

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA FAMÍLIA

**HIPERTENSÃO COMO FATOR DE RISCO PARA
DOENÇAS CARDIOVASCULARES: PLANO DE AÇÃO
NO ÂMBITO DA ESF-GUAICUÍ**

Gilson Paulo Santos Nascimento

Corinto/MG

2011

Gilson Paulo Santos Nascimento

**HIPERTENSÃO COMO FATOR DE RISCO PARA
DOENÇAS CARDIOVASCULARES: PLANO DE AÇÃO
NO ÂMBITO DA ESF-GUAICUÍ**

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

Orientadora: Professora Ana
Cláudia Porfírio Couto.

Corinto/MG

2011

Gilson Paulo Santos Nascimento

**HIPERTENSÃO COMO FATOR DE RISCO PARA
DOENÇAS CARDIOVASCULARES: PLANO DE AÇÃO
NO ÂMBITO DA ESF-GUAICUÍ**

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

Orientadora: Professora Ana
Cláudia Porfírio Couto.

Banca Examinadora

Profª Ana Cláudia Porfírio Couto

Profª Eulita Maria Barcelos

Aprovada em Belo Horizonte ____/____/____

AGRADECIMENTOS

A Deus, por mais uma conquista;

A minha orientadora Ana Cláudia Porfírio Couto, por compartilhar e dispor de seus conhecimentos;

A minha tutora Silmeiry, pelo entusiasmo e dedicação;

A minha esposa Michelle, pela paciência e incentivo durante toda a realização deste trabalho e do Curso;

A todos os colegas da Equipe de Saúde da Família de Guaicuí/Várzea da Palma, por acreditarem e participarem comigo desta construção, por todo o apoio;

RESUMO

Atualmente, sugere-se que mais de 80% dos casos de morte por doenças cardiovasculares estejam associados a fatores de risco já conhecidos. Por apresentarem grande relevância, vem sendo enfatizado o controle do diabetes mellitus, da obesidade, da inatividade física, do uso do tabaco, da hiperlipidemia e principalmente, da hipertensão arterial. Pacientes com estas patologias crônicas padecem ainda com outras doenças agudas que aparecem no decorrer das suas vidas, a chamada dupla carga das doenças, aumentando a morbimortalidade já tão grande para este grupo. Tanto estas condições crônicas como as agudas, surgem basicamente no nível da atenção primária, e devem ser tratadas, portanto, principalmente neste âmbito. No território adscrito da ESF- Guaicuí percebe-se claramente esta mesma realidade, onde mais de 50% dos seus pacientes Hipertensos cadastrados possuem alto risco para doenças cardiovasculares. Toda a extensão do problema supracitado mostra a necessidade de um planejamento estratégico multidisciplinar e de ações específicas por parte da equipe de saúde da família, com um acompanhamento sistematizado para cada grupo de risco, priorizando os grupos de e alto e muito alto risco, população mais sensível às complicações cardiovasculares. Neste sentido, buscou-se neste trabalho a elaboração de um plano de ação baseado nos principais fatores de risco para doenças cardiovasculares para o enfrentamento e acompanhamento junto aos usuários hipertensos da área de abrangência da ESF- Guaicuí. Através desse trabalho, foi possível conhecer as forças atuantes sobre o território o que permite que ações de promoção à saúde e prevenção de agravos sejam efetivadas, segundo as características sócio-econômicas e culturais locais, sempre buscando a atenção integral à saúde da população. Espera-se que o plano de ação proposto possa ser realmente efetivado em conjunto com a Gestão municipal, equipe de saúde e principalmente, com a participação da comunidade, proporcionando momentos de autonomia e governabilidade nos tratamentos de saúde, melhorando sua qualidade de vida.

Palavras- Chave: Hipertensão Arterial, Diagnóstico situacional, Plano de Ação

ABSTRACT

Currently, it is suggested that more than 80% of deaths from cardiovascular diseases are associated with known risk factors. By great relevance has been emphasized control of diabetes mellitus, obesity, physical inactivity, tobacco use, hyperlipidemia, and especially hypertension. Patients with these chronic diseases also suffer with other acute illnesses that appear in the course of their lives, the so-called Double burden or diseases, increasing morbidity and mortality already so large for this group. Both these chronic conditions such as acute, present mainly at the primary care level, and should be treated, therefore, especially in this area. Ascribed in the territory of the ESF-Guaicui it is clear this same reality, where more than 50% of its registered Hypertensives patients are at high risk for cardiovascular disease. Entire length of the above problem shows the need for a multidisciplinary and strategic planning of specific actions by the family health team, with a systematized follow-up for each risk group, priority groups and high and very high-risk population sensitive to cardiovascular complications. In this sense, we sought in this work to draw up an action plan based on major risk factors for cardiovascular disease monitoring and for dealing with users of hypertensive area of the ESF-Guaicui. Through this work, it was possible to know the forces acting on the territory which allows actions for health promotion and disease prevention to be effective, according to the socio-economic and cultural places, always looking for comprehensive health care for the population. It is expected that the proposed plan of action can actually be effected in conjunction with local management, health team and especially with the participation of the community, providing moments of autonomy and governance in health care, improving their quality of life.

Keywords: Hypertension, Diagnosis situational, Action Plan

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	06
2. OBJETIVOS.....	08
2.1 OBJETIVO GERAL.....	08
2.2 OBJETIVO ESPECÍFICO.....	08
3. METODOLOGIA.....	09
4. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	12
4.1 HISTÓRICO DO SUS.....	12
4.2 EDUCAÇÃO EM SAÚDE.....	17
4.3 HIPERTENSÃO ARTERIAL COMO FATOR DE RISCO PARA DOENÇASCARDIOVASCULARES.....	19
5. DIAGNÓSTICO SITUACIONAL.....	23
5.1 CARACTERIZAÇÃO DA ÁREA.....	25
5.1.1 ASPECTOS DEMOGRÁFICOS.....	25
5.1.2 ASPECTOS AMBIENTAIS.....	29
5.1.3 ASPECTOS SOCIO-ECONÔMICOS.....	31
5.1.4 ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS.....	31
5.1.5 RECURSOS DE SAÚDE.....	35
5.1.6 PRINCIPAIS PROBLEMAS DE SAÚDE IDENTIFICADOS NO TERRITÓRIO.....	36
5.1.7 INSTITUIÇÕES NA COMUNIDADE DA ESF-GUAICUÍ.....	37
5.1.8 OBSERVAÇÃO ATIVA.....	37
6. PLANO DE AÇÃO	38
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	47
REFERÊNCIAS.....	48

1. INTRODUÇÃO

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), as doenças cardiovasculares são responsáveis por 30% do total de mortes no mundo. A projeção da OMS é que esse grupo de doenças seja a primeira causa de morte em todos os países em desenvolvimento até 2011.

Atualmente, sugere-se que mais de 80% dos casos de morte por doenças cardiovasculares estejam associados a fatores de risco já conhecidos. São considerados mais importantes os fatores que apresentam alta prevalência em muitas populações; os que têm impacto independente e significativo no risco para doenças isquêmicas e acidente vascular cerebral; e os modificáveis ou passíveis de controle. Por apresentarem esses três critérios de relevância, vem sendo enfatizado o controle do diabetes mellitus, da obesidade, da inatividade física, do uso do tabaco, da hiperlipidemia e principalmente, da hipertensão arterial (VAN EYKEN E MORAES,2009).

Neste sentido, pode-se dizer que os fatores de risco para o desenvolvimento das doenças cardiovasculares estão aumentando em um ritmo alarmante. A hipertensão arterial, a diabetes, a obesidade infantil, associadas estão promovendo uma ascensão das doenças cardiovasculares. Estas situações pesaram no orçamento de países ricos e pobres (BRASIL,2003).

Conhecendo esta realidade podemos projetar para o Brasil, gastos incalculáveis para as próximas décadas. Essa mudança inegável destes problemas de saúde tem muito mais implicações e traz ameaças previsíveis e significativas para o país. As tendências epidemiológicas indicam que haverá aumentos das doenças cardiovasculares em todo o mundo, mas preferencialmente nos países em desenvolvimento (BRASIL,2009).

