

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

CARLOS MANUEL GUILLERME FELIPE

**MODIFICAÇÃO DOS FATORES DE RISCO EM PACIENTES
HIPERTENSOS DA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DE
CAMPESTRE. CARANDAÍ, MINAS GERAIS**

JUIZ DE FORA – MINA GERAIS

2016

CARLOS MANUEL GUILLERME FELIPE

**MODIFICAÇÃO DOS FATORES DE RISCO EM PACIENTES
HIPERTENSOS DA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DE
CAMPESTRE. CARANDAÍ, MINAS GERAIS**

**Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de
Especialização Estratégia Saúde da Família, Universidade Federal
de Minas Gerais, para obtenção do certificado de especialista.**

Orientadora: Prof. Kátia Ferreira Costa Campo

JUIZ DE FORA – MINA GERAIS

2016

CARLOS MANUEL GUILLERME FELIPE

**MODIFICAÇÃO DOS FATORES DE RISCO EM PACIENTES
HIPERTENSOS DA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DE
CAMPESTRE. CARANDAÍ, MINAS GERAIS**

Banca examinadora

Examinador 1: Professora Kátia Ferreira Costa Campo – EEUFMG

Examinador 2: Eulita Maria Barcelos- UFMG

Aprovado em Belo Horizonte, em de 2016

"Porque aprender a arte da medicina é como a eclosão dos frutos da terra. Ou seja, a nossa capacidade natural é comparável a terra; os ensinamentos dos mestres, para as sementes; instrução em infância, plantá-las em tempo hábil; o lugar em que recebe aprendizagem, para o alimento a partir do ambiente, atinge frutas; trabalho constante, o amanhã da terra; Finalmente, o tempo de Ele vai fortalecer todas essas coisas para torná-las totalmente maduro. "

Hipócrates, Nomos (Lei).

DEDICATÓRIA

A minha família, em especial a minha mãe e meus filhos, pela compreensão dos motivos de minha ausência em momentos que se fazia necessária minha presença.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a todos os professores do Curso de Especialização Estratégia de Saúde da Família (NESCON) da Universidade Federal de Minas Gerais que viabilizaram a pós-graduação em Saúde da Família.

À orientadora Professora Kátia Ferreira Costa Campo, pela sua contribuição, atenção, ensinamentos, incentivos e dedicação, em especial nos momentos da elaboração do presente estudo e por compartilhar seus conhecimentos fundamentais na realização deste trabalho.

A todos os funcionários da Secretaria de Saúde do Município e equipe de trabalho do PSF de Campestre pelas informações prestadas.

E a todos que, diretamente ou indiretamente, contribuíram para a realização deste estudo.

RESUMO

São muitos os fatores que levam a hipertensão arterial sistêmica, sendo, o investimento em educação para a saúde, faz necessário e urgente o trabalho. O objetivo geral foi elaborar um programa de intervenção educativa para o controle da hipertensão arterial sistêmica e suas complicações em adultos atendidos pela equipe de saúde de Unidade Básica de Saúde de Campestre do município de Carandaí, Minas Gerais. Foi utilizado o método do planejamento estratégico situacional. O plano de intervenção que foi elaborado e em seguida aplicado junto aos portadores de hipertensão arteriais sistêmicos cadastrados na Unidade Básica de Saúde (UBS) de Campestre. Os hipertensos cadastrados participaram do Programa de Educação em saúde que constou de atendimento individualizado, e atividades educativas num período de doze meses. Foi possível então conhecer os fatores de risco modificáveis que levam aos elevados índices de massa corporal, circunferência da cintura e adiposidade, usa de cigarros e bebida alcoólica, estilo de vida sedentário, e hábitos alimentares inadequados. O programa de educação apresentou tendência para a redução de fatores de risco modificáveis para doenças cardiovasculares, refletido na redução do consumo de óleo, açúcar e sal, bem como de bebida alcoólica e cigarros. Observou-se a necessidade dos pacientes conhecerem a importância de seu auto-cuidado e educação para modificar estilos de vida relacionados a fatores de riscos que acarretam problemas inerentes a hipertensão arterial. Recomendam-se expandir esforços em matéria de intervenções educativas para reforçar um controle adequado e permanente de fatores de riscos modificáveis.

Palavras-chave: Hipertensão. Fatores de risco. Educação em saúde. Atenção primária em saúde.

