

CARLA CRISTINA BARBOSA PEREIRA

**PROPOSTA DE PLANO DE INTERVENÇÃO À SAÚDE DO ADULTO
RELACIONADA À PREVENÇÃO E CONTROLE DA HIPERTENSÃO ARTERIAL
SISTÊMICA DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA CIDADE NOVA -
GUAPÉ/MG**

Formiga – MG

2011

CARLA CRISTINA BARBOSA PEREIRA

**PROPOSTA DE PLANO DE INTERVENÇÃO À SAÚDE DO ADULTO
RELACIONADA À PREVENÇÃO E CONTROLE DA HIPERTENSÃO ARTERIAL
SISTÊMICA DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA CIDADE NOVA -
GUAPÉ/MG**

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.

Orientador: Prof. Dr. Ricardo Alexandre de Souza

Formiga – MG

2011

CARLA CRISTINA BARBOSA PEREIRA

**PROPOSTA DE PLANO DE INTERVENÇÃO À SAÚDE DO ADULTO
RELACIONADA À PREVENÇÃO E CONTROLE DA HIPERTENSÃO ARTERIAL
SISTÊMICA DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA CIDADE NOVA -
GUAPÉ/MG**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao no
Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde
da Família, Universidade Federal de Minas Gerais,
para obtenção de Certificado de Especialista.

Orientador: Prof. Dr. Ricardo Alexandre de Souza

Banca Examinadora

Prof. Dr. Ricardo Alexandre de Souza (Orientador)

Prof^ª. Dra. Flávia Latini

Aprovado em Belo Horizonte _____/_____/_____

Agradeço primeiramente a Deus pela vida e oportunidades por compartilhar esta experiência, e em especial, à minha família e ao Marcos, meu namorado, pelos apoios incondicionais, em momentos difíceis. Mãe, não tenho palavras para expressar a gratidão por tudo que faz por mim. Pai, sabedoria em saber viver... Aos membros da equipe da ESF Cidade Nova, sem vocês não teríamos realizado o Diagnóstico Situacional, foco deste trabalho.

Agradeço ao orientador Professor Ricardo Alexandre de Souza por nortear com grande sabedoria e precisão a conclusão deste trabalho e ao Tutor Bruno Sena pela bela orientação durante todo o período em que fui sua aluna.

“Se, na verdade, não estou no mundo para simplesmente a ele me adaptar, mas para transformá-lo; se não é possível mudá-lo, sem um certo sonho ou projeto de mundo, devo usar toda possibilidade que tenha para não apenas falar de minha utopia, mas participar de práticas com ela coerentes.”

PAULO FREIRE

RESUMO

No período de janeiro a junho de 2010, foi realizado o Diagnóstico Situacional da Estratégia Saúde da Família (ESF) Cidade Nova, Guapé MG, onde foram observados dados relacionados a aspectos demográficos, ambientais, sócio-econômicos, epidemiológicos e indicadores de cobertura. A coleta dos dados foi realizada em fontes oficiais como Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), Formulário de Cadastro Familiar (Ficha A – SIAB), Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística e informações locais como mapeamento de instituições e projetos na área de abrangência. Foi diagnosticada a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) como maior causa de morbidade e 53,85% dos óbitos foram relacionados à doenças do aparelho circulatório/ cardiovascular, onde todos os óbitos registrados ocorreram em pessoas com idade igual ou superior a 50 anos.

A metodologia utilizada foi análise dos dados do Diagnóstico Situacional da ESF Cidade Nova, Guapé, MG, janeiro a junho, 2010 e revisão sistemática de literatura.

O objetivo deste trabalho é elaborar um plano de intervenções para o controle e a prevenção da HAS à população com idade igual ou superior a de 40 anos da comunidade Cidade Nova, Guapé, MG, buscando longevidade com qualidade de vida, através de mudanças de estilo de vida e realização de atividade física, criação do Grupo VIDA, com acompanhamento multiprofissional e avaliação sistemática dos resultados alcançados, como parte do processo de planejamento e programação.

Palavras-Chaves:

Hipertensão arterial sistêmica, controle e prevenção, proposta de intervenção (Grupo VIDA).

ABSTRACT

From January to June 2010, there was the Situational Diagnosis of the Family Health Strategy (FHS) Cidade Nova, Guapé MG, where they were observed data related to demographic, environmental, socioeconomic, epidemiological and coverage indicators. Data collection was performed on official sources such as Information System (SIAB), Family Registration Form (Form A - SIAB), Brazilian Institute of Geography and Statistics and local information like mapping of institutions and projects in scope. He was diagnosed with high blood pressure (hypertension) as a major cause of morbidity and 53.85% of the deaths were related to diseases of the circulatory / cardiovascular system, where all recorded deaths occurred in people aged over 50 years.

The methodology used was analysis of data from the FHS Situational Diagnosis of Cidade Nova, Guapé, MG, January to June, 2010 and systematic review of literature.

The objective of this work is to develop a plan of interventions for prevention and control of hypertension to the population aged above 40 years Cidade Nova community, Guapé, MG, seeking longevity with quality of life through lifestyle changes life and physical activity, creation of Group Life, with multidisciplinary monitoring and systematic evaluation of the results achieved as part of the process of planning and scheduling.

Key words:

Hypertension, control and prevention, intervention proposal (LIFE Group).

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Número de pessoas segundo a faixa etária distribuídos por microáreas da área de abrangência da ESF Cidade Nova, Guapé, MG, janeiro a junho de 2010	23
Tabela 2 – Distribuição de consultas médicas segundo a faixa etária da população atendida pela ESF Cidade Nova, Guapé, MG, janeiro a junho de 2010	24
Tabela 3 – Distribuição do percentual de atendimento relacionada à adesão a programas do Ministério da Saúde na área de abrangência da ESF Cidade Nova, Guapé, MG, janeiro a junho de 2010	25
Tabela 4 – Distribuição do número de óbitos, segundo a faixa etária, na área de abrangência da ESF Cidade Nova, Guapé, MG, janeiro a junho de 2010.....	26
Tabela 5 – Distribuição do número de óbitos de residentes da área de abrangência da ESF Cidade Nova, segundo a causa, janeiro a junho de 2010.....	27
Tabela 6 – Classificação da pressão arterial de acordo com a medida casual no consultório (>18 anos) e prazo máximo para reavaliação segundo as VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão, 2010	35
Tabela 7 – Algumas modificações de estilo de vida e redução aproximada de pressão arterial sistólica (PAS).....	40