Corroborando com a realidade epidemiológica citada, destaca-se também a chamada dupla carga das doenças. Ou seja, além da sua doença crônica, o hipertenso, o diabético, etc, ainda sofre de doenças agudas que o

acometem no decorrer da sua vida, aumentando a morbimortalidade já tão grande para este grupo. Tanto estas condições crônicas como as agudas, surgem basicamente no nível da atenção primária, e devem ser tratadas, portanto, principalmente neste âmbito. No entanto, a maior parte da atenção primária está concentrada nos problemas agudos e nas necessidades mais urgentes dos pacientes.

No território adscrito da ESF- Guaicuí percebe-se claramente esta mesma realidade. O distrito possui aproximadamente 2.797 pessoas, e destas, 410 (SIAB,2011) possuem diagnóstico para hipertensão arterial.

Após estratificação de risco realizada durante implantação do Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde (PDAPS) verificou-se que mais que 50% destes, possuem alto risco para complicações cardiovasculares (graus III ou IV). Além disso, há um alto índice de pacientes que recorrem ao serviço de saúde com queixas cardiovasculares, desde angina, crise hipertensiva e até mesmo infarto agudo e Acidente vascular cerebral. Pelo Distrito, encontramos vários usuários sequelados por estas doenças que demandam assistência contínua dos profissionais do serviço.

Toda a extensão do problema supracitado mostra a necessidade de um planejamento estratégico multidisciplinar e de ações específicas por parte da equipe de saúde da família, com um acompanhamento sistematizado para cada grupo de risco, priorizando os grupos de e alto e muito alto risco, população mais sensível às complicações cardiovasculares.

O desafio representado pela implementação do SUS e da Estratégia de Saúde da Família, exige cada vez mais a utilização de ferramentas e tecnologias que facilitem a identificação dos principais problemas de saúde de nossas comunidades e a definição de intervenções eficientes e eficazes.

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Elaborar um plano de ação baseado nos principais fatores de risco para doenças cardiovasculares para o enfrentamento e acompanhamento junto aos usuários hipertensos da área de abrangência da ESF- Guaicuí.

2.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Realizar um diagnóstico situacional;
- Traçar um plano de ação;
- Propor medidas de monitoramento do plano de ação.

3. METODOLOGIA

3.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO

Trata-se de um estudo observacional do tipo transversal com uma abordagem descritiva sustentada em informações retiradas de bancos de dados e da literatura. Foi desenvolvido com o objetivo de se elaborar um plano de ação para enfrentamento da Hipertensão Arterial como principal fator de risco para doenças cardiovasculares na população adscrita da ESF- Guaicuí.

3.2 SUJEITOS E LOCAL DE ESTUDO

O distrito de Barra do Guaicuí possui aproximadamente uma população de 2.800 pessoas e faz parte do município de Várzea da Palma-MG. A população atual do município é de aproximadamente 37.000 habitantes. Estes são atendidos por 13 equipes de Saúde da Família, sendo 100% do seu território coberto. Pretendeu-se privilegiar os 441 hipertensos cadastrados na ESF- Guaicuí, propondo através de um planejamento estratégico sistemático elaborar um plano de ação multidisciplinar com objetivo de amenizar as complicações cardiovasculares tão presentes nesta população.

3.3 COLETA DE DADOS

Foram utilizados neste processo registros escritos ou presentes nos bancos de dados do município (SIAB, SAI, DATASUS etc.) e a observação ativa do pesquisador. Para tal foram seguidos os princípios estabelecidos por Faria et al (2010, p. 42): não coletar dados excessivos ou desnecessários; adaptar as investigações para que elas reflitam as condições e especificidades locais e envolver a população e suas características na definição e identificações de seus problemas.

As experiências, particularmente em áreas urbanas, sugerem que para se desenvolver um plano de ação consistente, o perfil de planejamento deve contemplar os seguintes blocos de informação que estão sintetizados no esquema seguinte:

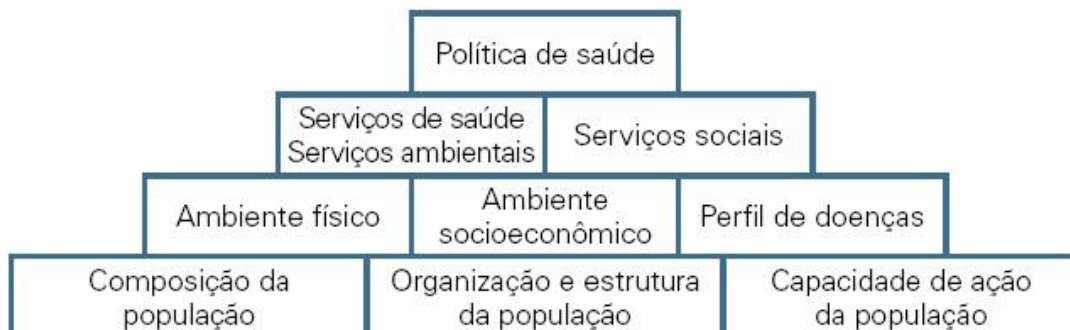


Figura 1 - Blocos de informações para um perfil de planejamento.

3.4 INSTRUMENTOS

Como instrumentos foram utilizados os métodos de planejamento estratégico, diagnóstico situacional e construção de plano de ação propostos na unidade didática I, modulo III, oferecidos durante o curso de especialização em Atenção Básica da Universidade Federal de Minas Gerais. Assim pretendeu-se realizar um planejamento que permitisse se alcançar os objetivos propostos, fazendo-os de forma participativa, compartilhando diversos saberes e com diferentes ações (FARIA, 2010).

Uma análise situacional é o conhecimento sobre o modo como é produzida determinada situação. Essa explicação ou análise é sempre parcial e múltipla. Necessariamente, ela é dependente de quem analisa, para que analisa, a partir de qual posição e frente a quem constrói essa análise (FARIA,2010). Esse diagnóstico é importante durante a elaboração do plano ação e das estratégias.

Sendo assim, o Plano de Ação é necessário, pois deve servir como referência para o acompanhamento da execução das ações, a correção de rumos e a avaliação dos resultados alcançados em relação aos objetivos

propostos, provocando, assim, um movimento processual do planejamento envolvendo todos os seus atores sociais.

4. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

4.1 HISTÓRICO DO SUS (SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE)

O quadro de desigualdades econômicas e sociais que caracteriza a sociedade brasileira tem expressão na área da Saúde, tanto nos aspectos epidemiológicos como nas condições de acesso às ações e serviços. Tal conjuntura também interfere na configuração institucional do Sistema de Saúde, que, desde o início do século até a década de 80, foi marcado pela exclusão e pela reprodução das desigualdades sociais e caracterizado por um padrão institucional dual que distinguia e separava “Saúde Pública” e “Medicina Previdenciária” (AMORIM, 2008).

O Ministério da Saúde, ao qual estavam vinculadas as instituições responsáveis pelo controle de endemias, ações de vigilância sanitária e controle de doenças transmissíveis, era responsável pelas ações de Saúde Pública. A assistência médico-hospitalar era disponibilizada, no âmbito do setor público, apenas os segurados do sistema de Previdência Social, integrados ao mercado formal de trabalho. A legislação que regulamentou O Sistema Nacional de Saúde, em 1975, consagrou essa divisão entre “ações de alcance coletivo”, de Saúde Pública, com caráter sanitário e preventivo, sob responsabilidade do Ministério da Saúde e “ações individuais”, de natureza curativa a cargo do Ministério da Previdência e Assistência Social (BRASIL, 2003).

O movimento da Reforma Sanitária nasceu no meio acadêmico no início da década de 70, como forma de oposição técnica e política ao regime militar, sendo abraçado por outros setores da sociedade e pelo partido de oposição da época. Na década de 80, com a ampliação da organização popular e a

emergência de novos atores sociais, o processo de redemocratização do País produziu a ampliação das demandas sobre o Estado e desencadeou um forte movimento social pela universalização do acesso e pelo reconhecimento da saúde como um direito universal e dever do Estado (BRASIL, 2007).