ABSTRACT

There are many factors that lead to hypertension and investment in health education is needed and urgent this job. The overall objective was to prepare an educational intervention program for the control of hypertension and its complications in adults served by staff Campestre Unidade Básica de Saúde health of the municipality of Carandaí, Minas Gerais. It is an elaborate intervention plan as the method of situational strategic planning. The result was the intervention plan that was carried out among patients with hypertension registered in the Unit Basic Health (UBS) of Campestre. The registered hypertensive patients attended the health education program that consisted of individualized care and educational activities in a period of twelve months. It was then possible to know the modifiable risk factors that lead to high body mass index, waist circumference and body fat, use of cigarettes and alcohol, sedentary lifestyle and poor eating habits. The education program tended to reduce modifiable risk factors for cardiovascular disease, reflected in reduced consumption of oil, sugar and salt, as well as alcohol and cigarettes. There was the need for patients to know the importance of self-care and education to modify lifestyle-related risk factors that confront problems related to high blood pressure. Recommend to expand this effort in educational interventions to strengthen adequate and permanent control of modifiable risk factors.

Keywords: Hypertension. Risk factors. Health education. primary health care.

LISTAS DE TABELAS

Tabela 1- Número de população na área do Programa Saúde da Família PSF Campestre, em Carandaí , Minas Gerais no ano de 2015.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1- Distribuição da população do município de Carandaí, Minas Gerais, por faixa etária, no ano 2015.....	13
Quadro 2- priorização de problemas.....	21
Quadro 3- Descrição do problema.....	22
Quadro 4 - Seleção dos nós críticos.....	23
Quadro 5 - Desenhos das operações para os nós críticos.....	24
Quadro 6 - Identificação dos recursos críticos.....	25
Quadro 7 - Análises da viabilidade do plano.....	26
Quadro 8- Elaboração do plano operativo.....	27
Quadro 9 - Gestão do plano.....	28

SUMÁRIO

1-INTRODUÇÃO.....	12
2-JUITIFIVATIVA.....	15
3-OBJETIVOS.....	16
4-METODOLOGIA.....	17
5-CONTEXTUALIZAÇÃO TEÓRICA DO TEMA	18
6-PLANO DE INTERVENÇÃO.....	20
7-CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	31
REFERÊNCIAS.....	32

1. INTRODUÇÃO

O município de Carandaí, conhecido como o Celeiro de Minas Gerais (o maior município horticultor de Minas Gerais), está localizado no estado de Minas Gerais, distante 137 km da capital. Situa-se na mesorregião do Campo das Vertentes e na microrregião de Barbacena, a 1080 metros acima do nível do mar. Faz divisa com 11 municípios (Caranaíba, Casa Grande, Lagoa Dourada, Prados, Dolores de Campos, Barbacena, Ressaquinha, Senhora dos Remédios, Capela Nova, Barroso e Cristiano Ottoni) e possui uma área de 486, 409 km² e uma população de 24.864 habitantes, conforme o Censo de 2014 realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE,2014).

O nome Carandaí originou-se, segundo alguns autores, de carandá - hy - termo tupi, que significa "palmeira d'água". Os primeiros moradores foram Francisco Rodrigues Pereira, Barão de Santa Cecília, o Capitão Severino de Moura e Silva, Antônio Patrício de Moura e Cândido Saraiva Nogueira. A cidade foi fundada em e contava com uma igreja e dois sobrados laterais, construídos pelo Barão de Santa Cecília, que ali se fixara com seus escravos (IBGE, 2014).

O povoado começou realmente a desenvolver-se em 1881, quando foram construídos os trilhos da Estrada de Ferro Central do Brasil que deveriam chegar até Ouro Preto, então Capital do Estado. Durante oito anos, que se gastaram para a construção de um pontilhão, o município era a estação final da Central do Brasil. Nesse período, Carandaí era ponto de convergência de mercadorias que, vindas do interior em lombo de animais ou carros de bois, se destinavam à Capital do País, ou para Ouro Preto e outras cidades da região. Os tropeiros permaneciam ali diversos dias à espera de novas cargas para regressar. Nessa época, a cidade chegou a possuir quatro estalagens (IBGE, 2014).

Existem, no município, onze igrejas evangélicas, uma igreja católica, uma agência de correios, três bancos (Banco do Brasil, Bradesco e Itaú) e uma casa lotérica.

