atendem para todas as equipes. Trabalham no horário de funcionamento da unidade, exceto o médico que trabalha 32h semanais, com dois turnos de folga ao longo da semana.

Recursos materiais

A unidade comporta quatro equipes de Estratégia Saúde da Família (ESF) e ainda profissionais do centro de saúde. Possui ampla recepção (para aproximadamente 30 pessoas sentadas) quatro consultórios para clínico, podendo funcionar como sala de triagem, local para reuniões ou atendimento de enfermagem; dois consultórios ginecológicos, um de pediatria, um da psicologia do centro de saúde, um para odontologia, com uso simultâneo de dois cirurgiões-dentista, uma farmácia, uma sala de curativo e uma para o técnico em enfermagem, uma cozinha, uma sala de gerência do centro de saúde, duas salas de reuniões, que funcionam também como sala de arquivos, uma sala de esterilização, sala de vacina, almoxarifado, dois banheiros para funcionários e dois para usuários.

1.1 Justificativa

Este trabalho se justifica pela alta prevalência de hipertensos na área de abrangência da unidade de saúde Major Prates, com poucos pacientes aderidos às modificações de estilo de vida, como a prática regular de exercício físico. Como consequência, torna-se mais difícil o controle pressórico apenas com uso da medicação, gerando alto risco cardiovascular.

1.2 Objetivo

Elaborar um projeto de intervenção para incentivar a prática regular de exercício físico na população hipertensa da área de abrangência da ESF Major Prates do município de Montes Claros.

2. MÉTODOS

Este estudo trata-se de um projeto de intervenção, que tem como cenário de pesquisa a ESF Major Prates, localizada no município de Montes Claros, Minas Gerais e conta com uma população adscrita de 2050 pessoas, conforme a SIAB de Outubro de 2014. Para a coleta de dados foi utilizado o diagnóstico situacional, a estimativa rápida participativa além de reuniões com a equipe da ESF. Neste trabalho será utilizado o Método Simplificado do Planejamento Estratégico Situacional-PES (CAMPOS, 2010). Será realizada ainda, uma revisão de literatura, com busca nas bases de dados Literatura Latino-Americana em Ciências da Saúde (LILACS), Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDILINE), Scientific Electronic Library Online (SciELO), utilizando os seguintes descritores: Estratégia Saúde da Família; hipertensão, exercício, esforço físico; publicados no período de 1997 a 2014, além de livros textos sobre o tema.

3 REVISÃO DE LITERATURA

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial (PA). A hipertensão arterial é, portanto, definida como uma pressão arterial sistólica maior ou igual a 140 mmHg e uma pressão arterial diastólica maior ou igual a 90 mmHg, em indivíduos que não estão fazendo uso de medicação anti-hipertensiva (SBC, 2010).

No Brasil, em torno de 35% da população adulta é hipertensa. Considerando somente a população idosa, este número dobra. É a principal causa do acidente vascular encefálico, sendo, então, a grande causa de morte neste país. Em 2001, cerca de 309 mil óbitos ocorreram no Brasil por causas cardiovasculares, segundo a Sociedade Brasileira de Cardiologia. Por manter-se assintomática por anos, muitas vezes manifesta-se inicialmente como um evento fatal. Haja vista o seu caráter crônico e incapacitante, podendo deixar seqüelas para o resto da vida, possui grande importância previdenciária. Dados do Instituto Nacional de Seguro Social demonstram que 40% das aposentadorias precoces decorrem delas (INSS, 2001).

Existem várias causas de hipertensão arterial, porém a mais comum é a Essencial ou Primária, em que não há um fator causal único, mas sim um conjunto de fatores, muitas vezes associados ao estilo de vida do paciente, como obesidade, sedentarismo, diabetes melito. Apesar de anteriormente ser considerada uma “doença de idoso”, hoje tem surgido inclusive em crianças, mesmo a forma primária, justamente pelos maus hábitos alimentares e falta de exercício físico. Outro tipo de hipertensão arterial é a secundária, causada por alguma alteração intrínseca do paciente, como nefropatias, tumores endócrinos, alterações vasculares. A forma Essencial não possui cura, apenas controle terapêutico, já a secundária, por ter uma causa bem definida, a hipertensão arterial poderá ser revertida, após controle da doença de base (SBC, 2010).