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Causas de morbidade e/ou condição referida da população da ESF Cidade Nova, Guapé, MG, 2010.....	28
Gráfico 2 – Destino do lixo da população da ESF Cidade Nova, Guapé, MG, 2010.....	30
Gráfico 3 – Destino das águas residuais da área de abrangência da ESF Cidade Nova, Guapé, MG, 2010	31
Gráfico 4 – Potabilização da água da área de abrangência da ESF Cidade Nova, Guapé, MG, 2010.....	32
Gráfico 5 – Abastecimento de água da área de abrangência da ESF Cidade Nova, Guapé, MG, 2010	33

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Plano de Intervenção Proposto: Grupo VIDA, Guapé, MG	43
---	----

LISTA DE ABREVIATURAS

ACD – Auxiliar de Cirurgiã Dentista

ACS – Agente Comunitário de Saúde

BPC - Benefício de Prestação Continuada da Assistência Social

CD – Cirurgiã Dentista

CEABSF – Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família

CIEG – Centro Integrado de ensino de Guapé

CONAB – Companhia Nacional de Abastecimento

CRAS – Centro de Referência de Assistência Social

ESB – Equipe de Saúde Bucal

ESF – Estratégia Saúde da Família

HAS – Hipertensão Arterial Sistêmica

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

MAPA – Monitorização Ambulatorial da Pressão Arterial

MG – Minas Gerais

MRPA - Monitorização Residencial da Pressão Arterial

MS – Ministério da Saúde do Brasil

Na Cl – Cloreto de Sódio

PAIF – Programa de Atenção Integral a Família

PAS – Pressão Arterial Sistólica

PSF – Programa Saúde da Família

SAAE – Serviço Autônomo de Água e Esgoto

SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica

SUS – Sistema Único de Saúde

UBS – Unidade Básica de Saúde

UFMG – Universidade Federal de Minas Gerais

SUMÁRIO

1 – INTRODUÇÃO.....	14
2 – OBJETIVOS.....	17
3 – METODOLOGIA.....	18
4 – RESULTADOS	21
4.1 – DIAGNÓSTICO LOCAL DA ESF CIDADE NOVA, GUAPÉ, MG.....	21
4.2 – CENÁRIO.....	30
4.3 – FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	34
4.3.1 – HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA	34
4.3.2. – FATORES DE RISCO PARA A HAS	36
4.3.3 – EPIDEMIOLOGIA DA HAS	37
4.3.4 – ASPECTOS COMPORTAMENTAIS RELACIONADOS À HAS	38
4.4 – GRUPO VIDA.....	41
5- CONCLUSÃO	46
REFERÊNCIAS	47
ANEXOS	50

1 – INTRODUÇÃO

A cidade de Guapé está localizada no Sul de Minas Gerais (MG), possui uma população estimada de 13.872 habitantes, de acordo com dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) de 2010. A construção da represa de Furnas para instalação da Usina Hidrelétrica, provocou a inundação de boa parte do município. No dia 19 de janeiro de 1963, as águas atingiram as partes baixas de Guapé. Em março de 1965, o lago de 1440 Km² estava completo e inundou 206 Km² do município (PREFEITURA MUNICIPAL DE GUAPÉ, 2011). A maior fonte de renda da cidade é a agricultura, sendo o café um dos produtos com maior destaque econômico da região. O Município possui ainda outras fontes de renda, como a pecuária, produção de grãos (milho, arroz e feijão), cachaça artesanal, extração de pedras (quartzito) e o ecoturismo (WIKIPEDIA, 2011a).

A população é assistida por quatro equipes de Saúde da Família: Cidade Nova, Recanto do Lago, Paraíso Aquático das Gerais e Conceição Alves Barbosa. As três primeiras equipes possuem microáreas na cidade e zona rural e a equipe Conceição Alves Barbosa abrange apenas zona rural.

O Programa de Saúde da Família (PSF) foi iniciado no Brasil em 1994. Trata-se de estratégia de mudança e de organização da atenção básica do Sistema Único de Saúde (SUS), para a efetiva melhoria das condições de vida da comunidade. O PSF busca acolher integralmente as necessidades de uma comunidade definida por limites territoriais, interferindo nos padrões de produção de saúde e doença e, conseqüentemente, melhorando os indicadores de saúde. Além disso, é um modelo de atenção de caráter substitutivo que, demanda novas práticas, resultando na reorganização do processo de trabalho, o que permite nova lógica de estruturação de espaço físico nas Unidades de Saúde da Família (BRASIL, 2004).

De acordo FARIA, COELHO, WERNECK, SANTOS (2008), durante o século XX, o hospital e seu quadro médico ocuparam posição de centralidade na organização dos sistemas de saúde em quase todo ocidente e em 1978, a Organização Mundial de Saúde, lançou o programa Saúde para Todos no ano 2000, com ênfase na prevenção e promoção à saúde, com

participação comunitária, intersetorialidade para abordagem dos determinantes sociais das doenças, atuação de equipes multiprofissionais na atenção básica.

Os princípios fundamentais da atenção básica no Brasil são: integralidade, qualidade, equidade e participação social. Mediante a adscrição de clientela, as equipes Saúde da Família estabelecem vínculo com a população, possibilitando o compromisso e a corresponsabilidade destes profissionais com os usuários e a comunidade. O desafio das referidas equipes é o de ampliar suas fronteiras de atuação, visando maior resolubilidade da atenção, na qual a Saúde da Família é compreendida como a estratégia principal para mudança de modelo na atenção à saúde, que deverá sempre se integrar a todo o contexto de reorganização do sistema de saúde (BRASIL, Atenção Básica e a Saúde da Família). Disponível em <<http://dab.saude.gov.br/atencaoBasica.php>>.

A ESF é entendida como projeto de reorganização da atenção básica e de implantação de um modelo assistencial que está expresso na Constituição Brasileira (FARIA, COELHO, WERNECK, SANTOS, 2008).

No período de Janeiro a Junho de 2010, foi realizado o Diagnóstico Situacional da Estratégia Saúde da Família (ESF) Cidade Nova, no qual foram detectados altos índices de morbimortalidade (53,85%) na população adscrita, relacionada às doenças do aparelho circulatório/ cardiovascular. Os óbitos registrados, neste período, ocorreram todos em pessoas com idade igual ou superior a 50 anos.

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é a mais freqüente das doenças cardiovasculares. É também o principal fator de risco para as complicações mais comuns como, acidente vascular cerebral e infarto agudo do miocárdio, além da doença renal crônica terminal (BRASIL, 2006a).

No Brasil, cerca de 17 milhões de pessoas são portadoras de HAS, 35,00% da população de 40 anos e mais, sendo este número crescente. A morbimortalidade devido a HAS é muito alta e por isso é um grande problema de saúde pública no Brasil e no mundo (BRASIL, 2006a).