Do ponto de vista socioeconômico, Carandaí além de ser o maior município horticultor de Minas Gerais, conta com uma das maiores fábricas processadora de

cimento do estado, a cimento Tupi S/A. A indústria pecuária, silvicultura e exploração florestal constituem outra fonte de economia do município.

Quanto ao saneamento básico, o abastecimento de água é feito pela Companhia de Saneamento de Minas Gerais (COPASA). A cidade conta com 83,7% de abastecimento de água tratada e 87,4% de recolhimento de esgoto por rede pública. A companhia de energia elétrica é a Energiza.

O município Carandaí, de acordo com os dados do Sistema de Informação da Atenção Básica, divide-se em 03 distritos: o Distrito sede, Pedra do Sino e Hermilo Alves. Quanto aos aspectos demográficos, Carandaí tem uma densidade demográfica de 48,71 hab./Km², onde nos últimos anos a taxa de crescimento da cidade foi de 8%. Entre os 24 864 habitantes do município, 12.199 (47,98%) são homens e 12.665 (52,02%) são mulheres, distribuídos por faixa etária conforme com o que é apresentado no quadro 1.

Quadro 1- Distribuição da população do Município de Carandaí, Minas Gerais, por faixa etária, no ano de 2014.

Município: Carandaí									
Total da População: 24 864 habitantes.									
Nº de Indivíduos	>1	1-9	10-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60 e mais	Total
Feminino	1076	2740	3308	2221	2830	559	583	1045	12665
Masculino	970	2690	3261	2129	1042	543	567	997	12199
Total	2046	5430	6569	4350	3872	1102	1150	2042	24864

Fonte: Sistema de informação de Atenção Básica do município (SIAB) Ago.2014

O sistema municipal de saúde conta com sete equipes da Estratégia de Saúde da Família. Conta, ainda, com um serviço de Pronto Atendimento, um Hospital Geral com serviços de eletrocardiografia, radiografia, atendimento odontológico, emergência total, pediatria, psiquiatria, ultra sonografia e traumatologia/ortopedia. Mantém convênio com

laboratórios. Existe um sistema de referência e contra-referência, criado e em execução, mas ainda com deficiências. Não existem redes de atenção de alta complexidade.

O PSF de Campestre localiza-se em uma zona rural do município de Carandaí. A população conserva hábitos e costumes próprios da população rural brasileira e gosta de comemorar as festas religiosas, em particular as festas juninas.

A comunidade conta com 2428 moradores atendidos pela equipe de Saúde da Família. A equipe está dividida em sete micros áreas, localizadas em grandes e pequenos povoados: Campestre (o PSF ponto de referência principal), Moreira, Hermilo Alves, Ressaca, Retiro de Baú, Chuí e Gerais, os quais funcionam atualmente em locais adaptados, e conta com doze funcionários: um médico, uma enfermeira, quatro técnicas de enfermagem, seis agentes comunitários de saúde. Pela estrutura do PSF não conta com a demais componentes da equipe de saúde.

Embora não esteja completa a equipe de saúde, nosso trabalho desenvolvido no território adstrito envolve ações de saúde a partir do conhecimento da realidade local e das necessidades da população. Com a aproximação das pequenas unidades de saúde das famílias buscou-se promover o acesso aos serviços; possibilitar o estabelecimento de vínculos entre a equipe e os usuários; promover a continuidade do cuidado; e aumentar, por meio da cor responsabilização da atenção, a capacidade de identificar os problemas de saúde mais comuns, atuar sobre os mesmos produzindo maior impacto na situação da saúde local.

Neste contexto as doenças crônicas não transmissíveis constituem uma importante causa de mortalidade e na área de abrangência da equipe, o grande desafio em relação à HAS, que é o diagnóstico para identificação na área de abrangência os casos não conhecidos, tratamento, seguimento e controle dentro das metas ideais para cada situação peculiar de pacientes.

Tendo em vista o exposto acima este estudo objetivou avaliar o efeito de um programa de educação sobre fatores de risco modificáveis para risco de doenças cardiovasculares em hipertensos atendidos na Unidade de Saúde de Campestre, município de Carandaí-MG.

2. JUSTIFICATIVA

Justifica-se a elaboração e execução do plano de intervenção pelo fato de que a hipertensão arterial é uma doença que afeta milhares de pessoas no mundo, constitui um dos principais fatores de risco para o aparecimento das doenças cardiovasculares e cerebrovasculares, sabendo-se que seu controle está diretamente relacionado a modificações dos fatores de riscos V DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO ARTERIAL (2007).