O excesso de massa corporal é um fator predisponente para a hipertensão, podendo ser responsável por 20% a 30% dos casos de hipertensão arterial e 75% dos homens e 65% das mulheres apresentam hipertensão diretamente atribuível a sobrepeso e obesidade (OMS, 1997)

Simonetti e Batista (2002) observaram que os fatores de risco não controlados pela maioria dos indivíduos com hipertensão são a alimentação gordurosa (75,0%) e vida sedentária (81,2%). Estima-se que a prevalência do sedentarismo seja de até 56% nas mulheres e 37% nos homens, na população urbana brasileira.

Hasselmann *et al.* (2008) mostraram que mulheres eutróficas com valores elevados de circunferência abdominal (>88cm) possuíam o dobro de risco para elevação da pressão arterial.

Os maus hábitos de vida estão intimamente envolvidos na gênese de aterosclerose, que pode ser considerada um dos principais precursores das doenças cardiovasculares. A atividade física é benéfica por provocar a diminuição da resistência vascular periférica, potencializar as funções epiteliais e induzir a mudanças na estrutura da microcirculação do organismo (SIMONETTI, 2002).

O arsenal terapêutico na HAS é vasto. Existem várias medicações, recomendações, alterações na rotina do paciente que podem ser usados na terapêutica. Contudo, na maioria das vezes, há uma baixa adesão a essas medidas e a necessidade de medicação é maior, gerando efeitos colaterais importantes, como a hipotensão ortostática, disfunção sexual, alterações no controle glicêmico e lipídico, e suas consequências, como as quedas, baixa autoestima, diabetes e dislipidemia, respectivamente. Dificilmente, um paciente hipertenso que necessita de medicação para controle dos níveis pressóricos usará apenas uma medicação, normalmente são duas ou mais. Há uma falsa idéia de que é só tomar a medicação regularmente que se controla a pressão. A medida mais eficaz para tal patologia é uma vida saudável, com controle do peso, alimentação pobre em gorduras saturadas, baixo teor de sal, exercício físico regular. A escolha da medicação ideal dependerá do perfil do paciente e de suas comorbidades, além da condição financeira. O uso da medicação deverá ser contínuo, a PA aferida rotineiramente com correta técnica (SIMONETTI, 2002).

Sobre exercício físico, recomenda-se a prática de pelo menos 150 minutos semanais, distribuídos a critério do paciente. Segundo Silva, Rodrigues e Machado (2008), os exercícios sugeridos devem ser predominantemente aeróbios, com intensidade de leve a moderada (40 a 60% da captação máxima de oxigênio), com frequência cardíaca entre 60 a 80% da máxima e duração de 30 a 60 minutos por dia, no mínimo três vezes por semana. Se seguidas essas indicações, é esperada uma diminuição de 10 a 20 mmHg (milímetros de mercúrio) na pressão arterial sistólica e entre 5 a 15 mmHg para a pressão diastólica. A prática regular de atividade física provoca adaptações fisiológicas no sistema cardiovascular, como o aumento do volume de oxigênio máximo e conseqüentemente a diminuição da pressão arterial, conforme esses autores.

Fagard (2005), em uma revisão, demonstrou que níveis elevados de exercício físico de lazer reduzem em aproximadamente 30% a incidência de HAS. Mesmo as

atividades físicas ocupacionais podem ter efeito benéfico no controle pressórico, embora seja tema ainda inconclusivo, com divergência na literatura. Observou-se redução de 12% do risco de HAS quando o tempo de caminhada para o trabalho aumentava 10 min. No trabalho, a exercício físico regular pode influenciar também positivamente na pressão arterial frente ao estresse mental/físico.

Sabe-se que um paciente que anteriormente em uso de medicação para hipertensão pode, através das mudanças do estilo de vida, obter um controle tão bom dos níveis pressóricos a ponto de não ser mais imprescindível o uso de fármacos para adequado controle. Contudo, não é muito rotineira tal situação, justamente pela multifatorialidade da HAS.

A importância da atividade física é comprovada em várias doenças, em várias especialidades, desde oncologia à psiquiatria e no controle da HAS, ela é mais do que uma medida complementar. É obrigatória antes do que qualquer medida farmacológica.