O Ministério da Saúde vem adotando várias estratégias e ações para reduzir o ônus das doenças cardiovasculares na população brasileira. Estima – se que mais de 15 milhões de brasileiros é portador de HAS, sendo aproximadamente 12.410.753 usuários do SUS. Mais de

1/3 desconhecem a doença e menos de 1/3 dos hipertensos com diagnóstico apresentam níveis adequados de pressão arterial com tratamento proposto. Há consenso sobre a importância da adoção de estratégias de atenção integral, cada vez mais precoces ao longo do ciclo de vida, focadas na prevenção do aparecimento de hipertensão arterial e suas complicações (BRASIL, 2006b).

Os profissionais de saúde da rede básica têm importância primordial nas estratégias de controle da HAS, quer na definição do diagnóstico clínico e da conduta terapêutica, quer nos esforços requeridos para informar e educar o paciente hipertenso, bem como de sensibilizá-lo a seguir o tratamento. Salienta-se que a manutenção da motivação do paciente é talvez uma das maiores dificuldades que os profissionais de saúde enfrentam em relação ao hipertenso (BRASIL, 2006a).

Diante do exposto, a HAS torna-se objeto ideal na elaboração de um projeto de intervenção no Município de Guapé e na ESF Cidade Nova. Este trabalho foi realizado visando propor medidas para o controle e prevenção de HAS na população, com idade igual ou superior a 40 anos da área de abrangência da ESF Cidade Nova, pois aprimorará seus conhecimentos teórico-práticos. Por sua vez, a população da comunidade Cidade Nova, no Município de Guapé – MG será beneficiada por um plano de intervenção que visa à qualidade de vida dos seus membros.

2 – OBJETIVOS

Objetivo geral

Elaborar um plano de intervenções para controle e prevenção da Hipertensão Arterial Sistêmica à população, com idade igual ou superior a de 40 anos da comunidade Cidade Nova, Guapé, MG.

Objetivos Específicos

- Definir ações, com base em evidências científicas, para o controle e prevenção da Hipertensão Arterial Sistêmica, para a população adscrita, com idade igual ou superior a 40 anos.
- Unificar a assistência multiprofissional na ESF Cidade Nova no combate a Hipertensão Arterial Sistêmica para a promoção à saúde.
- Desenvolver relação de vínculo e responsabilização entre a equipe multiprofissional e a população adscrita, garantindo a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado.
- Realizar avaliação e acompanhamento sistemático dos resultados alcançados, como parte do processo de planejamento e programação.

3 - METODOLOGIA

Este estudo refere-se a uma proposta de plano de intervenção com ênfase na prevenção e controle da HAS para a população, com idade igual ou superior a 40 anos, da área adscrita da ESF Cidade Nova, do Município de Guapé – MG.

A metodologia utilizada foi de análise dos dados do Diagnóstico Situacional da ESF Cidade Nova, realizado no período de janeiro a junho de 2010, e revisão de literatura.

Em Janeiro de 2010 foi solicitado pela Coordenadora da Atenção Básica que todas as ESF do Município realizassem o Diagnóstico Situacional da área adscrita no período de janeiro a junho (2010). Utilizou-se para levantamento dos dados, o Formulário de Cadastro Familiar (Ficha A – Sistema de Informação da Atenção Básica - SIAB), no anexo A, realizado pelos ACS (agente comunitário de saúde). A consolidação e análise do Diagnóstico Situacional da ESF Cidade Nova foram realizadas pela enfermeira, paralelo à equipe, através de método qualitativo e quantitativo, utilizando gráficos e tabelas, conforme descritos neste estudo.

Após a realização do Diagnóstico Situacional da ESF Cidade Nova, foram identificados os problemas da comunidade e priorizada a HAS como maior causa de morbimortalidade da população adscrita para a elaboração da proposta do plano de intervenção.

A palavra diagnóstico, originada do grego, *diagnosticu - dia* (através de); *gnosticu* (alusivo ao conhecimento) quer dizer, através do conhecimento (WIKIPÉDIA, 2011b). Portanto o desafio é levantar dados, transformá-los em informação para produzir um conhecimento, que subsidie o planejamento. O planejamento é um mediador entre o conhecimento e a ação (CARDOSO, FARIA, SANTOS, 2008).

Segundo os mesmos autores, “para cada problema selecionado deve ser elaborado um único projeto de intervenção. A este conjunto de projetos denominamos plano de ação”. A elaboração do diagnóstico situacional, a identificação, a priorização dos problemas e a construção do plano de ação são etapas fundamentais no processo de planejamento e demandam muito trabalho da equipe de saúde (CARDOSO, FARIA, SANTOS, 2008).

O planejamento é o processo derivado da função da administração de planejar, que significa especificar os objetivos e decidir antecipadamente as ações apropriadas que devam ser executadas para atingir esses objetivos (GESTÃO E LIDERANÇAS, 2008). O planejamento é um cálculo que precede e preside a ação, sendo um cálculo sistemático que articula a situação, apoiado por teorias e métodos (CARDOSO, FARIA, SANTOS, 2008).

O planejamento estratégico utiliza metodologia de planejamento que procura simplificar, tornando mais ágil a operacionalização (CARDOSO, FARIA, SANTOS, 2008). O planejamento estratégico situacional, a partir de seus fundamentos e métodos, propõe seu desenvolvimento de forma participativa, incluindo a população e vários atores sociais, com propostas e estratégias de solução, promovendo maior viabilidade política e efetivação do plano de ação (CARDOSO, FARIA, SANTOS, 2008).

Para a etapa de revisão de literatura, optou-se pela revisão integrativa. Para tal, foram selecionados os seguintes artigos e textos, bem como livros do Ministério da Saúde: Manual técnico para estruturação física de Unidades de Saúde da Família (2004); Caderno de Atenção Básica nº. 14 = Prevenção Clínica de Doença Cardiovascular, Cerebrovascular e Renal Crônica (2006); Caderno de Atenção Básica nº. 15 = Hipertensão Arterial Sistêmica (2006); Revista Brasileira de Hipertensão - VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão (2010); Módulos 2,3 e 4 - UFMG; NESCON; e outros autores conforme referências bibliográficas. Foram utilizados como auxílio para revisão de literatura os seguintes sítios na internet:

- <http://www.guape.mg.gov.br/secao/10/historia>),
- <http://pt.wikipedia.org/wiki/Guap%C3%A9>,
- http://dab.saude.gov.br/atencao_basica.php,
- www.ibge.gov.br/cidadesat/painel/painel.phn?codmun=312810,
- <http://snbu.bvs.br/snbu2000/docs/pt/doc/t051.doc>,
- <http://www.scielo.br/pdf/csp/v20n4/23.pdf>,
- http://www.fen.ufg.br/revista/revista6_3/pdf/03_Original.pdf,
- http://pt.wikipedia.org/wiki/Hipertens%C3%A3o_arterial,
- <http://pt.wikipedia.org/wiki/Diagn%C3%B3stico>,

- http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_basica_2006.pdf,

http://www.anad.org.br/profissionais/images/VI_Diretrizes_Bras_Hipertens_RDHA_6485.pdf

-<http://www.portaleducacao.com.br/gestao-e-lideranca/artigos/3951/o-que-e-planejamento-estrategico>,

- <http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2009/CD49-11-p.pdf>.