A educação do paciente hipertenso apresenta-se como um elemento primordial para o melhor controle da hipertensão arterial, já que permite compreender melhor sua doença e as conseqüências, proporciona melhora a adesão ao tratamento, colaborando assim para uma longevidade com melhor qualidade de vida.

Corresponde à equipe de saúde ser vigilante da saúde, desenvolver ações educativas de promoção e prevenção de saúde frente aos fatores de risco. Nesse sentido consideramos que a realização de um programa de intervenção educativa para o controle da hipertensão arterial sistêmica e suas complicações, colaborará a minimização dos fatores de risco e elevação da esperança de vida.

Nesse sentido será desenvolvido o plano de intervenção, esperando colaborar para a melhoria dos índices pressóricos da população adstrita, assim proporcionando uma melhor qualidade de vida.

3. OBJETIVO

Elaborar um programa de intervenção educativa para o controle da hipertensão arterial sistêmica e suas complicações em adultos atendidos pela equipe de saúde de UBS de Campestre do município de Carandaí, Minas Gerais.

4. METODOLOGIA

Decidiu-se realizar um plano de intervenção educativa para o controle da hipertensão arterial sistêmica e suas complicações em adultos, o qual se desenvolveu numa Unidade de Saúde da Família “UBS de Campestre” no Município de Carandaí, Minas Gerais.

Para atingir o objetivo proposto, foi realizada uma revisão de literatura sobre o tema, mediante o acesso ao centro de informação da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) através da base de dados: Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde. (LILACS), Scientific Electronic Library Online (SCIELO).

Foram selecionados os artigos publicados no Brasil, no período de 2003 a 2013, que tenham o texto completo disponível e que estejam em língua portuguesa e que se refiram aos descritores hipertensão arterial, risco cardiovascular aumentado, fatores de risco para hipertensão e tratamento da hipertensão.

Após selecionar os artigos que atenderam aos critérios de inclusão e o objetivo do estudo, procurou-se fazer uma abordagem crítica, identificando quais os principais fatores de risco relatados que podem ser modificáveis por intervenções da equipe da Estratégia Saúde da Família, principalmente, por meio de práticas educativas que podem ser estimuladas em atendimento multiprofissional individual e coletivo.

E para a elaboração do plano de intervenção, foi utilizado o método do Planejamento Estratégico Situacional, de acordo com Campos; Faria e Santos (2012), que subsidiado pelas informações da busca bibliográfica. Todas as etapas e aspectos da construção foram considerados e estão descritos e apresentadas no tópico do Plano de Intervenção.

5. CONTEXTUALIZAÇÃO TEÓRICA DO TEMA

A hipertensão arterial é uma doença com a qual as equipes de saúde devem se preocupar, no sentido de promover saúde e prevenir riscos, pois é considerada um problema de saúde pública no Brasil e no mundo.

Em 22 estudos realizados tendo em conta valores de PA $\geq 140/90$ mm Hg, foram encontrados prevalências entre 22,3% e 43,9%, (media de 32,5%), com mais de 50% entre 60 e 69 anos e 75% acima de 70 anos (CESARINO *et al.*, 2008, apud BRANDAO *et al.*, 2010).

Passos; Assis; Barreto (2006), em estudo realizado buscando a estimativa de prevalência a partir de estudos de base populacional, considerando o uso contínuo de anti-hipertensivo e o valor >140 mmHg, para pressão sistólica e >90 mmHg para a diastólica, como critérios, obtiveram taxas de prevalência em torno de 20%, com tendência a aumento no decorrer da idade, sem considerar distinção por sexo.

De acordo com a publicação, V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial (2007), diversos fatores de riscos se relacionam com a hipertensão arterial. Como fatores de riscos constitucionais como: a idade, sexo, raça/cor e história familiar, e como fatores de risco ambientais: sedentarismo, sobrepeso/obesidade, consome de alimentos insalubres, excesso de sal, bem como outros fatores que está em estreita correlação com estilo de vida, como por exemplo, os sociais, associados ao baixo nível educacional.