É importante ressaltar, no entanto, que, como qualquer conduta terapêutica, uma parcela da população hipertensa (cerca de 25%) não responde com redução da PA ao treinamento aeróbico, o que parece se associar a mudanças genéticas do sistema renina-angiotensina-aldosterona (JONES *et al.*, 2006).

4 PLANO DE AÇÃO

Após avaliação criteriosa dos problemas encontrados através da estimativa rápida participativa, foi observado que várias situações devem ser revistas e a equipe de saúde deve propor medidas de enfrentamento dos mesmos. Foi observado um aumento nos os casos de neoplasias malignas, diabetes mellitus, assassinatos, novos casos de doenças sexualmente transmissíveis, desordens psicológicas. Porém o controle da hipertensão, definido como níveis abaixo de 140/90 mmHg, é o maior desafio da UBS Major Prates, visto que Níveis pressóricos elevados têm repercutido negativamente nos índices de eventos cardiovasculares no território, sendo apontado ainda como a principal causa de morbimortalidade na região conforme dos dados do Siab disponíveis na própria unidade.

Segue no quadro 1 os problemas identificados e seu grau de importância na elaboração de propostas de intervenção:

Quadro 1- Problemas encontrados na ESF Major Prates III.

Problemas	Importância	Capacidade de Enfrentamento	Seleção
Hipertensão arterial	Alta	Parcial	1
Diabetes Mellitus	Alta	Parcial	2
Doenças sexualmente transmissíveis	Alta	Parcial	3
Neoplasias malignas	Alta	Parcial	4
Desordens psicológicas	Alta	Parcial	5

Fonte: Elaboração própria.

4.1 Descrição do problema

O tema escolhido pela equipe foi Hipertensão arterial pela alta prevalência na área de abrangência, pela baixa adesão ao tratamento, pelo fato da população acreditar que somente a medicação vai resolver o problema do controle da pressão arterial, pela ausência de

informação da doença, dificuldade de seguir dieta adequada, o que contribui para complicações da doença.

4.2 Justificativa

O crescimento progressivo na prevalência das doenças cardiovasculares impõe a necessidade de se desenvolver e programar estratégias populacionais de prevenção dos múltiplos fatores de risco que levam a desfechos primários relacionados.

Sendo assim, vale ressaltar que a HAS é uma doença comum, com alta prevalência na área de abrangência da ESF Major Prates III. A HAS também é responsável pelo desenvolvimento de doenças cardiovasculares, como o acidente vascular encefálico, um quadro encontrado múltiplas vezes dentre os pacientes da ESF e nefropatias crônicas. O conhecimento da doença, seus fatores de risco, alimentação adequada, manutenção e tratamento são importantes para um controle e redução das complicações agudas e crônicas, evidenciando a importância de um plano de ação que foque nas mudanças dos hábitos de vida e fornecimento de informações de qualidade e estímulo a manutenção dos tratamentos propostos.

4.3 Identificação dos nós críticos

Durante reunião com a equipe foram apresentados os fatores mutáveis no tratamento da HAS, que foram o tabagismo, etilismo, sedentarismo, obesidade, estresse e dislipidemias. Sabe-se que o tratamento da HAS é multifatorial e que a falta de atividade física é um dos principais motivos do difícil controle da PA. Boa parte da população toma somente as medicações para o controle da HAS, não intervindo em nenhum dos outros fatores de risco, pois não existe nenhum programa fixo ou regular de incentivo para melhorias na qualidade de vida e nos hábitos da população local. Foram identificados então os nós críticos:

- 1) Baixa escolaridade da população (não entendimento da orientação/prescrição);
- 2) Hábitos de vida ruins (alimentação inadequada, ausência de atividade física, tabagismo);
- 3) Falta de medicamentos na unidade de saúde;

4) Ausência ou pouca de informação sobre a doença.

Após estudo da literatura e uma criteriosa análise das possibilidades de intervenção ao alcance da equipe da ESF e dos nós críticos, foi escolhido intervir na obesidade e sedentarismo, e no baixo nível de conhecimento da população a cerca da HAS através de um projeto que promovesse a prática regular de exercícios físicos para a comunidade que fosse gratuito, de fácil execução e baixo orçamento para a equipe, além de grupos de educação em saúde voltados para temas específicos.