4.3 – FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

4.3.1 - HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA

A HAS é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial. Associa-se frequentemente a alterações funcionais considerando e/ou estruturais dos órgãos-alvo (coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos) e as alterações metabólicas, com consequente aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais (VI DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO, 2010).

Para as VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão (2010), a classificação da pressão arterial sistólica e diastólica, de acordo com a medida casual no consultório (> 18 anos), e prazo máximo para reavaliação, conforme Tabela 6, são: ótima (<120mmHg e <80mmHg), normal (<130mmHg e/ou <85mmHg, reavaliar em um ano e estimular mudanças de estilo de vida), limítrofe, a qual deverá ser estimulado mudanças de estilo de vida e deverá ser reavaliada em 6 meses. A HAS é classificada em estágios: estágio 1 (140-159mmHg e/ou 90-99mmHg, confirmar em dois meses e insistir em mudanças de estilo de vida), estágio 2 (160-179mmHg e/ou 100-109mmHg, confirmar em um mês e considerar MAPA - monitorização ambulatorial da pressão arterial/MRPA - monitorização residencial da pressão arterial) e estágio 3 (≥ 180 mmHg e/ou ≥ 110 mmHg, intervenção medicamentosa imediata ou reavaliar em uma semana).

Tabela 6 - Classificação da pressão arterial de acordo com a medida casual no consultório (> 18 anos) e prazo máximo para reavaliação, segundo as VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão, 2010.

Classificação da pressão arterial*	***Pressão arterial inicial sistólica	***Pressão arterial inicial diastólica	Seguimento (prazos máximos para reavaliação)****
Ótima	< 120 mmHg	< 80 mmHg	
Normal	< 130 mmHg	< 85 mmHg	Reavaliar em 1 ano Estimular mudança no estilo de vida
Limítrofe**	130-139 mmHg	85-89 mmHg	Reavaliar em 6 meses***** Insistir em mudança de estilo de vida
Estágio 1	140-159 mmHg	90-99 mmHg	Confirmar em dois meses***** Considerar MAPA/MRPA
Estágio 2	160-179 mmHg	100-109 mmHg	Confirmar em um mês***** Considerar MAPA/MRPA
Estágio 3	≥ 180 mmHg	≥ 110 mmHg	Intervenção medicamentosa imediata ou reavaliar em uma semana*****
Hipertensão sistólica isolada	≥ 140 mmHg	< 90 mmHg	

*Quando as pressões sistólica e diastólica situam-se em categorias diferentes, a maior deve ser utilizada para classificação

**Pressão normal-alta ou pré-hipertensão são termos que se equivalem na literatura

***.Se as pressões sistólicas e diastólicas forem de estágios diferentes, o seguimento recomendado deve ser definido pelo maior nível de pressão

**** Modificar o esquema de seguimento de acordo com a condição clínica do paciente

***** Considerar intervenção de acordo com a situação clínica do paciente (fatores de risco maiores, doenças associadas e lesão em órgãos alvo)

MAPA: Monitorização ambulatorial da pressão arterial

MRPA: Monitorização residencial da pressão arterial

A hipertensão sistólica isolada é definida como comportamento anormal da pressão arterial sistólica com pressão arterial diastólica normal.

A linha demarcatória que define HAS, considera valores de pressão sistólica ≥ 140 mmHg e/ou pressão diastólica ≥ 90 mmHg em medidas de consultório. O diagnóstico deverá ser sempre validado por medidas repetidas, em condições ideais. O diagnóstico deverá ser sempre validado por medidas repetidas, em condições ideais, em pelo menos três ocasiões (VI DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO, 2010).

4.3.2 - FATORES DE RISCO PARA A HAS

De acordo com as VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão (2010), a HAS pode ou não surgir em qualquer indivíduo, em qualquer época de sua vida, mas algumas situações aumentam este risco sendo considerados fatores de risco para a HAS:

- Idade: existe relação direta e linear de pressão arterial com a idade, sendo a prevalência de HAS superior a 60,00%, acima de 65 anos.
- Gênero e Etnia: a prevalência global de HAS entre homens e mulheres é semelhante, embora seja mais elevada em homens até os 50 anos, invertendo-se a partir da quinta década. A HAS é duas vezes mais prevalente em indivíduos de cor não branca. Estudos brasileiros com abordagem simultânea de gênero e cor demonstraram predomínio de mulheres negras com excesso de HAS de até 130,00% em relação às brancas.
- Obesidade: o excesso de peso se associa com a maior prevalência de HAS desde idades jovens.
- Consumo de sal: a ingestão excessiva de sódio tem sido correlacionada com a elevação da pressão arterial. Consumo de álcool: O consumo elevado está associado a aumento de risco. o consumo moderado e leve tem efeito controverso, não homogêneo para todas as pessoas.
- Ingestão de álcool: a ingestão de álcool por períodos prolongados de tempo pode aumentar a pressão arterial e a mortalidade cardiovascular e geral.
- Sedentarismo: a atividade física reduz a incidência de HAS, mesmo em indivíduos pré-hipertensos, bem como a mortalidade e o risco de doença cardiovascular.

- Fatores socioeconômicos: a influência do nível sócioeconômico na ocorrência da HAS é complexa e difícil de ser estabelecida. No Brasil, a HAS foi mais prevalente entre indivíduos com menor escolaridade.
- Genética: a contribuição de fatores genéticos para a gênese da HAS está bem estabelecida na população, mas até o momento não existem variantes genéticas que possam ser utilizadas para predizer o risco individual de desenvolver a HAS.
- Outros fatores de risco cardiovascular: os fatores de risco cardiovascular frequentemente se apresentam de forma agregada, relacionados a lesões de órgãos-alvo e alterações metabólicas como diabetes melito e dislipidemias. A predisposição genética e os fatores ambientais tendem a contribuir para essa combinação em famílias com estilo de vida pouco saudáveis.