O Movimento da Reforma Sanitária reuniu atores diversificados em batalha política pelo reconhecimento da saúde como direito social, pela universalização do acesso aos serviços de saúde e pela Integralidade da atenção à saúde, na luta mais ampla pela construção da cidadania que marcou o final do regime militar (BRASIL, 2007)

A realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, foi um marco na história da saúde uma vez que reuniu pela primeira vez uma gama diversificada de representantes sociais de todo o País, e, além disso, resultou na ampla legitimação dos princípios e da doutrina do Movimento da Reforma Sanitária (BRASIL, 2003).

Como consequência desse fortalecimento político, o Movimento conquistou a incorporação desses princípios ao texto constitucional de 1988, bem como a determinação da responsabilidade do Estado na provisão das ações e serviços necessários à garantia desse direito, mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e assegurem o acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação da saúde (BRASIL, 2003).

Para assegurar esse direito, a Constituição de 1988 criou o Sistema Único de Saúde (SUS), sistema público descentralizado, integrado pelas três esferas do governo, que foi regulamentado pelas Leis Orgânicas da Saúde (Leis n.º 8.080/90 e n.º 8.142/90). O SUS é constituído pelo conjunto de ações e serviços de saúde prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais e, complementarmente, por iniciativa privada que se vincule ao Sistema. (BRASIL, 2003).

Apesar das dificuldades enfrentadas, a implementação do dispositivo constitucional que criou o SUS ganhou crescente apoio político na década de 90, o que viabilizou as mudanças institucionais e descentralização do sistema de saúde.

Os resultados desse esforço começam a ser percebidos. Em 1999, 97% dos municípios brasileiros já assumiam responsabilidades na gestão do sistema de saúde e eram responsáveis pela operação de quase 62% dos estabelecimentos de saúde existentes no País, predominantemente direcionados à provisão de serviços de atenção básica. Essa maior proximidade entre os beneficiários da política de saúde e o lócus de decisão tem permitido responder melhor a quadros epidemiológicos loco-regionais, adequar as ações às necessidades da população, ampliar a cobertura e disponibilizar serviços a áreas antes desprovidas (BRASIL, 2003).

Muitos avanços – reiterados nas Conferências Municipais de Saúde – foram conquistados palmo a palmo, pelas gestões municipais, estaduais e federal. Entre esses avanços destacam-se o fortalecimento da rede pública de serviços de saúde em todos os níveis de complexidade, principalmente os de Atenção Básica e a aprovação da Política Nacional de Atenção Básica, pela Portaria n.º 648/GM de 28 de Março de 2006, que estabelece a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o PACS- Programa Agentes Comunitários de Saúde (BRASIL, 2007)

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2005), a Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde.

É 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 bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território

em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território (AMORIM, 2008).

É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social.

A Atenção Básica considera o sujeito em sua singularidade, na complexidade, na integralidade e na inserção sócio-cultural e busca a promoção de sua saúde, a prevenção e tratamento de doenças e a redução de danos ou de sofrimentos que possam comprometer suas possibilidades de viver de modo saudável (AMORIM, 2008).

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) faz parte de uma estratégia desenvolvida para promover mudanças no modelo de assistência à saúde do país (BRASIL, 2003). Pode-se dizer que o papel primordial da saúde da família é propiciar a reorganização da assistência à saúde a partir da atenção básica através da reestruturação do processo de trabalho nos centros de saúde e inserção de novos saberes e práticas no cotidiano destes serviços. Desta forma, a ESF, pelas características de sua organização – alta cobertura, presença do ACS, conhecimento sobre as necessidades locais, profissionais generalistas, jornada de trabalho integral, etc. – seria um potencializador da efetiva implementação dos princípios do SUS: integralidade, universalidade e equidade.

O modelo de assistência à saúde da ESF deve desenvolver ações de promoção e proteção à saúde do indivíduo, da família e da comunidade, através de equipes de saúde, que fazem o atendimento na unidade local de saúde e na comunidade, no nível da atenção primária (BRASIL, 2003).

A ESF deve ser a principal porta de entrada para a população a ele adscrita. Para isto, as equipes precisam estabelecer estratégias de atender a

demanda espontânea, devendo ainda, se fazer valer do dispositivo do acolhimento, ampliando o acesso e viabilizando atenção integral e multidisciplinar (AMORIM,2008).

Este é um grande desafio, tanto para os profissionais, quanto para os gestores que demandará o uso de ferramentas de planejamento e da programação na organização do trabalho. Acredita-se que o primeiro passo é que as equipes conheçam a população sob sua responsabilidade, seus riscos, trabalhando com base epidemiológica, e consigam priorizar grupos mais vulneráveis. Na sua programação devem ainda possibilitar a entrada no sistema de indivíduos que não apresentem problemas tão estruturados, mas novas necessidades em saúde. Ao mesmo tempo, as equipes devem se organizar para realizar ações de prevenção e vigilância em sua área de abrangência. (BELO HORIZONTE, 2006).

O ministério da saúde (BRASIL, 2000) afirma que um novo modelo assistencial deve incorporar e superar os modelos até então vigentes e expõe que isso implica na redefinição do objeto, dos meios de trabalho, das atividades, das relações técnicas e sociais, bem como das organizações de saúde e da cultura sanitária.

Deve haver, então, a superação da dicotomia entre as chamadas práticas coletivas (vigilância epidemiológica e sanitária) e as práticas individuais de saúde (assistência ambulatorial e hospitalar) através da incorporação de conhecimentos da nova geografia, do planejamento urbano, da epidemiologia, da administração estratégica e das ciências sociais em saúde, tendo como suporte político institucional a descentralização e a reorganização dos serviços e das práticas de saúde ao nível local (MENDES, 2001).

A transição do paradigma assistencial depende fundamentalmente da mudança de postura dos trabalhadores de saúde em relação ao processo de adoecimento, cura, prevenção de doenças e promoção da qualidade de vida da população (AMORIM, 2008).

Sabe-se que a postura do profissional é fortemente influenciada pelos conceitos, práticas e concepções da instituição de ensino responsável pela sua formação e que nem sempre a realidade da população está em sintonia com as teorias formuladas nos laboratórios de pesquisa das grandes Universidades.

De acordo com Mendes (2001), os saberes da Academia, antes absolutos, dão agora espaço a contra - saberes, formatados em novos contextos, sob novos paradigmas.

Percebe-se então a necessidade de que os profissionais de saúde, ainda em sua formação, sejam colocados em contato com a realidade na qual estão inseridos os seus futuros clientes, para que desta maneira sejam capazes de compreender as peculiaridades que tornam a saúde humana condicionada e condicionante do meio ambiente que a permeia (BRASIL, 2000).

4.2 EDUCAÇÃO EM SAÚDE

A educação em saúde pode ser entendida como um recurso por meio do qual o conhecimento cientificamente produzido no campo da saúde, intermediado pelos profissionais de saúde, atinge a vida cotidiana das pessoas, considerando que a compreensão dos condicionantes do processo saúde-doença oferece subsídios para a adoção de novos hábitos e condutas de saúde (ALVES, 2005).

De acordo com Costa e Lopes (2006) a educação em saúde constitui um conjunto de saberes e práticas orientadas para a prevenção de doenças e a promoção da saúde. MacDonald & Warren (2002) afirmam que a educação não é um mero componente da Atenção Primária à Saúde. Antes disto, esta é, em sua totalidade, um processo eminentemente educativo na medida em que se

baseia no encorajamento e apoio para que as pessoas e grupos sociais assumam um maior controle sobre sua saúde e suas vidas.

Acredita-se que a atenção básica é um espaço privilegiado para o desenvolvimento de práticas educativas em saúde. Isso se justifica pela particularidade destes serviços, caracterizados pela maior proximidade com a população e a ênfase nas ações preventivas e promocionais.