4.4 Desenho das operações e construção do plano operativo

O objetivo dessa intervenção é melhorar os níveis pressóricos através da prática de exercícios físicos, não necessariamente obter a normotensão. Basicamente, a equipe irá estimular tal prática na população, fiscalizar a adesão, convocar os faltosos e avaliar os resultados. Ao lado da UBS, existe uma ampla praça com “Academia ao ar livre”, a qual será usada em horários e dias fixos pela população hipertensa do projeto, auxiliada pela equipe, com autorização da prefeitura. Parte da equipe também conduzirá parte restante da população do estudo para uma caminhada ao redor da praça, visto que não há aparelhos suficientes na academia. Sendo assim, os participantes farão caminhadas na praça duas vezes por semana e atividade de baixa intensidade nos aparelhos uma vez por semana, com 50 minutos de duração em cada dia. Todos hipertensos deverão possuir o Cartão do Hipertenso, então a prefeitura deverá disponibilizar mais cartões, visto que nem todos os possuem. Como é constituída por pessoas com comorbidades, a população do projeto deverá ser avaliada pelo médico da equipe ou assistente para permitir a prática de atividade física. Para que a equipe possa acompanhar o exercício físico dos participantes, sob a orientação de um profissional de educação física, será feita uma requisição à secretaria municipal de saúde para a contratação de profissional de educação física, visto que a unidade não conta com este recurso.

Os agentes comunitários deverão fazer o convite pessoalmente à população para a participação no estudo, com auxílio também do centro comunitário na divulgação. Os pacientes deverão preencher um termo de recusa ou adesão ao projeto. Dois ACS ficaram a cargo da população nos aparelhos de ginástica, dois outros agentes conduzirão a caminhada na praça e os outros dois agentes darão suporte aos quatro anteriores e a serviços internos da UBS. O profissional de educação física ficará responsável em prescrever os exercícios físicos

e auxiliará no monitoramento da execução dos mesmos. Para aferição da PA, a técnica em enfermagem será a responsável, com auxílio da enfermeira, quando necessário, pois a enfermeira deverá manter os serviços internos da unidade em sua maior parte do tempo. O médico manterá suas atividades na unidade. Ao final de cada semana, a equipe reunirá para discutir questões relativas ao estudo. Embora seja um plano elaborado pelo médico, sua participação direta não é fundamental para se obter os resultados desejados. Mas será o responsável por acompanhar a execução, por solucionar os problemas surgidos e motivar os profissionais envolvidos. Seque abaixo quadro com o plano operativo explicado por partes.

Quadro 2- Plano Operativo.

Operações	Resultados	Produtos	Responsável	Prazos
Educação em saúde para ofertar informação de qualidade.	População informada sobre a importância na mudança dos hábitos de vida e aderindo melhor aos tratamentos propostos.	Grupos educativos quinzenais com a população hipertensa. Oferta de informação durante os atendimentos médicos e de enfermagem.	Médico Enfermeira Dentista	As atividades já fazem parte da rotina de trabalho da ESF, sendo conhecido como grupos de Hiperdia.
Grupos de tabagistas	População estimulada e animada para parar de fumar.	Grupos de orientações, aconselhamentos e compartilhamento de experiências. Prescrição de medicações anti-fumo.	Médico Enfermeira Dentista Fisioterapeuta Fonoaudióloga	1 semana para o início das atividades. As atividades terão duração de 2 meses, visto que o curso de tabagistas se divide em 4 módulos, e conforme os resultados, serão expandidas para um programa da própria rotina de trabalho da ESF.