A diabetes mellitus e a síndrome metabólica são considerados alto risco para eventos cardiovasculares e necessitam de intervenção imediata e contínua para cada fator de risco específico (VI DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO, 2010).

4.3.3 – EPIDEMIOLOGIA DA HAS

A HAS é responsável por pelo menos 40,00% das mortes decorrentes de complicações por acidente vascular encefálico, por 25,00% das mortes por doença arterial coronariana e, em combinação com o diabetes, 50,00% dos casos de insuficiência renal terminal (BRASIL, 2006a).

A cada ano morrem 7,60 milhões de pessoas em todo o mundo devido à HAS; cerca de 80,00% dessas mortes ocorrem em países em desenvolvimento, como o Brasil, sendo que mais da metade das vítimas tem entre 45 e 69 anos. No Brasil, a HAS afeta mais de 30 milhões de brasileiros, sendo o mais importante fator de risco para o desenvolvimento das doenças cardiovasculares, sendo que em 2007 foram registrados 308.466 óbitos por doenças do aparelho circulatório (VI DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO, 2010).

O termo prevalência indica o número de casos em um determinado momento (WIKIPEDIA, 2011c). De acordo com as VI Diretrizes de Hipertensão (2010), a HAS tem alta prevalência e baixas taxas de controle, sendo considerada um dos principais fatores de risco

modificáveis e um dos principais problemas de saúde pública. Inquéritos populacionais, em cidades brasileiras, nos últimos 20 anos que apontaram prevalência de HAS acima de 30,00%, considerando-se os valores de pressão arterial $\geq 140/90$ mmHg, 22 estudos encontraram prevalência de 22,30% a 43,90% (média de 32,50%), com mais de 50,00% entre 60 e 69 anos e 75,00% acima de 70 anos (VI DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO, 2010).

4.3.4 – ASPECTOS COMPORTAMENTAIS RELACIONADOS À HAS

Os comportamentos em saúde têm sido estudados com o intuito de nortear as estratégias de Educação em Saúde, para mudar práticas consideradas insalubres pelas instituições de saúde. Sobre esse aspecto, os pesquisadores têm realizado trabalhos para investigar os conhecimentos, atitudes e práticas para diversas doenças (LIMA, BUCHER, LIMA, 2004).

Para BARRETO-FILHO e KRIEGER (2003), aproximadamente 90,00% a 95,00% dos casos de HAS não estão relacionados à etiologia conhecida, sendo o controle da doença obtido por mudanças do estilo de vida e tratamento farmacológico.

As mudanças no estilo de vida são recomendadas na prevenção primária da HAS porque reduzem a pressão arterial, bem como a mortalidade cardiovascular através da inclusão de hábitos saudáveis de vida, os quais devem ser adotados desde a infância e adolescência, onde 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).

Os exercícios aeróbicos (isotônicos) promovem redução de pressão arterial, estando indicados para a prevenção e o tratamento da HAS promovendo saúde cardiovascular e qualidade de vida e devem ser complementados pelos resistidos. Todo adulto deve realizar, pelo menos cinco vezes por semana, 30 minutos de atividade física moderada de forma contínua ou acumulada, desde que em condições de realizá-la, iniciando com atividades leves a moderadas. Recomenda-se avaliação médica antes do início de um programa de treinamento

estruturado e sua interrupção na presença de sintomas. Em hipertensos, a sessão de treinamento não deve ser iniciada se as pressões arteriais estiverem superiores a 160 e/ou 105 mmHg, respectivamente. Somente após estarem adaptados e não haja nenhuma contra-indicação é que podem passar às atividades vigorosas. As atividades moderadas são consideradas aquelas em que se mantém entre 70,00% e 80,00% da frequência cardíaca máxima ou de pico, sendo considerada a faixa ideal para o treinamento que visa à prevenção e o tratamento da HAS. A utilização da técnica da respiração lenta, com dez respirações por minuto por 15 minutos diários, com ou sem uso de equipamento, tem mostrado redução da pressão arterial (VI DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO, 2010).

Fatores psicossociais, econômicos, educacionais e o estresse emocional participam do desencadeamento e da manutenção da HAS, podendo funcionar como barreiras para a adesão ao tratamento e mudanças de hábitos (VI DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO, 2010).

O excesso de peso corporal tem forte correlação com o aumento da pressão arterial. O aumento do peso é um fator predisponente para a HAS. Estima-se que 20,00% a 30,00% da prevalência da hipertensão pode ser explicada pela presença do excesso de peso (BRASIL, 2006a).

As VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão (2010) orientam que dietas ricas em frutas, fibras, minerais, hortaliças e laticínios com baixo teor de gordura, têm importante impacto na redução da pressão arterial, as quais em conjunto com orientações nutricionais auxiliam para o emagrecimento, reduzindo também biomarcadores de risco cardiovascular.

Com relação ao sal (cloreto de sódio — NaCl), as VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão (2010), afirmam que há muito tempo tem sido considerado importante fator no desenvolvimento e na intensidade da HAS, apesar das diferenças individuais de sensibilidade, na qual modestas reduções na quantidade de sal são eficientes em reduzir a pressão arterial. Tais evidências reforçam a necessidade de orientação a hipertensos quanto a benefícios da redução de sódio na dieta. A necessidade de sódio para seres humanos é de 5g de cloreto de sódio ou sal de cozinha. O consumo médio do brasileiro corresponde ao dobro do recomendado.

A associação entre ingestão de álcool e as alterações de pressão arterial dependem da quantidade ingerida. O consumo maior de etanol eleva a pressão arterial e está associada a

maior morbidade e mortalidade (VI DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO, 2010).

Considerando as principais intervenções não medicamentosas, pode observar os benefícios médios estimados na população após sua aplicação, de acordo com as VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão (2010), demonstradas na Tabela 7 a seguir:

Tabela 7 – (*) Algumas modificações de estilo de vida e redução aproximada da pressão arterial sistólica (PAS).

Modificação	Recomendação	(**) Redução aproximada da PAS
Controle de Peso	Manter o peso corporal na faixa normal (índice de massa corpórea entre 18,5 e 24,9 Kg/m ²).	5 a 20 mmHg para cada 10 kg de peso reduzido
Padrão alimentar	Consumir dieta rica em frutas, vegetais e alimentos com baixa densidade calórica e baixo teor de gorduras saturadas e totais. Adotar dieta rica em frutas, fibras, minerais, hortaliças e laticínios com baixo teor de gordura.	8 a 14 mmHg
Redução do consumo de sal	Reduzir a ingestão de sódio para não mais de 2g (5 g de sal/dia)= no máximo 3 colheres de café rasas de sal = 3g + 2g de sal dos próprios alimentos.	2 a 8 mmHg
Moderação no consumo de álcool	Limitar o consumo de 30g/dia de etanol para os homens e 15g/dia para as mulheres.	2 a 4 mmHg
Exercício Físico	Habituar-se a prática regular de atividade física aeróbica, como caminhadas, por pelo menos 30 minutos/dia, 3 vezes/semana para prevenção e diariamente para tratamento.	4 a 9 mmHg
* Associar abandono de tabagismo para reduzir o risco cardiovascular.		
** Pode haver efeito aditivo para algumas das medidas adotadas.		