No âmbito da ESF, a educação em saúde figura como uma prática prevista e atribuída a todos os profissionais que compõem a equipe de saúde da família. Espera-se que esta seja capacitada para assistência integral e contínua às famílias da área adstrita, que identifique situações de risco à saúde na comunidade assistida, que enfrente em parceria com a comunidade os determinantes do processo saúde-doença e desenvolva processos educativos para a saúde, voltados à melhoria do auto-cuidado dos indivíduos (BRASIL, 2005).

No que tange as práticas educativas em saúde pode-se reconhecer pelo menos duas metodologias de abordagem: o modelo tradicional e o modelo dialógico (ALVES, 2005).

O modelo tradicional, historicamente hegemônico, focalizado na doença e na intervenção curativa e fundamentado no referencial biologicista do processo saúde-doença, preconiza que a prevenção das doenças prima pela mudança de atitudes e comportamentos individuais (SMEKE; OLIVEIRA, 2003). As estratégias desta prática educativa em saúde incluem informações verticalizadas que ditam comportamentos a serem adotados para a manutenção da saúde. Os usuários são tomados como indivíduos carentes de informação em saúde (BRICEÑO-LÉON, 2005).

Desta maneira, a relação estabelecida entre profissionais e usuários é essencialmente assimétrica, uma vez que um detém um saber técnico-científico, com status de verdade, enquanto o outro precisa ser devidamente informado.

O modelo dialógico tem o diálogo como seu instrumento essencial e reconhece o usuário do serviço de saúde como um sujeito portador de um saber sobre o processo saúde-doença-cuidado, capaz de estabelecer uma interlocução dialógica com o serviço de saúde e de desenvolver uma análise crítica sobre a realidade e o aperfeiçoamento das estratégias de luta e enfrentamento. Segundo Alves (2005), em um modelo dialógico e participativo, os profissionais e os usuários, atuam como iguais, ainda que com papéis diferenciados.

O objetivo da educação dialógica não é o de informar para saúde, mas de transformar saberes existentes. A prática educativa, nesta perspectiva, objetiva o desenvolvimento da autonomia e da responsabilidade dos indivíduos no cuidado com a saúde, porém não mais pela imposição de um saber técnico-científico detido pelo profissional de saúde, mas sim pelo desenvolvimento da compreensão da situação de saúde (ALVES, 2005).

Considera-se que as ações educativas em saúde tanto podem ser formais e desenvolvidas nos espaços convencionais dos serviços, com realização das palestras e distribuição de cartilhas e folhetos, como também podem ser informais, desenvolvida nas ações de saúde cotidianas.

De acordo com Smeke & Oliveira (2003) todo profissional de saúde é um educador em saúde em potencial, sendo condição essencial à sua prática seu próprio reconhecimento enquanto sujeito do processo educativo, bem como o reconhecimento dos usuários enquanto sujeitos em busca de autonomia.

4.3 HIPERTENSÃO ARTERIAL COMO FATOR DE RISCO PARA DOENÇAS CARDIOVASCULARES.

Devido à relevância das doenças cardiovasculares no perfil de morbimortalidade mundial, em 2002 a OMS reafirmou como estratégia

fundamental para a redução do problema o monitoramento e vigilância das doenças cardiovasculares e de seus principais fatores de risco, como a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e o diabetes (VAN EYKEN E MORAES, 2009).

Estas doenças são altamente prevalentes na população brasileira, tornando-se fatores relevantes na morbidade e mortalidade por doenças crônico-degenerativas, principalmente as doenças cardiovasculares. A avaliação da qualidade de vida de indivíduos hipertensos é um fator determinante para avaliar a sua melhora após o início do tratamento, bem como identificar alterações causadas pela doença e seu tratamento (SOUZA, 1999).

Na doença hipertensiva em questão, quando não tratada, resultam duas formas de acometimento vascular degenerativo. Primeiramente, aquelas diretamente associadas à hipertensão por si própria, podendo ser encaradas como complicações da história natural da doença hipertensiva. Em outro plano, situam-se as alterações degenerativas do sistema vascular de natureza aterosclerótica que são agravadas ou aceleradas pela hipertensão arterial, particularmente, a doença arterial coronariana, pela sua elevada incidência. Neste contexto, a doença hipertensiva constitui importante fator de risco para o desenvolvimento da doença aterosclerótica (SIMOES E SCHMIDT, 2002).

Neste sentido, é relativamente, bem conhecido na prática clínica que regime pressórico persistente elevado ao longo do tempo, mesmo naqueles indivíduos assintomáticos, resulta em importante morbidade e mortalidade decorrentes de doenças cardiovasculares.

Para Lotufo (1998), estas complicações vasculares hipertensivas podem apresentar evolução fatal conseqüente à insuficiência renal, insuficiência cardíaca e acidente vascular cerebral hemorrágico.

No contexto da saúde pública, a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) representa um grave problema, sendo a enfermidade desconhecida por muitos

pacientes e seu tratamento negligenciado frequentemente por aqueles que conhecem o diagnóstico. A dificuldade para adesão ao tratamento provavelmente é decorrente do curso assintomático da patologia e da necessidade de tratamento complexo por toda a vida (SOUZA, 1999).

Este fato parece justificar um aspecto clínico pouco compreendido da associação entre HAS e doença arterial coronariana que é o aumento da ocorrência de infarto miocárdico assintomático. Em indivíduos hipertensos do gênero masculino e feminino, 35% e 45%, respectivamente, dos infartos não são reconhecidos clinicamente. Considerando-se que infartos assintomáticos acarretam um prognóstico, em longo prazo, tão sombrio quanto o infarto clinicamente expresso, a avaliação por equipe multidisciplinar periódica e realização de exames em períodos agendados em pacientes hipertensos, a fim de detectar infartos silentes e outras doenças, parece justificada (SIMOES E SCHMIDT, 2002).

Os mecanismos pelos quais a HAS contribui para o desenvolvimento da doença cardiovascular é complexo e, ainda, pouco entendido. Um aspecto fundamental da patogênese da aterosclerose que deve ser salientado é que, habitualmente, existem co-fatores aterogênicos interagindo, com efeito multiplicativo ao da eventual hipertensão arterial como a dislipidemia, intolerância à glicose, tabagismo e obesidade, ou seja, estão ligados diretamente ao estilo de vida da pessoa (VAN EYKEN E MORAES, 2009).

Contudo, parece claro que a HAS desempenha papel central nesse processo, uma vez que o processo aterosclerótico significativo, raramente, ocorre em segmentos do sistema circulatório com pressão baixa, tais como artérias pulmonares ou veias, a despeito da sua exposição aos mesmos fatores circulantes aterogênicos (LOTUFO, 1998).

Com o progredir da idade, os níveis pressóricos diastólicos perdem progressivamente o seu impacto sobre a mortalidade cardiovascular. O processo de envelhecimento se acompanha de elevação progressiva da pressão sistólica secundária ao enrijecimento da parede das artérias. Antes de

constituir-se em um processo benigno vinculado ao envelhecimento natural, o desenvolvimento da hipertensão arterial sistólica isolada em todas as idades, principalmente nas faixas etárias avançadas, é um determinante isolado de risco de eventos cardiovasculares (COSTARDI, 2004).

Para Van Eyken e Moraes (2009), parece ser claro haver uma razoável variabilidade individual quanto à propensão para desenvolvimento de doença cardiovascular mais agressiva em portadores de níveis semelhantes de hipertensão arterial. Para os autores, essa constatação sugere a necessidade de uma abordagem individual de aferição de risco de complicações cardiovasculares.

Numa abordagem clínica prática de avaliação do risco individual de um determinado paciente portador de hipertensão leve, deve-se levar em conta além da coexistência de outros determinantes de risco cardiovascular (gênero masculino, idade avançada, elevação dos lípides séricos, tabagismo e intolerância à glicose), a evidência de acometimentos de órgãos-alvo: vasos retinianos, coração, rins e circulação cerebral. Nesse contexto, é de particular interesse a detecção de acometimento cardíaco, principalmente da presença de hipertrofia ventricular esquerda (VAN EYKEN E MORAES, 2009).