Acerca dos fatores de risco, chama-se a atenção para o excesso de peso e os altos índices de colesterol e dieta pobre em fibras. O excesso de peso tem uma prevalência de 29,7% nos homens e de 16,7% nas mulheres. A hipercolesterolêmica com índices altos em 50,7% dos cadetes em pesquisa realizada em quartel, associada com a ingestão inadequada de fibras na alimentação de mais de 90% dos mesmos (HILGENBERG , 2016)

Entre o sexto feminino, foi verificado que a HAS está associada ao sobrepeso e obesidade independente da idade. E acrescenta-se aqui a relação consumo de bebida alcoólica, verificando-se que a prevalência de HAS associada a esse consumo, além do tabagismo. Nesse sentido, vem a preocupação da Hipertensão como um problema

de saúde pública, com necessidade de conhecimento e manuseio de seus fatores determinantes, por meio de ações de promoção da saúde e prevenção de agravos, na busca de melhorias da qualidade de vida (SILVA *et al.*.,2016).

Hábitos saudáveis de vida devem ser adotados desde a infância e adolescência, respeitando-se as características regionais, culturais, sociais e econômicas dos indivíduos. As principais recomendações não-medicamentosas para prevenção primária da HAS são: alimentação saudável, consumo controlado de sódio e álcool, ingestão de potássio, combate ao sedentarismo e ao tabagismo (VI DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO, 2010).

Dentre os hábitos saudáveis está à prática de atividade física com frequência, baseia-se na frequência. O Ministério da Saúde indica um tempo de pelo menos 30 minutos, de intensidade moderada, na maior parte dos dias da semana, com atividades como caminhar, subir escadas, realizar atividades domésticas dentro e fora de casa, optar pelo transporte ativo nas funções diárias (BRASIL, 2006).

Como ações, voltadas a hipertensos, está a educação na saúde como um componente fundamental da promoção da saúde, pois permite trabalhar com informações e reflexões acerca do desenvolvimento de habilidades pessoais assim como adoção de novos estilos de vida que favoreçam uma vida mais saudável. Ressalta-se aqui que o controle da hipertensão arterial requer a modificação de os fatores de risco conhecidos, assim como a adoção de estilos de vida saudáveis e o controle da doença.

6. PLANO DE INTERVENÇÃO

Faz-se necessário um maior investimento em projetos que se voltem para a educação em saúde. Nesse sentido, foi desenvolvido o processo de planejamento com projetos voltados a essa finalidade.

Segue-se, a partir desse ponto, as etapas percorridas e o seu produto, o plano de intervenção.

6.1 Definição do problema

Tabela 1 - População na área de abrangência

Idade	Número	%
Menor 20 anos	784	32,29
Maior de 20 anos	1644	67,71
Total	2428	100

Fonte: Sistema de informação de Atenção Básica do município (SIAB) Ago.2015

Conforme o Sistema de Informação de Atenção de Básica (SIAB) o PSF de Campestre apresenta um total de 2428 pessoas cadastradas. Com a realização do diagnóstico situacional da área de abrangência da Equipe de saúde da Família, foi possível fazer o reconhecimento do território e dos principais problemas enfrentados pelos usuários que vivem na área de abrangência. Os maiores problemas enfrentados pelos usuários foram à hipertensão arterial, diabetes mellitus, uso de álcool e outras drogas, uso indiscriminado e elevado de antidepressivo-benzodiazepínicos, gestação na adolescência, sendo esse primeiro o problema escolhido pela equipe para se propor uma intervenção com um número de 342 pacientes hipertensos para um 14.08 % da população.

6.2 Priorização dos problemas

Quadro 2 - Priorização dos problemas na área de abrangência

PROBLEMA	PRIORIDADE	URGÊNCIA	CAPACIDADE DE RESOLUÇÃO	SELEÇÃO
Uso de Álcool e outras drogas	Média	Moderada	Parcial	2
Estresses com uso abusivo de antidepressivos /benzodiazepínicos	Moderada	Media	Alta	2
Gestação na adolescência	Média	Moderada	Parcial	2

Fonte: autoria própria

O quadro 2 demonstra que a prioridade de intervenção está localizada sobre o risco cardiovascular aumentado dentre os usuários da equipe, em função da alta importância e prioridade e ainda sobre a capacidade de resolução. A partir do exposto procedemos com a descrição do problema e explicação do mesmo depois desses passos fizemos a identificação dos “nós críticos”, e elaboramos o plano de intervenção com impacto direto sobre a modificação de estilos de vida e incentivo à prática de atividade física visando à redução dos fatores de risco cardiovascular e conseqüentemente a redução da morbimortalidade.

6.3 Descrição do problema

Quadro 3- Descrição do problema.