A inserção de outros profissionais, especialmente nutricionistas, assistentes sociais, psicólogos, odontólogos, professores de educação física, é vista como bastante enriquecedora,

destacando a importância da ação interdisciplinar para a prevenção e controle de diabetes e de HAS (BRASIL, 2006a).

A implementação de medidas de prevenção contra a HAS representa um grande desafio para os profissionais e gestores da área da saúde. No Brasil, 75,00% da assistência à saúde é realizada pela rede pública do SUS. A prevenção primária e a detecção precoce são as formas mais efetivas de evitar as doenças e devem ser metas prioritárias dos profissionais de saúde (VI DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO, 2010).

De acordo com FARIA, COELHO, WERNECK, SANTOS (2008), a efetivação das ações da atenção básica depende fundamentalmente de uma sólida política de educação permanente, capaz de formar/manter profissionais com habilidades e competências que lhes permitam compreender e atuar no SUS com profissionalismo, espírito crítico e compromisso político.

4.4 – GRUPO VIDA

A ESF é elemento essencial para a reorientação do modelo de atenção à saúde. Esta estratégia tem possibilitado a identificação de um conjunto de questões relativas às bases conceituais e operacionais, do que se tem denominado, Atenção Básica à Saúde, no Brasil, e de suas relações com os demais níveis do sistema. Esta discussão fundamenta-se nos eixos transversais da universalidade, integralidade e equidade, em um contexto de descentralização e controle social da gestão, princípios assistenciais e organizativos do SUS (BRASIL, Atenção Básica e a Saúde da Família).

Ao Departamento de Atenção Básica cabe desenvolver mecanismos de controle e avaliação, prestar cooperação técnica a estas instâncias de gestão na implementação e organização da ESF e ações de atendimento básico como o de Saúde Bucal, de Diabetes e Hipertensão, de Alimentação e Nutrição, de Gestão e Estratégia e de Avaliação e Acompanhamento (BRASIL, Atenção Básica e a Saúde da Família). No Brasil, na organização da Atenção Básica, a aproximação entre os profissionais de saúde e a comunidade, em território definido, é um princípio importante para a concretização do modelo proposto. Esta aproximação trouxe como consequência, na maioria das UBS,

expressivo aumento na demanda espontânea. Assim tem sido essencial pensar estratégias que garantam os princípios constitucionais do SUS, dando resposta à demanda espontânea, contribuindo com a construção de um modelo baseado na priorização do planejamento das ações de promoção e prevenção (VASCONCELOS, GRILO, SOARES, 2009).

Com a implantação da ESF, o trabalho com grupos foi incorporado pelas equipes, sugerido em planos nacionais de organização da atenção à saúde. O trabalho com grupos está entre os espaços mais comuns de práticas de educação em saúde na Atenção Básica (VASCONCELOS, GRILO, SOARES, 2009).

O desafio representado pela implementação do SUS exige cada vez mais a utilização de ferramentas e tecnologias que facilitem a identificação dos principais problemas de saúde das nossas comunidades e a definição de intervenções eficientes e eficazes. Uma dessas ferramentas é o Planejamento (CARDOSO, FARIA, SANTOS, 2008).

Após a coleta e análise dos dados do Diagnóstico Situacional da ESF Cidade Nova, realizado no período de janeiro a junho de 2010, a HAS foi identificada como principal causa de morbimortalidade a população adscrita e priorizada na proposição de intervenções. O plano de intervenção é o mecanismo utilizado para a prevenção e o controle da HAS na área de abrangência da ESF Cidade Nova, Guapé, MG.

Após a identificação do problema e suas causas, torna-se necessário pensar as soluções e estratégias para o enfrentamento do problema, iniciando a elaboração do plano de ação propriamente dito (CARDOSO, FARIA, SANTOS, 2008).

A proposta do plano de intervenção é a criação do grupo VIDA, cujo objetivo principal é estimular mudanças de estilo de vida, principalmente, a prática de exercícios físicos e conscientização de que novos hábitos comportamentais são importantes para prevenção e controle da HAS.

A equipe multiprofissional formada por médico, enfermeira, agentes comunitários de saúde, profissional de educação física, nutricionista, psicólogo e fisioterapeuta será capacitada para implementação do projeto.

Os critérios de inclusão para participação no Grupo VIDA são: liberação médica (atestado médico) e interesse das pessoas em participar.

Os usuários serão avaliados durante consulta médica e realizarão exames complementares, de acordo com critério médico. Não havendo contraindicação, as pessoas avaliadas poderão se cadastrar no grupo VIDA, portando o atestado médico.

Os valores da pressão arterial dos participantes serão aferidos pela enfermeira ou pela técnica de enfermagem e serão registrados na ficha de acompanhamento e controle dos níveis pressóricos (Anexo E). Não havendo contraindicação, as pessoas avaliadas poderão iniciar o programa de atividade física proposto pelo Grupo VIDA, conforme descrito no Quadro 1.

Quadro 1 – Plano de Intervenção Proposto: Grupo VIDA, Guapé, MG

O que fazer	Quem	Onde	Quando	Produto esperado
Cursos de Capacitação e Educação permanente para esclarecer o projeto e qualificação da equipe multiprofissional	Todos os profissionais da equipe multiprofissional	Auditório da ESF Cidade Nova	Periodicamente	Capacitar e conscientizar os membros da equipe multiprofissional. Promover a prevenção e promoção de qualidade de vida do público alvo
Cadastro da população alvo (População de 40 anos ou mais da área adscrita)	Agentes Comunitários de Saúde	Formulário de Cadastro Familiar (Ficha A – SIAB)	Diariamente	Coletar dados para levantamento do público alvo e criação do Grupo VIDA
Avaliação médica do público alvo para realização das atividades físicas	Médico	Consultório médico da ESF Cidade Nova	Diariamente	Selecionar os participantes do Grupo VIDA, de acordo com as condições de saúde para qualidade e segurança nas ações propostas