Sem dúvida, o estilo de vida e o comportamento diário são elementos determinantes para o desenvolvimento dessas patologias, pois eles podem prevenir, iniciar ou agravar os problemas, como a HAS, e as complicações dela decorrentes. Comportamentos e padrões de consumo não saudáveis resultam de forma predominante no surgimento das doenças cardiovasculares. O tabagismo, a ingestão excessiva de alimentos não saudáveis, sedentarismo, abuso de bebidas alcoólicas e estresse social são as principais causas e fatores de risco para a HAS e conseqüentemente para as doenças cardiovasculares (SOUZA, 1999).

5. DIAGNÓSTICO SITUACIONAL DA AREA DE ABRANGÊNCIA DA ESF-GUAICUI.

Guaicuí veio a se constituir de dois arraiais, o da Manga e o da Porteira, distante um do outro cerca de três quilômetros.

Até 1720 a região estava sob o domínio da Bahia, pertencendo à Vila da Cachoeira. O arraial foi fundado em 1679 por Manuel de Borba Gato, componente da bandeira de Fernão Dias.

A localização do povoado às margens do Rio das Velhas com o São Francisco permitia fácil acesso navegável ao Sabarabussu, hoje Sabará, a Bahia e a Pernambuco.

Em 1775 foi o povoado elevado à categoria de Paróquia, sendo depois, em 1778, sede florescente do Julgado de Nossa Senhora do Bom Sucesso e Almas da Barra do Rio das Velhas, subordinado ao Arcebispado da Bahia.

Em 1845 já era freguesia e, por lei de 16 de outubro de 1861, passou a ser vila com 3.000 habitantes e seu nome foi mudado para Guaicuí.

Há mais de um século, J.J. da Rocha em Memórias Históricas de Minas Gerais, assim descrevia Guaicuí:

É terra de negócio, aonde ocorrem muitas embarcações de sal e couros de todas as qualidades, vindos dos sertões de Pernambuco e Bahia pelo São Francisco acima.

E se não fora infestado de grande epidemia das sezões, no tempo das vazantes, que ordinariamente padecem os seus habitantes, seria o paraíso do mundo. (PIRES, 1979, p. 302)

Contava Guaicuí com duas belas e importantes igrejas, obras dos jesuítas. A matriz da Barra, sob invocação de Nossa Senhora do Bom Sucesso

e Almas e a filial de Nossa Senhora do Rosário do Arraial da Porteira, distante poucos quilômetros. Muitos acreditam que o bandeirante Fernão Dias está sepultado ao fundo de uma dessas igrejas, hoje ruínas, pertencentes ao acervo histórico do distrito.

Curioso assinalar que foi Guaicuí um dos locais estudados para a mudança da capital de Minas, segundo Álvaro da Silveira (PIRES, 1979).

Já no século XX, até o ano de 1953, Várzea da Palma e Barra do Guaicuí figuravam como distritos de Pirapora. Porém, no dia primeiro de janeiro de mil novecentos de cinquenta e quatro (1954) reuniram-se em seção solene as autoridades, com numerosa assistência popular, com a finalidade de proceder a instalação do MUNICÍPIO DE VÁRZEA DA PALMA, criado nos termos do Artigo 9º, da Lei n.º 1.039, do dia 12 de dezembro de 1953, com jurisdição sobre as circunscrições que tem por sede esta localidade, que ora recebe os foros de cidade e mais o distrito de BARRA DO GUAICUÍ, que compõe o município. (PIRES, 1979)

Para definir os limites municipais citados na Lei 1.039, criou-se a dúvida quanto a permanência de Barra do Guaicuí no município de Pirapora. Devido a uma manobra política, foi votada na Câmara dos vereadores a inclusão do distrito de Guaicuí ao município de Várzea da Palma.

5.1 CARACTERIZAÇÃO DA ÁREA

Serão abordados a seguir alguns aspectos relevantes do diagnóstico situacional que possibilitam os profissionais conhecerem sua área de trabalho.

5.1.1 ASPECTOS DEMOGRÁFICOS

Faixa Etária	POPULAÇÃO SEGUNDO A FAIXA ETÁRIA NA ÁREA DE ABRANGÊNCIA DA EQUIPE ESF- GUAICUÍ, 2010	
	Número	%
Menor 1 ano	49	1,75
1 a 4 anos	194	6,93
5 a 6	119	4,25
7 a 9	208	7,43
10 a 14 anos	279	9,97
15 a 19 anos	323	11,54
20 a 39	927	33,14
40 a 49 anos	295	10,54
50 a 59	194	6,93
60 anos e +	209	7,47
Total	2.797	100

Fonte: SIAB/2010

A tabela demonstra que a população predominante segundo a faixa etária está entre 20 a 39 anos composta por 927 pessoas, seguida de 329 na faixa etária de 15 a 19 anos e 295 entre 40 a 49 anos e 209 pessoas idosas. Estabelecendo uma correlação da faixa etária com a hipertensão arterial estudos mostram que a medida que a pessoa envelhece há uma maior probabilidade de se tornar hipertenso do que em faixas etárias inferiores, não considerando os outros fatores predisponentes e sim só a idade.

Ocorre uma elevação progressiva da pressão sistólica secundária ao enrijecimento da parede das artérias. O desenvolvimento da hipertensão arterial sistólica isolada em todas as idades, principalmente nos faixas etárias avançadas, é um determinante isolado de risco de eventos cardiovasculares (COSTARDI, 2004).

“Estudos demonstram que 09 em cada 10 indivíduos a partir de 55 anos provavelmente desenvolverão hipertensão arterial durante sua vida tornando-se um dos maiores problemas de saúde pública” (MINAS GERAIS, 2006, p.145).

Serro-Azul e Paula, (1998) citados por Camargo Júnior, (2001, p.16) confirmam que

O aumento da idade independentemente representa um aumento no desenvolvimento das doenças cardiovasculares. A pressão sistólica aumenta progressivamente com a idade. Apesar de ser uma evolução natural observada com o decorrer da idade, este aumento une-se a um maior risco de morbidade e mortalidade cardiovascular mesmo na terceira idade onde a hipertensão arterial acomete mais da metade da população sendo que em grande parte, os diagnósticos são de hipertensão sistólica isolada.

**POPULAÇÃO SEGUNDO A FAIXA ETÁRIA NA ÁREA DE
ABRANGÊNCIA DA EQUIPE ESF- GUAICUÍ SEGUNDO O SEXO, 2010.**

Faixa Etária	Masculino	Feminino
	Número	Número
Menor 1 ano	23	26
1 a 4 anos	90	104
5 a 6	64	55
7 a 9	95	113
10 a 14 anos	137	142
15 a 19 anos	159	164
20 a 39	468	459
40 a 49 anos	140	155
50 a 59	103	91
60 anos e +	102	107
Total	1381	1416

Fonte: SIAB/2010

Considerando as faixas etárias de 15 a 60 anos e mais temos um número total de 972 homens e 976 mulheres, ocorrendo uma diferença de 04 mulheres a mais.

Em relação ao gênero masculino e feminino, estudos mostram que os infartos ocorrem em 35% dos homens e 45% nas mulheres. Em relação ao sexo também dados populacionais mostraram que até os 50 anos e 60 anos de idade, tanto o componente sistólico quanto o diastólico da pressão arterial aumentam gradualmente em ambos os sexos, em todas as raças e etnias, quando, então, a pressão arterial diastólica começa a declinar, enquanto a pressão sistólica aumenta, estando a pressão arterial relacionado à maior presença de eventos cardiovasculares (UNGER, PARATI, 2005).

“A prevalência global de HAS entre homens e mulheres é semelhante, embora seja mais elevada nos homens até os 50 anos, invertendo-se a partir da 5ª década” (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010, p.2)

Sugere-se que os hormônios ovarianos são responsáveis pela pressão mais baixa nas mulheres (durante o climatério) e com a chegada da menopausa a prevalência da pressão alta entre homens e mulheres tende a se aproximar (IRIGOYEN et al., 2003).

Segundo Lima & Nussbacher (1996) nas mulheres o surgimento de ocorrências de moléstias cardiovasculares aparecem cerca de 5 a 10 anos mais tarde que nos homens.