Capacitação dos agentes comunitários de saúde	Agentes bem preparados para informar a população sobre o controle da HAS através de mudanças nos hábitos de vida.	Capacitação mensal sobre a HAS e mudanças nos hábitos de vida com entrega de folders explicativos	Médico Enfermeira	1 mês para o início das atividades. As atividades terão duração de 1 mês.
Grupos de controle de peso	População perdendo peso e melhorando qualidade de vida.	Roda de conversa quinzenal sobre controle de peso através de mudanças na alimentação e prática regular de exercícios físicos.	Médico Enfermeira Nutricionista Fisioterapeuta	1 semana para o início das atividades. As atividades terão duração de 3 meses e conforme os resultados, serão expandidas para um programa da própria rotina de trabalho da ESF.
Grupos de caminhadas e exercícios matinais	População praticando exercícios físicos regularmente, melhor controle da pressão arterial	Programa de caminhada saudável, exercícios aeróbicos e nos aparelhos da academia ao ar livre.	ACS Médico Enfermeira Profissional de educação física (a contratar)	1 mês para o início das atividades. As atividades terão duração mínima de 3 meses e conforme os resultados, serão expandidas para um programa da própria rotina de trabalho da ESF.

Fonte: Elaboração própria.

4.5 Recursos necessários: identificação dos recursos críticos.

Quadro 3- Recursos críticos.

Operação/projeto	Recursos Críticos
Educação em saúde para a população	<p>Político: empréstimo de data show.</p> <p>Financeiro: cópias de folders, lanche saudável para o fim da reunião, brindes para bingos.</p>
Grupos de tabagistas	<p>Político: medicação para abandonar tabagismo, cartilhas para grupo de tabagistas, data show.</p> <p>Financeiro: cópias de outros materiais educativos.</p>
Grupos de controle de peso.	<p>Político: empréstimo de data show, consultas de acompanhamento com endocrinologista e nutricionista.</p> <p>Financeiro: lanche saudável, material para aula de culinária saudável, cópias de folders explicativos, brindes para sorteios.</p>
Grupos de caminhadas e exercícios.	<p>Político: acompanhamento e treinamento de funcionários por um profissional de educação física capacitado.</p> <p>Financeiro: cópias de cartão de Hiperdia para todos os participantes, material de divulgação dos grupos.</p>

Fonte: elaboração própria.

4.6 Análise da viabilidade do plano

Quadro 4- Viabilidade do plano.

Operações/Projetos	Recursos Críticos	Controle dos Recursos Críticos		Ações Estratégicas
		Ator que controla	Motivação	
Educação em saúde para a população	Político: empréstimo de data show.	Secretaria de saúde	Favorável	Não é necessária
	Financeiro: cópias de folders, lanche saudável para o fim da reunião, brindes para bingos.	Secretaria de saúde	Favorável	
Grupos de tabagistas	Político: medicação para abandonar tabagismo, cartilhas para grupo de tabagistas, data show.	Secretaria de saúde	Favorável	Não é necessária
	Financeiro: cópias de outros materiais educativos.	Secretaria de saúde + setor de cópias da secretaria de saúde.	Favorável	
Grupos de controle de peso.	Político: empréstimo de data show, consultas de acompanhamento com endocrinologista e nutricionista.	Secretaria de saúde	Favorável	Não é necessária
	Financeiro: lanche saudável, material para aula de culinária saudável, cópias de folders explicativos, brindes	Secretaria de saúde	Favorável	

	para sorteios.			
Grupos de caminhadas e exercícios.	Político: acompanhamento e treinamento de funcionários por um profissional de educação física capacitado.	Secretaria de saúde	Favorável	Não é necessária
	Financeiro: cópias de cartão de Hiperdia para todos os participantes, material de divulgação dos grupos.	Recursos da prefeitura	Favorável	

Fonte: elaboração própria.

4.7 Gestão do plano

O projeto que ainda não foi iniciado, terá duração mínima de 3 meses e máxima de seis meses e os níveis pressóricos dos pacientes deverão ser aferidos semanalmente no repouso, com aparelhos calibrados, anotados nos cartões dos hipertensos e no caderno da equipe. Com o processo de reavaliação vamos verificar a evolução dos níveis pressóricos dos pacientes e analisar a influência do exercício físico. Por se acreditar que uma equipe unida e que discute os casos de seus pacientes é aquela mais resolutiva, a gestão do plano de intervenção proposto será realizada quinzenalmente através de reuniões com toda a equipe, discussão dos resultados observados, baseando-se nos relatos dos próprios pacientes durante as consultas de enfermagem, médicas ou as visitas domiciliares realizadas pelos ACS e a técnica, além de utilizar os registros das aferições das PAS dos pacientes. Ao final de todas as reuniões será feita uma planilha de acompanhamento dos resultados e novas intervenções propostas pela equipe durante a discussão, além de uma ata com todos detalhes.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os profissionais de saúde da UBS Major Prates sempre recomendam aos pacientes a realizar exercício físico rotineiramente, mas grande parte dos hipertensos não possui subsídio para tal, por vários motivos. Além de obter melhora da HAS, o principal objetivo a ser alcançado com o presente trabalho é estimular a mudança de atitude da população, torná-la “agente” no processo de saúde e não só “paciente”. Com isso, várias patologias podem ser prevenidas, expectativa de vida aumentada e diminuição dos gastos financeiros em saúde. Mudança no estilo de vida é uma opção barata, prazerosa e extremamente efetiva em melhorar a pressão arterial sistêmica. Espera-se que ao final do período seja verificada uma melhora nos níveis pressóricos e na qualidade de vida dos pacientes envolvidos no projeto.