Atividades de promoção e prevenção em Saúde	Enfermeira ou Técnica de enfermagem.	Centro Pastoral.	2° e 4° e 6° feiras das 7h e 45m às 8 horas	Aferir e monitorar a pressão arterial dos participantes
	Profissional de educação Física	Centro Pastoral. Trajeto em ruas planas e com pouco tráfego	Alongamento, atividade física e relaxamento: 2° e 6° feiras das 8 às 8h e 45m Caminhada: 4° feira das 8 às 8h e 45m	Reduzir os níveis pressóricos do público alvo, por meio da realização de atividade física
Palestras educativas	Equipe multiprofissional	Centro Pastoral	Mensalmente	Informar e conscientizar todos os participantes do Grupo VIDA sobre prevenção, controle e riscos à saúde relacionados a HAS
Alternativas de lazer com instalação de aparelhos de ginástica para academia aberta ao público	Poder Público Municipal	Praça Dr. Passos Maia	Um ano para elaboração do projeto e início das atividades	Instalar a Academia Pública
Avaliação da satisfação do participante do Grupo VIDA (aspecto físico, mental e social)	Equipe multiprofissional	Centro Pastoral	A cada 4 meses	Prevenção e controle da HAS e avaliação do plano de intervenção

Serão utilizados três instrumentos para o Grupo VIDA: cadastro do usuário (Anexo F), acompanhamento e controle dos níveis pressóricos (Anexo E), onde serão registrados os níveis pressóricos dos participantes do Grupo, e o questionário de satisfação (Anexo G), que será preenchido pelos participantes, a cada 4 meses, para avaliar os resultados obtidos e fornecer dados à equipe para avaliação do plano de intervenção.

A proposta do Plano de Intervenção é viável, pois tem como público alvo uma população participativa e consciente da necessidade de realizar atividades físicas, no cotidiano, para a promoção da saúde.

5 – CONCLUSÃO

A HAS é uma doença que acomete pessoas de todas as camadas sociais e representa um grande problema de saúde pública, que necessita de urgente intervenção para o seu controle e prevenção.

Em um País que apresenta diversas condições de vida, entre os componentes das diferentes classes sociais, a proposta de construção do SUS, universal, equânime, com atenção resolutiva e integral e controle social, é um grande desafio técnico, ético e político. Neste contexto, os profissionais de saúde, gestores e trabalhadores de ensino e membros da sociedade civil organizada somam esforços para a concretização de um ideal que vai além da área de saúde: garantir ao cidadão o direito de ter direito.

É necessário desenvolver e intensificar as estratégias educativas que influenciem a mudança de comportamento da população, no sentido de mudanças de hábitos relacionados ao estilo de vida.

À partir da conscientização da necessidade destas mudanças pelas pessoas, bem como no âmbito político, administrativo, assistencial e comportamental, será possível, a prevenção e o controle da HAS.

A Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família (CEABSF - UFMG) foi de grande importância para a concretização deste trabalho, pois proporcionou a elaboração de tarefas, dentre elas o Diagnóstico Situacional, no qual foi possível identificar os problemas existentes, priorizar as necessidades para a elaboração da proposta de Plano de Intervenção, visando qualidade de vida para a população adscrita.

REFERÊNCIAS

BARRETO-FILHO, J.A.S; KRIEGER, J.E. Genética e Hipertensão Arterial: conhecimento aplicado à prática clínica. **Rev. Soc. Bras. Card. Estado de São Paulo**, v.13, n.1, p. 46-55, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação de Gestão da Atenção Básica. **Manual técnico para estruturação física de Unidades de Saúde da Família**. Brasília, DF. Julho, 2004. p.4.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da Família. **Atenção Básica e a Saúde da Família**. Disponível em <http://dab.saude.gov.br/atencao_basica.php>. Acesso em 23 jul. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Hipertensão Arterial Sistêmica – Série Cadernos de Atenção Básica - nº 15 – Série A – Normas e Manuais Técnicos**. - 1º edição - Brasília - DF, 2006. p. 07-25.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Prevenção Clínica de Doença Cardiovascular, Cerebrovascular e Renal Crônica – Série Cadernos de Atenção Básica - nº 14 – Série A – Normas e Manuais Técnicos**. - 1º edição - Brasília -DF, 2006. p. 10-12.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Básica. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Série Pactos pela Saúde. Vol 4. 2006. Disponível em <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_basica_2006.pdf> Acesso em 30 jun. 2011.

CARDOSO, F.C.; FARIA, H.P.; SANTOS, M.A. **Planejamento e Avaliação das Ações de Saúde**. Módulo 3. Unidade Didática 1. Belo Horizonte; Editora UFMG; NESCON / UFMG, 2008. p. 31-72.

VI DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO. **Rev. Brasileira de Hipertensão**. Vol 17. Número 1. Janeiro /Março 2010. 64p. Acesso em <http://www.anad.org.br/profissionais/images/VI_Diretrizes_Bras_Hipertens_RDHA_6485.pdf>. Acesso em 29 jun. 2011.

FARIA, H.P.; COELHO, I.B., WERNECK, M.A.F., SANTOS, M.A. **Modelo Assistencial e Atenção Básica à Saúde**. Módulo 2. Unidade Didática 1. Belo Horizonte : Editora - UFMG, 2008. p. 06-31.

GESTÃO E LIDERANÇAS. **O que é planejamento estratégico**, 2008. Disponível em <<http://www.portaleducacao.com.br/gestao-e-lideranca/artigos/3951/o-que-e-planejamento-estrategico>>. Acesso em 30 jun. 2011.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. **Cidades, Guapé/MG**. Disponível em: <www.ibge.gov.br/cidadesat/painel/painel.php?codmun=312810>. Acesso em: 04 mai. 2011.

LIMA M.T; BUCHER J.S.N; LIMA J.W. O. **A hipertensão arterial sob um olhar de uma população carente: estudo exploratório a partir dos conhecimentos, atitudes e práticas**. Cad. Saúde Pública vol. 20 - nº 4- Rio de Janeiro - Jul/Ago. 2004. p.1084. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v20n4/23.pdf>>. Acesso em 18 mai. 2011.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Estratégia e plano de ação para a saúde mental**. 49º Conselho Diretor.

Washington D.C., E.U.A., 28 de setembro a 02 de outubro de 2009. Disponível em <<http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2009/CD49-11-p.pdf>>. Acesso em 07 jul. 2011.

PREFEITURA MUNICIPAL DE GUAPÉ. **História.** Disponível em <<http://www.guape.mg.gov.br/secao/10/historia>>. Acesso em 04 mai. 2011.

SISTEMA DE INFORMAÇÃO BÁSICA DA ATENÇÃO BÁSICA (SIAB). **Estratégia Saúde da Família Cidade Nova, Guapé, MG.** Jan-Jun, 2010.