PROBLEMA	VALORES	FONTES
Hipertensos esperados	485	Estimativa de 20% da população >20 anos
Hipertensos cadastrados	(342)	SIAB
Hipertensos confirmados	342	SIAB
Hipertensos acompanhados conforme protocolo	60	SIAB
Hipertensos controlados	41	SIAB
Sobrepeso	846	SIAB
Tabagistas	367	SIAB
Sedentários	919	SIAB

Fonte: autoria própria

A modificação dos fatores de riscos do paciente hipertenso e o elemento primordial para o melhor controle da doença, o qual facilita uma adequada adesão ao tratamento e uma longa supervivência com melhor qualidade de vida.

O PSF de Campestre possui um número elevado de hipertensos, onde há um percentual de 14,08 % de hipertensos da população total, o qual é esperado que se tenha 20% de hipertensos da população >20 anos, porém não tem umas estratégias bem definida que de conhecê-la a populações a importância do tratamento não farmacológico da HTA o qual está dirigido a diminuir a ingestão de sódio, álcool e gordura de origem animal (poliinsaturada no lugar de saturada), a conservação do peso ideal, aporte dietético de potássio, cálcio e outras vitaminas. Todas essas medidas associado ao câmbio do estilo de vida como é a prática de exercício físico.

Conforme estratificação dos parâmetros de prevalência para Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) a possibilidade de que se possa ter um percentual maior de hipertensos e a necessidade da unidade aplicar o processo de estratificação para HAS

e o processo de estratificação do risco clínico, ambos, propostos pela Linha Guia de Hipertensão Arterial Sistêmica, Diabetes Mellitus e Doença Renal Crônica da Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais (2013).

6.4 Explicação do problema

- 1-Ausência de estratificação do risco clínico para HAS pela unidade de saúde
- 2-Desconhecimento do percentual real de hipertensos na faixa (>20 anos)
- 3-Ausência de uma agenda fixa de educação continuada com o grupo de hipertensos
- 4-Associado a fatores de risco modificáveis para a hipertensão arterial;
 - Controle inadequado do peso corporal;
 - Consumo inadequado dieta rica em gorduras saturadas e açúcares;
 - Ingestão de bebidas alcoólicas;
 - Tabagismo;
 - Poucas práticas de atividades saudáveis de controle da HAS;
 - Sedentarismo;
 - Estresse;

6.5 Seleção dos nós críticos

Quadro 4 - Nós críticos

Problema enfrentado	Nós críticos
Hipertensão Arterial: Conforme SIAB o PSF de Campestre há 342 hipertensos 14,08% da população total	<ul style="list-style-type: none"> - Hábitos alimentares não saudáveis. - Sedentarismo e obesidade. - Tabagismo e etilismo - Estresse

A priorização do problema e a identificação dos nós críticos, permitiu ver a relação entre a pressão arterial e os riscos de eventos de doenças cerebrovasculares

existente na população. Este fato possibilitou a criação de ações que visaram no primeiro momento interferirem de forma direta nestes nós críticos, buscando assim reduzir o risco cardiovascular aumentado dos hipertensos. As estratégias permitiram a transmissão de conhecimentos e de informação necessária para mudanças de estilo de vida mais saudáveis, com o controle do estresse, objetivando a inclusão da atividade física regular e a redução do % de gordura corporal.

6.6. Desenhos das operações para os nós críticos

Quadro 5 - Desenho das operações.

Nó crítico	Operação/ Projeto	Resultados esperados	Produtos	Recursos necessários
Hábitos alimentares não saudáveis.	Saber +: Modificar o consumo rico em sal, açúcar e gorduras	Diminuir em 20% hábitos alimentares não saudáveis o número de pessoas que fazem uso excessivo de Sal, gorduras saturadas e açúcares.	Avaliar o nível de Informação do grupo acerca das práticas alimentares saudáveis, palestras educativas	Cognitivo: Conhecimento científico acerca do temas abordados. Organizacional: definir agenda para trabalhar com o grupo.
Sedentarismo e obesidade	Viver Melhor: Proporcionar Atividade física supervisionada e mudança de	Diminuir em 20% o número de sedentários e obesos para o período de 1 ano.	Programa de caminhadas e exercícios físicos orientados, palestras educativas	Organizacional: formalizar agenda em conjunto com a unidade. Intersetorial: Formalizar ação com apoio do NASF, para

	hábitos de vida			designar educador físico.
Tabagismo e etilismo.	Viver Melhor: Aconselhamento de cessação do tabagismo e redução do consumo de álcool	Diminuir em 20% o número de tabagistas e etilistas para o período de 1 ano.	Programa de apoio e luta contra o tabaco e álcool.	Organizacional: formalizar agenda em conjunto com a unidade. Intersetorial: Formalizar ação com apoio do Centro de apoio psicossocial (CAPS), para designar profissional psicólogo.