POPULAÇÃO SEGUNDO FAIXA ETARIA POR MICRO-AREA DA EQUIPE ESF-GUAICUI.

Faixa Etária	Micro 01	Micro 02	Micro 03	Micro 04	Micro 05	Micro 06	Total
Menor 1 ano	10	12	10	5	10	2	49
1 a 4 anos	33	37	35	17	47	25	194
5 a 6 anos	17	20	25	13	29	15	119
7 a 9 anos	25	38	42	30	43	30	208
10 a 14 anos	46	43	61	39	52	38	279
15 a 19 anos	63	51	61	44	56	48	323
20 a 39 anos	146	161	147	152	173	148	927
40 a 49 anos	61	60	46	45	51	32	295
50 a 59 anos	36	41	22	30	35	30	194
60 anos e +	47	23	29	39	21	43	209
Total	484	486	478	411	527	411	2797

5.1.2 ASPECTOS AMBIENTAIS

FAMÍLIAS COBERTAS POR ABASTECIMENTO DE ÁGUA SEGUNDO A MODALIDADE E MICROÁREA NO ANO DE 2010.							
Modalidade	Micro 01	Micro 02	Micro 03	Micro 04	Micro 05	Micro 06	Total
Rede pública	126	137	121	115	145	62	706
Poço ou nascente	00	02	00	00	04	62	68
Total de famílias	126	139	121	115	149	124	774

Fonte: SIAB/2010

FAMÍLIAS COBERTAS POR INSTALAÇÕES SANITÁRIAS SEGUNDO A MODALIDADE E MICRO ÁREA NO ANO DE 2010.							
Modalidade	Micro 01	Micro 02	Micro 03	Micro 04	Micro 05	Micro 06	Total
Rede geral de Esgoto	00	73	20	00	00	03	76
Fossa séptica	126	63	100	110	110	101	610
Céu aberto	00	03	01	5	39	20	68
Total	126	139	121	115	149	124	774

Fonte: SIAB/2010

DESTINO DO LIXO SEGUNDO A MODALIDADE E MICRO ÁREA NO ANO DE 2010.							
Modalidade	Micro 01	Micro 02	Micro 03	Micro 04	Micro 05	Micro 06	Total
Coleta pública	124	137	119	110	103	51	644
Queimado/ enterrado	2	2	2	4	42	68	120
Céu aberto	0	0	0	1	4	5	10
Total	126	139	121	115	149	124	774

Fonte: SIAB/2010

5.1.3 ASPECTOS SÓCIO-ECONÔMICOS

A economia é baseada na pesca, pecuária e no extrativismo vegetal. A região apresenta condições naturais para o desenvolvimento de uma moderna e eficiente agricultura irrigada, associada à implantação do complexo agroindustrial. Contando com vários projetos agropecuários, Guaicuí é hoje um grande centro produtor de uva, café, cana de açúcar e pesca artesanal. A população empregada vive, basicamente, do trabalho nestes projetos rurais (lavrador) ou serviço público (prefeitura). Grande parte da população vive da agricultura familiar ou recebe ajuda de alguma bolsa do Governo Federal. A renda familiar varia entre um a quatro salários em média e o nível de escolaridade de maior parte da população é o 1º grau completo.

5.1.4 ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS

HOSPITALIZAÇÕES

TAXA DE HOSPITALIZAÇÃO NA ÁREA DE ABRANGÊNCIA DA EQUIPE ESF-GUAICUÍ, 2010.

Número de hospitalizações	93
Taxa de Hospitalização/1000	33,84

Fonte: SIAB/2010

MORBIDADE REFERIDA

DISTRIBUIÇÃO DAS DOENÇAS REFERIDAS EM BARRA DO GUAICUÍ 2010

<i>Faixa Etária (anos)</i>	<i>Alcoolismo</i>	<i>Chagas</i>	<i>Deficiências</i>	<i>DM</i>	<i>Epilepsia</i>	<i>HAS</i>	<i>Hanseníase</i>	<i>Tuberculose</i>
0 a 14 anos	0	0	6	2	4	1	0	0
15 anos e mais	26	16	24	84	22	440	6	2
Total	26	16	30	86	26	441	6	2

Fonte: Sistema de Informação de Atenção Básica-SIAB, (2010).

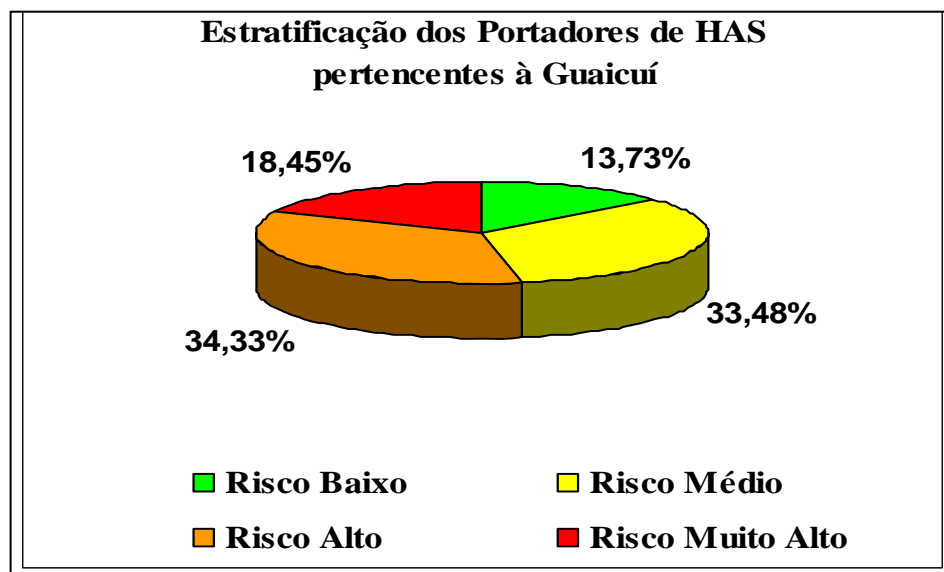


GRAFICO 1: estratificação por risco cardiovascular da população hipertensa de Guaicuí.

INDICADORES DE COBERTURA

ACOMPANHAMENTO DE ALGUNS INDICADORES EQUIPE ESF-GUAICUÍ, 2010.

Nº de recém nascidos	47
% RN pesados	100
% RN Peso < 2500 kg	4
% de Aleitamento exclusivo em crianças < de 4 meses	52,9
% de < 1 ano com vacina em dia	97,6
% de < 1 ano desnutridas	0
Nº médio de gestantes cadastradas	22
% gestantes < 20 anos	36,3
% gestantes acompanhadas	100,0
% gestantes vacinadas	95,0
% consultas no 1º trimestre	72,8

Fonte: SIAB/2010

PRODUÇÃO DA EQUIPE DE SAÚDE

CONSULTAS MÉDICAS PELA EQUIPE ESF- GUAICUÍ.

Indicador

Total de consultas médicas	4782
Media mensal	398
Consulta habitante ano	2

Fonte: SIAB/2010

ATENDIMENTO AOS PROGRAMAS PELA EQUIPE ESF- GUAICUÍ 2010

Indicador

% puericultura	2,38
% pré-natal	4,37
% prevenção câncer cérvico-uterino	4,91
% diabetes	1,49
% hipertensão	11,88
% hanseníase	0,43
% tuberculose	0,0

Fonte: SIAB/2010

5.1.5 RECURSOS DE SAÚDE

O distrito de Barra do Guaicuí possui 1 (uma) Unidade Básica de Saúde conhecida como ESF- Guaicuí, localizada na rua São Pedro, nº 40. A unidade conta com uma equipe de ESF, composta por 1 (um) médico, 1 (um) enfermeiro, 2 (dois) técnicos de enfermagem e 6 (seis) agentes comunitários de saúde (ACS's). A cobertura do distrito é de 100% e abrange toda área rural (Ilha do Boi, Ilha do Engenho, Acampamento Rompe Dia e Mãe D'Água, Porteiras, Lagoa Grande, Fazenda Mandacaru e fazenda Mantiqueira).