REFERÊNCIAS

LOPES, A.C. **Clínica Médica**. 2ª edição. São Paulo: Rocca, 2006.

MARTINS, R.B; LIBÂNIO, J.C. Atlas do desenvolvimento humano no Brasil. **Atlas do desenvolvimento humano no Brasil**, 2003.

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

CORRADO, D *et al.* Cardiovascular pre-participation screening of young competitive athletes for prevention of sudden death: proposal for a common European protocol. **European heart journal**, v. 26, n. 5, p. 516-524, 2005.

FAGARD, R.H. Physical activity, physical fitness and the incidence of hypertension. **Journal of hypertension**, v. 23, n. 2, p. 265-267, 2005.

FUCHS, F.D.; MOREIRA, W.D.; RIBEIRO, J.P. Eficácia anti-hipertensiva do condicionamento físico aeróbio: uma análise crítica das evidências experimentais. **Arq. bras. cardiol**, v. 61, n. 3, p. 187-90, 1993.

HASSELMANN, M.H; *et al.* Associação entre circunferência abdominal e hipertensão arterial em mulheres: Estudo Pró-Saúde Association between abdominal circumference and hypertension among women: the Pró-Saúde Study. **Cad. Saúde Pública**, v. 24, n. 5, p. 1187-1191, 2008.

HAYASHI, T; *et al.* Walking to work and the risk for hypertension in men: the Osaka Health Survey. **Annals of internal medicine**, v. 131, n. 1, p. 21-26, 1999.

IBGE cidades: Montes Claros. Disponível em: <http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=314330&search=minas-gerais%7Cmontes-claros>. Atualizado em: 2013. Acesso em 17 mai 2014.

JONES, J.M. *et al.* Renin-angiotensin system genes and exercise training-induced changes in sodium excretion in African American hypertensives. **Ethnicity & disease**, v. 16, n. 3, p. 666, 2006.

MEDINA, F.L. *et al.* Atividade física: impacto sobre a pressão arterial. **Rev Bras Hipertens**, v. 17, n. 2, p. 103-6, 2010.

Prefeitura Municipal de Montes Claros. Disponível em: <http://www.montesclaros.mg.gov.br>.
Atualizado em: jan 2014 . Acesso em 17 mai 2014.

RONDON, M. U. P. B.; BRUM, P. C. Exercício físico como tratamento não-farmacológico da hipertensão arterial. **Rev Bras Hipertens**, v. 10, n. 2, p. 134-9, 2003.

SBC/SBH/SBN. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Arq Bras Cardiol** 2010; 95(1 supl. 1): 1-51.

SBC. I Diretriz Brasileira de Prevenção Cardiovascular. **Arq Bras Cardiol**. 2013; 101(6Supl.2): 1-63.

MONTEIRO, H.L. *et al.* Efetividade de um programa de exercícios no condicionamento físico, perfil metabólico e pressão arterial de pacientes hipertensos. **Rev Bras Med Esporte**, v. 13, n. 2, p. 107-12, 2007.

SIMONETTI, J.P.; BATISTA, L; CARVALHO, L.R. Hábitos de saúde e fatores de risco em pacientes hipertensos. **Rev Latino-am Enfermagem**, v. 10, n. 3, p. 415-22, 2002.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (OMS). Obesity: Preventing and managing the global epidemic: Report of the WHO Consultation of Obesity. Geneva: World Health Organization; 1997.