6.7. Identificação dos recursos críticos

Quadro 6 - Recursos críticos

Operação projeto	Recurso Críticos
Saber +: Educação sanitária sobre a prevenção de fatores de riscos (obesidade, sedentarismo, etilismo, tabagismo, hábitos alimentares)	Cognitivo: mudança de hábitos de vida Financeiro; para aquisição de recursos audiovisuais.
Viver melhor: proporcionar atividade física supervisionada e mantimento do peso corporal.	Político: articulação intersetorial com outros serviços.

<p>+ Saúde: Proporcionar apoio supervisionado para encorajar o abandono do uso do tabaco e álcool, reduzir a ingestão elevada de sódio.</p>	<p>Cognitivo: Aceitação/responsabilização para mudança de atitude em relação a fatores de riscos.</p> <p>Político: articulação intersetorial.</p>

6.8 - Análises da viabilidade do plano

Quadro 7- Viabilidade do plano.

Operações/ Projetos	Recursos críticos	Ator que controla	Motivação	Ação Estratégica
Saber +: Modificar hábitos alimentares não saudáveis	Financeiro: Para aquisição de recursos audiovisuais	Secretaria de saúde	Favorável	Apresentação de projeto de ação específico e educação direta.
Viver melhor: Proporciona r atividade física supervision ada	Político: articulação intersetorial	Secretaria de saúde	Favorável	Apresentação de projeto de ação específico e educação direta.
+ Saúde: Apoio Proporciona r	Político: articulação intersetorial.	Secretaria de saúde	Favorável	Apresentação de projeto de ação específico e educação direta.

supervisionado para encorajar o abandono do uso do tabaco e álcool.				
---	--	--	--	--

6.9. Elaboração do plano operativo

Quadro 8 Elaboração do plano.

Operação projeto	Resultados esperados	Produtos	Ação estratégica	Responsável	Prazo
Saber +: Modificar hábitos alimentares não saudáveis	Diminuir em 20% o número de pessoas que fazem uso excessivo de sal, gorduras saturadas e açúcares.	Avaliar o nível de informação do grupo acerca das práticas alimentares saudáveis	Apresentar demanda de aquisição de materiais audiovisuais	Médico e enfermeira.	2 meses para início das atividades
Viver Melhor: proporcionar	Diminuir em 20% o	Programa de	Apresentação	Médico e	2 meses para início

atividade física supervisionada	número de sedentários e obesos para o período de 1 ano.	caminhadas e exercícios físicos orientados	de projeto de ação específico	enfermeira	das atividades
+ Saúde: Proporcionar apoio supervisionado para encorajar o abandono do uso do tabaco e álcool	Diminuir em 20% o número de tabagistas e etilistas para o período de 1 ano.	Programa de apoio e luta contra o tabaco e álcool.	Apresentação de projeto de ação específico	Medico e enfermeira	2 meses para início das atividades

6.10- Gestão do plano

Quadro 9 Gestão do plano.

Operação Projeto	Produto	Responsável	Prazo	Situação Atual	Justificativa	Novo Prazo
Saber +: Modificar hábitos alimentares não saudáveis	Avaliar o nível de informação do grupo acerca das práticas alimentares	Medico e enfermeira	2 meses para início das atividades	Campanhas educativas Dietas elaboradas por Nutricionistas.	Complexidade da operação. Planejamento.	3 meses

	saudáveis					
Viver Melhor: proporcionar atividade física supervisionada	Programa de caminhadas e exercícios físicos orientados	Médico e enfermeira	2 meses para início das atividades	Campanhas educativas Realização de atividade física orientada por educador físico	Complexidade da operação. Planejamento.	3 meses
+ Saúde: Proporcionar apoio supervisionado para encorajar o abandono do tabaco e álcool	Programa de apoio e luta contra o tabaco e álcool.	Médico e enfermeira	2 meses para início das atividades	Campanhas educativas Tratamento medicamentoso	Complexidade da operação. Planejamento.	3 meses

Toda esta novidade científica da investigação contou com um plano de gestão, que se relacionou com a fundamentação teórica usada para a educação deste grupo de hipertensos. Ele proporcionou um sistema de conhecimentos que favorecem o

desenvolvimento de hábitos corretos e habilidades, o que permitiu por sua vez a tomada de decisões adequadas ante a hipertensão arterial e melhora da qualidade de vida deste grupo de pacientes, alcançado assim os objetivos propostos em nossa investigação.