O horário de funcionamento da unidade de saúde é das 7 às 11 horas e de 13 às 17 horas. No período noturno existem plantões com um técnico de Enfermagem e uma ambulância. A estrutura física é composta por 2 (dois) consultórios médicos, sendo um ginecológico com sanitário anexo, 1 (um) consultório odontológico, 1 (uma) sala de vacinas, 1 (uma) sala de curativos, 1 (uma) farmácia, 1 (uma) copa e 1 (um) banheiro para o uso do público que procura o serviço. No ESF- Guaicuí a sala de vacinas divide espaço com a sala da gerência e a esterilização é feita em um dos consultórios médico. Outro problema observado é que não há um local apropriado para o expurgo e a área limpa e a suja dividem o mesmo espaço. Além disso, os resíduos sólidos gerados não são armazenados em locais apropriados.

Nota-se que a estrutura do ESF- Guaicuí é muito precária e não atende a Resolução nº 1186 da SES. Faltam locais essenciais para uma Unidade Básica de Saúde, como sala de vacinação, sala de lavagem, desinfecção e esterilização de materiais, sala para ACS's, sala de reuniões, consultório clínico para o enfermeiro, posto de coleta, sala de cuidados básicos, escovário, DML, abrigo de resíduos sólidos e almoxarifado. A copa e a lavanderia existem, porém com uma infra-estrutura que não atende aos padrões propostos por esta Resolução.

O ESF- Guaicuí conta hoje com (1) uma ambulância que realiza o transporte de pacientes, principalmente para a sede do município, para Pirapora, Montes Claros e Belo Horizonte para o tratamento fora do domicílio (TFD). Os principais exames

realizados, como raios-X, ultra-sonografia, eletrocardiograma e consultas com algumas especialidades médicas são feitos em Várzea da Palma.

5.1.6 PRINCIPAIS PROBLEMAS DE SAÚDE IDENTIFICADOS NO TERRITÓRIO

- HIPERTENSÃO ARTERIAL
- COMPLICAÇÕES CARDIOVASCULARES
- DIABETES
- VERMINOSES/ PARASITOSE
- ALCOOLISMO
- TRANSTORNOS MENTAIS
- DOENÇAS RESPIRATÓRIAS
- ACIDENTES DE TRABALHO
- INTOXICAÇÃO
- VIOLÊNCIA DOMÉSTICA
- NEOPLASIAS

5.1.7 INSTITUIÇÕES NA COMUNIDADE DA EQUIPE ESF- GUAICUI

A comunidade conta com três instituições de ensino, a Creche Municipal para crianças de 02 a 05 anos de idade, a escola municipal que atende crianças de 05 a 12 anos de idade e escola estadual de atende adolescentes. Também tem a Pastoral da Criança cujo público alvo são crianças menores de 6 anos atende a área de educação e saúde e também o PETI para o atendimento de crianças em faixa de risco para trabalho infantil seu objetivo é a educação. No aspecto social possui uma associação de moradores de Guacui atende a população em geral e a Associação de pescadores que atende os seus associados.

5.1.8 OBSERVAÇÃO ATIVA

Através do diagnóstico situacional e observação direta foram identificados alguns problemas em Guaicuí que interferem na saúde, na educação e na qualidade de vida de seus moradores. Estes problemas detectados merecem atenção dos órgãos públicos para buscar soluções cabíveis na sua resolução. Os principais fatores identificados foram:

- ALTO INDICE DE DOENÇAS CARDIOVASCULARES
- FALTA DE SANEAMENTO BÁSICO
- FALTA DE RENDA E EMPREGO
- FALTA DE LAZER E CULTURA
- PROSTITUIÇÃO
- SEGURANÇA
- FALTA DE PAVIMENTAÇÃO
- ÍNDICE ELEVADO DE GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA
- ANALFABETISMO
- AUTOMEDICAÇÃO
- TRANSPORTE

Dentre esses problemas foi priorizado as complicações cardiovasculares para elaboração do plano de ação.

**6. PLANO DE AÇÃO PARA O PROBLEMA:
“COMPLICAÇÕES CARDIOVASCULARES”
NA AREA DE ABRANGÊNCIA DA ESF- GUAICUÍ**

ESF- GUAICUÍ
Priorização dos problemas

Principais Problemas	Importância	Urgência*	Capacidade de enfrentamento	Seleção
Complicações cardiovasculares	Alta	8	Parcial	1
Alcoolismo	Alta	7	Parcial	2
Gravidez na adolescência	Alta	6	Parcial	2
Prostituição e alto índice de DST's	Alta	6	Parcial	3
Saneamento Básico	Alta	3	Fora	4

OBS: observou-se que o problema “complicações cardiovasculares” e os demais problemas, possuem parcialmente um nó crítico semelhante, a falta de opções de lazer.

Organização política
Sistema de Saúde
Sociedade
Educação

↓ Interferem

FALTA DE OPÇÃO LAZER → Estresse, obesidade, Alcoolismo, tabagismo → Hipertensão → Doenças cardiovasculares

↑

Problema

Pode causar

consequências

↓ alteram

hábitos/estilos de vida

SELEÇÃO DE NÓS CRÍTICOS:

FALTA DE OPÇÃO DE LAZER: É preciso ocupar o tempo livre dos jovens, dos adultos e principalmente dos idosos. As atividades de lazer, principalmente aquelas recreativas que envolvam atividades físicas orientadas, diminuem o estresse, a ansiedade, conseqüentemente colaboram na diminuição do tabagismo e etilismo e no uso de medicações psicotrópicas entre a população. Além dos benefícios no controle da obesidade e no auxílio no controle das doenças cardiovasculares, como a diabetes e a hipertensão (relacionados também com todos os outros fatores de risco relacionados acima). Em Guaicui, é nítida a falta de opções de lazer, e má utilização dos espaços públicos para estas práticas. Percebe-se como estes fatores interferem diretamente na qualidade de vida da população.

Nó crítico	Operação/ projeto	Resultados esperados	Produtos esperados	Recursos necessários
Falta de opções de lazer	Projeto “Academia e arte na praça”	Diminuir o sedentarismo, obesidade, estresse, ansiedade, alcoolismo e tabagismo entre outros fatores de risco para complicações cardiovasculares.	Formação de grupo de exercícios e caminhada orientada; acompanhamento multiprofissional da população de risco para complicações cardiovasculares; formação de um grupo de convivência para idosos e jovens com oficinas de artes, eventos esportivos entre outros.	<u>Organizacional</u> → para organizar os grupos de caminhada e de artes; <u>Político</u> → mobilização social e articulação intersetorial entre os profissionais envolvidos; <u>Financeiros</u> → para aquisição de recursos audiovisuais, materiais para as oficinas, folhetos educativos etc. <u>Cognitivo</u> → interesse da equipe, estratégias de comunicação.