VASCONCELOS, M.; GRILO, M.J.C.; SOARES, S.M. **Práticas Educativas em Atenção Básica à Saúde. Tecnologias para abordagem ao indivíduo, família e comunidade - Módulo 4. Unidade Didática 1.** Belo Horizonte; Editora. UFMG, NESCON / UFMG 2009. p.32-40.

WIKIPÉDIA. **Guapé.** Disponível em <<http://pt.wikipedia.org/wiki/Guap%C3%A9>>. Acesso em 04 mai. 2011.

WIKIPÉDIA. **Diagnóstico.** Disponível em <<http://pt.wikipedia.org/wiki/Diagn%C3%B3stico>>. Acesso em 29 jun. 2011.

WIKIPÉDIA. **Hipertensão Arterial.** Epidemiologia. Disponível em <http://pt.wikipedia.org/wiki/Hipertens%C3%A3o_arterial>. Acesso em 18 mai. 2011.

ANEXOS

ANEXO A

Ficha A (Formulário de Cadastro Familiar)

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE ATENÇÃO BÁSICA

UF:

UBS:

NÚMERO DO PRONTUÁRIO	ESF RESPONSÁVEL	DATA
ENDEREÇO	Nº COMPL.	BAIRRO
TELEFONE	TELEFONE CONTATO	CEP
MUNICÍPIO	SEGMENTO ÁREA	MICROÁREA FAMÍLIA
LOCALIZAÇÃO: ZONA URBANA () ZONA RURAL ()		PROCEDÊNCIA

SITUAÇÃO DA MORADIA E SANEAMENTO

TIPO DE CASA

TIJOLO/ADOBE
TAIPA REVESTIDA
TAIPA NÃO-REVESTIDA
MADEIRA
MATERIAL APROVEITADO
OUTRO (ESPECIFICAR)
Nº DE CÔMODOS/PEÇAS
ENERGIA ELÉTRICA

DESTINO DO LIXO

COLETADO
QUEIMADO / ENTERRADO
CÉU ABERTO

ABASTECIMENTO DE ÁGUA

REDE PÚBLICA
POÇO OU NASCENTE
CLORAÇÃO
OUTROS (ESPECIFICAR)

TRATAMENTO DA ÁGUA NO DOMICÍLIO FILTRAÇÃO

FERVURA
SEM TRATAMENTO

DESTINO DE FEZES E DE URINA

SISTEMA DE ESGOTO (REDE GERAL)
FOSSA
CÉU ABERTO

OUTRAS INFORMAÇÕES

ALGUÉM DA FAMÍLIA POSSUI PLANO DE SAÚDE?

NÚMERO DE PESSOAS COBERTAS POR PLANO DE SAÚDE

NOME DO PLANO DE SAÚDE:

EM CASO DE DOENÇA PROCURA

HOSPITAL
UNIDADE DE SAÚDE
BENZEDEIRA
FARMÁCIA

MEIOS DE COMUNICAÇÃO QUE MAIS UTILIZA

RÁDIO
TELEVISÃO
TELEFONE
OUTROS (ESPECIFICAR)

PARTICIPA DE GRUPOS COMUNITÁRIOS

COOPERATIVA
GRUPO RELIGIOSO
ASSOCIAÇÕES
OUTROS (ESPECIFICAR)

MEIOS DE TRANSPORTE QUE MAIS UTILIZA

ÔNIBUS
CAMINHÃO
CARRO
CARROÇA
OUTROS
(ESPECIFICAR)

ATIVIDADES PRODUTIVAS DOMICILIARES

TODOS OS INTEGRANTES TÊM ACESSO INDIVIDUAL À PASTA E À ESCOVA DE

	SIM		NÃO		DENTES?		SIM		NÃO
			CLASSIFICAÇÃO DE RISCO DA FAMÍLIA						
SEM RISCO	BAIXO		MÉDIO RISCO		ALTO RISCO				
SCORE 0 ()	RISCO		SCORE 2 () 3 ()		SCORE 4 () 5 () 6 ()				
	SCORE 1 ()								

ANEXO F

Formulário de cadastro do grupo vida

Nome: _____

Data de Nascimento: _____ Idade: _____

Estado Civil: _____ Escolaridade: _____

Endereço: _____

Telefone: _____

Doenças:

() Hipertensão Arterial Sistêmica

() Diabetes

() Outras _____

Medicamentos: _____

Cirurgias já realizadas: _____

Pratica atividade física: () Não () Sim. Qual? _____

Sente dor? () Não () Sim. Onde? _____

Usuário se responsabiliza pela veracidade das informações

_____/_____/____

Assinatura do usuário

ANEXO G

Questionário de satisfação Grupo VIDA

Nome: _____ DN: _____

1 – Após a realização das atividades físicas observou melhora física?

() Não () Sim. Quais _____

2 - Assinale as alternativas de acordo com a sua condição após a participação das atividades do Grupo VIDA:

- | | |
|--------------------------------------|-------------------------------------|
| () sinto mais feliz | () reduziu o estresse |
| () melhorou o sono | () sinto com mais energia |
| () controlou a pressão arterial | () melhorou a atividade sexual |
| () reduziu a ansiedade | () diminui as dores |
| () aumentou as dores | () aumentou o cansaço |
| () sinto insônia | () aumentou a pressão arterial |
| () aumentou a ansiedade | |

Outros: _____

3 - Tem alguma crítica sobre o grupo VIDA?

() Não () Sim. Qual?: _____

4 - Tem alguma sugestão para o grupo VIDA?

() Não () Sim. Qual?: _____

_____/_____/____

Assinatura do usuário

COLABORADORES: EQUIPE ESF CIDADE NOVA

- Márcio Henrique Rodrigues - Médico
- Carla Cristina Barbosa Pereira - Enfermeira
- Maria do Rosário Oliveira Freitas - Dentista
- Izabel Cristina Cabrera Teixeira – Auxiliar de Cirurgiã Dentista
- Ludmila Aparecida Alexandre Nunes – Técnica de Enfermagem
- Marluce Alves de Moura - Técnica de Enfermagem
- Luciana Cristina Dutra Soares - Agente Comunitária de Saúde
- Elienai Pereira - Agente Comunitária de Saúde
- Gisele de Paula Nazário – Agente Comunitária de Saúde
- Lidiane Aparecida Miranda Silva - Agente Comunitária de Saúde
- Luciene Aparecida Silva - Agente Comunitária de Saúde
- Lúcia Helena Cândida Silva - Agente Comunitária de Saúde
- Maraíza Maria Campos - Agente Comunitária de Saúde
- Maria Cristina Garcia Soares - Agente Comunitária de Saúde
- Juliana Passos Silva - Auxiliar de Serviços Gerais