A implantação da investigação ocorreu de forma gradual e linear, em um período de 120 dias, onde todas as estratégias foram implantadas. Sendo que as informações apresentadas foram avaliadas juntas com a realização das atividades e a tomada de decisões necessárias.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

São diversos os estudos sobre os fatores de riscos modificáveis da hipertensão arterial crônicas, onde a necessidade de incorporar padrões de atividade física regular, fazer dieta balanceada, cessação do tabagismo, o consumo de álcool, e o estresse os quais são ações importantes no processo de tratamento e acompanhamento de indivíduos com HAS, contribuindo para a melhoria do quadro geral de saúde, como também na qualidade de vida.

As diferenças estatísticas obtidas antes e depois da introdução da intervenção educativa são significativas. Observou-se que as variáveis antropométricas e de adiposidade no período de intervenção apresentaram-se elevadas e não diferiram estatisticamente no decorrer do tempo, onde grande parte relatou ser fisicamente ativo (76,5%), não consumir bebidas alcoólicas (84,9%) nem cigarros (86,6%). Os valores médios do índice de massa corporal, circunferência da cintura, adiposidade e per capita de consumo de açúcar e sal estão acima dos valores considerados adequados. Apenas a média de consumo per capita de óleo apresentou diferença estatística ao final da intervenção ($p=0,007$). O programa de educação apresentou tendência para a redução de fatores de risco modificáveis para doenças cardiovasculares, refletido na redução do consumo de óleo, açúcar e sal, bem como de bebida alcoólica e cigarros. Finalmente, recomenda-se intensificar e expandir esforços em matéria de intervenções educativas para reforçar um controle adequado e permanente dos fatores de riscos modificáveis, o qual sem dúvida permitirá um melhor controle da hipertensão arterial, pois contribuirá na tomada de consciência, respeito ao auto-cuidado por parte de os usuários.

REFERENCIAS

BRANDAO, A. A. et al . Conceituação, epidemiologia e prevenção primária. **J. Bras. Nefrol.**, São Paulo , v. 32, supl. 1, p. 1-4, Sept. 2010 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-28002010000500003&lng=en&nrm=iso>. access on 03 June 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de cadastramento e acompanhamento de hipertensos e diabéticos**. 2002. Disponível em: <http://hiperdia.datasus.gov.br/>. Acesso em: 11 jun. 2006.

CAMPOS, F.C.C. FARIA H. SANTOS, M. A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. NESCON/UFMG - Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. 2ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2012. 110p.

CESARINO C.B. et al. Prevalência e fatores sociodemográficos em hipertensos de São Jose do Rio Preto. **Arq Bras Card**. 2008; 91:31-5.

HILGENBERG, F.da E. et al . Fatores de risco cardiovascular e consumo alimentar em cadetes da Academia da Força Aérea Brasileira. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro , v. 21, n. 4, p. 1165-1174, Apr. 2016 . Available from <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000401165&lng=en&nrm=iso>. access on 03 June 2016.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Base de dados**. Disponível em<<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>> Acesso em: 15 nov. 2014.

PASSOS, V.M.A; ASSIS, T.; BARRETO, S. M.. Hipertensão arterial no Brasil: estimativa de prevalência a partir de estudos de base populacional Hypertension in Brazil: estimates from population-based prevalence studies. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília , v. 15, n. 1, p. 35-45, mar. 2006 . Disponível em <http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742006000100003&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 03 jun. 2016.

SILVA, E. C. et al . Prevalência de hipertensão arterial sistêmica e fatores associados em homens e mulheres residentes em municípios da Amazônia Legal. **Rev. bras. epidemiol.**, São Paulo , v. 19, n. 1, p. 38-51, Mar. 2016.

V DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO ARTERIAL. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo , v. 89, n. 3, p. e24-e79, Sept. 2007 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2007001500012&lng=en&nrm=iso>. access on 03 June 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S0066-782X2007001500012>.