Operação/ Projeto	Recurso crítico	Controle do recurso crítico	
		Ator que controla	Motivação
Projeto “Academia e arte na praça”	<u>Organizacional</u> → para organizar os grupos de caminhada e de artes;	Equipe de saúde (ESF, NASF e CAPS) ; diretores das escolas locais; presidentes das associações comunitárias; sub-prefeito.	Favorável
	<u>Político</u> → mobilização social e articulação intersetorial entre os profissionais envolvidos;	Sub-prefeito; Secretário de Saúde ;Secretário de educação; secretario de esportes; presidente das associações comunitárias.	Favorável
	<u>Financeiros</u> → para aquisição de recursos audiovisuais, materiais para as oficinas, folhetos educativos etc.	Secretário de saúde; secretário de educação; secretário de esportes.	Favorável
	<u>Cognitivo</u> → interesse da equipe, estratégias de comunicação.	Equipe de saúde, rádio local,.	Favorável

Operação	Resultado	Produtos	Responsável	Prazo
Projeto “Academia e arte na praça”	Diminuir o sedentarismo, obesidade, estresse, ansiedade, alcoolismo e tabagismo entre outros fatores de risco para complicações cardiovasculares.	Formação de grupo de exercícios e caminhada orientada; acompanhamento multiprofissional da população de risco para complicações cardiovasculares; formação de um grupo de convivência para idosos e jovens com oficinas de artes, eventos esportivos entre outros.	Enfermeiro Gilson; Educadora física Hellen; Fisioterapeuta Wesley; professor de Artes Wanderson; Terapeuta ocupacional Clarissa, psicóloga Agnes e acadêmicos do internato rural da UFMG.	Início em 03 meses

Planilha para acompanhamento do projeto

“Academia e arte na praça”

Coordenação Geral: Enfermeiro Gilson Paulo

Produtos	Responsável	Prazo	Situação atual	Justificativa	Novo prazo
Realização de alongamento e exercícios orientados na praça.	Hellen e Wesley	03 meses	Projeto em discussão	Elaboração do projeto	
Oficinas de artes	Clarissa e Wanderson	02 meses após início do projeto	Projeto em discussão	Elaboração do projeto	
Grupos operativos	Gilson, Academicos e Agnes	01 mes após início do projeto	Projeto em discussão	Elaboração do projeto	
Grupo de convivência	Todos os profissionais e a própria comunidade.	05 meses após inicio do projeto	Projeto em discussão	Elaboração do projeto	

Falta de opções de lazer
Planilha de acompanhamento

Indicadores	Momento atual		Em 6 meses		Satisfação dos usuários
	Número	%	Número	%	
Hipertensos esperados					Ótimo () Bom () Regular ()
Hipertensos cadastrados					
Hipertensos controlados					Ótimo () Bom () Regular ()
Diabéticos esperados					Ótimo () Bom () Regular ()
Diabéticos cadastrados					Ótimo () Bom () Regular ()
Diabéticos controlados					Ótimo () Bom () Regular ()
Sobrepeso					Ótimo () Bom () Regular ()
Tabagistas					Ótimo () Bom () Regular ()
Sedentários					Ótimo () Bom () Regular ()
Estresse					Ótimo () Bom () Regular ()
Usuários em uso de psicotrópicos					Ótimo () Bom () Regular ()

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste estudo, propôs-se a construção de um plano de ação baseado nos instrumentos do planejamento estratégico, para minimizar os problemas cardiovasculares provocados pela Hipertensão Arterial e seus fatores de risco correlatos mais prevalentes na área de abrangência da ESF- Guaicuí distrito do município de Várzea da Palma/MG.

O diagnóstico situacional realizado proporcionou um maior conhecimento da área de atuação da Unidade Básica de Saúde em questão. Esse conhecimento facilita a identificação da população e o planejamento local de ações de saúde, com novas formas de interação do serviço com a população.

Ferramentas importantes como esta possibilitam o desenvolvimento de estratégias e planos de intervenção eficientes e eficazes contra os problemas de saúde de uma população, seu monitoramento e avaliação, organizando o processo de trabalho das equipes de saúde.

Através desse trabalho, foi possível conhecer as forças atuantes sobre o território o que permite que ações de promoção à saúde e prevenção de agravos sejam efetivadas, segundo as características sócio-econômicas e culturais locais, sempre buscando a atenção integral à saúde da população.

Espera-se que o plano de ação proposto possa ser realmente efetivado em conjunto com a Gestão municipal, equipe de saúde e principalmente, com a participação da comunidade, proporcionando momentos de autonomia e governabilidade nos tratamentos de saúde, melhorando sua qualidade de vida.

REFERÊNCIAS

1. ALVES, V. S. A health education model for the Family Health Program: towards comprehensive health care and model reorientation, *Interface - Comunic., Saúde, Educ.*, v.9, n.16, p.39-52, set.2004 /fev.2005.
2. AMORIM, Ana Cristina Couto. **Curso Introdutório para Equipes Básicas de Saúde da Família**. Universidade Estadual de Montes Claros, 2008. Apostila.
3. BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.
4. _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes para Assistência Domiciliar na Atenção Básica/SUS**. 15º versão. Brasília. 2003.
5. _____. Ministério da Saúde. **Conselho Nacional de Saúde. O Desenvolvimento do Sistema Único de Saúde: avanços, desafios e reafirmação dos seus princípios e diretrizes/ Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde – 1ª ed., 2ª reimpr. – Brasília: Ministério da Saúde, 2003.**
6. _____. Ministério da Saúde. **Saúde da família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.
7. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes para Assistência Domiciliar na Atenção Básica/SUS**. 15º versão. Brasília. 2005.
8. CAMARGO JÚNIOR, Alvacir. **Análise do Comportamento da pressão arterial sob duas intensidades de exercício aeróbio em hipertensos**. Florianópolis, 2001.
9. CORRÊA, T.D., Hipertensão arterial sistêmica: atualidades sobre sua epidemiologia, diagnóstico e tratamento. **Arq. Med, ABC**, v.2, n.31, p. 91-101, 2005.
10. COSTA, M.; LÓPEZ, E. **Educación para la salud** . Madrid: Pirámide, 2006. p.25-58.
11. COSTARDI, CA. **Atenção ao doente crônico- um sistema teórico instrumental em resignificação. Hipertensão arterial: uma proposta para o cuidar**. São Paulo: Manole. 2004.
12. FARIA, Horácio Pereira... *et al.*. **Unidade didática I: organização do processo de trabalho na atenção básica à saúde/ Módulo 3- planejamento e avaliação das ações de saúde – Belo Horizonte : Editora UFMG; NESCON/UFMG, 2010.**

13. IRIGOYEN, M.C.; LACCHINI, S.; De ANGELIS, K.; CICHELINI, L.C. Fisiopatologia da hipertensão: o que avançamos? **Rev. Soc. Cardiol.** Estado de São Paulo. V.13, n.1, p.20-45, 2003.
14. LIMA, J.A.C. & NUSSBACHER, A. **O coração da mulher é diferente?** 1996. Disponível em: [HTTP://www.socesp.org.br](http://www.socesp.org.br). Acesso em 26 jan. 2011.
15. LOTUFO PA. Mortalidade precoce por doenças do coração no Brasil. Comparação com outros países. **Arq. Brás. Cardiol.** V.70, p.321-325, 1998.
16. MACDONALD, J. J. & WARREN, W. G. Primary health care as an educational process: a model and a freirean perspective. **International Quarterly of Community Health Education**, nº12, p.35-50,2002.
17. MENDES, E.V. **Distritos Sanitários: Processo Social de Mudanças nas Práticas Sanitárias para o Sistema Único de Saúde.** São Paulo: Hucitec – Abrasco, 2001.
18. PIRES, Simeão Ribeiro, **GUAICUÍ – Raízes de Minas**, pg. 301,302,305. 1979.
19. SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE BELO HORIZONTE. **A Atenção Básica de Saúde em Belo Horizonte: Recomendações para a Organização Local.** Belo Horizonte: Prefeitura de BH, 2006.
20. SIMÕES MV & SCHMIDT A. Hipertensão arterial como fator de risco para doenças cardiovasculares. **Medicina,Ribeirão Preto**, 29: 214-219, abr./set. 2002.
21. SOUZA AL. **Prevalência da hipertensão arterial referida, percepção de sua origem e formas de controle em área metropolitana de são Paulo.**[tese de doutorado] são Paulo (SP): faculdade de saúde publica/USP;1999.
22. SMEKE, E. L. M.; OLIVEIRA, N. L. S. Educação em saúde e concepções de sujeito. In: VASCONCELOS, E. M. (Org.) **A saúde nas palavras e nos gestos:** reflexões da rede educação popular e saúde. São Paulo: HUCITEC, 2003. p.115-36.
23. UNGER T, PARATI G. Acute stress and long-lasting blood pressure elevation: a possible cause of established hypertension? **J Hypertens** .2005.
24. VAN EYKEN, Elisa Beatriz Braga; MORAES, Claudia Leite. *Prevalência de fatores de risco para doenças cardiovasculares entre homens de uma população urbana do sudeste do Brasil.* **Caderno de Saúde publica.** Rio de Janeiro, 25:111-123. Jan, 2009