

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

IGOR ANDRÉ CEVALLOS VIANA

**FATORES DE RISCOS MODIFICÁVEIS PARA CONTROLE DA
HIPERTENSÃO ARTERIAL: COMO ORIENTAR OS USUÁRIOS DE
UM PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA DO NORTE DE MINAS
GERAIS**

**POLO MONTES CLAROS-MG
2014**

IGOR ANDRE CEVALLOS VIANA

**FATORES DE RISCOS MODIFICÁVEIS PARA CONTROLE DA
HIPERTENSÃO ARTERIAL: COMO ORIENTAR OS USUÁRIOS DE
UM PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA DO NORTE DE MINAS
GERAIS**

**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: Humberto Ferreira de Oliveira Quites

**POLO MONTES CLAROS-MG
2014**

IGOR ANDRE CEVALLOS VIANA

**FATORES DE RISCOS MODIFICÁVEIS PARA CONTROLE DA
HIPERTENSÃO ARTERIAL: COMO ORIENTAR OS USUÁRIOS DE
UM PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA DO NORTE DE MINAS
GERAIS**

**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: Humberto Ferreira de Oliveira Quites.

Banca Examinadora

Prof. Humberto Ferreira de Oliveira Quites - Orientador

Prof. Edison José Corrêa - Examinador

Aprovado em Montes Claros, 12/04/2014

AGRADECIMENTO

- Agradeço ao Ministério da Saúde do Brasil pela iniciativa de viabilizar o Programa de Valorização dos Profissionais da Atenção Básica (PROVAB) possibilitando prestação de serviço à sociedade e aperfeiçoamento profissional na prática.
- Agradeço a todos os profissionais do Núcleo de Educação em Saúde Coletiva (NESCON) da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) que viabilizaram a pós-graduação em Atenção Básica

RESUMO

Este trabalho tem como objetivo apresentar uma proposta de intervenção para o controle eficiente da Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) em adultos atendidos pela equipe Lua do Programa Saúde da Família do município de Francisco Sá, Minas Gerais. A relevância do tema decorre da necessidade de conhecer o grupo de hipertensos através de uma proposta de estratificação do risco clínico para HAS, uma vez que se observou que a unidade não seguia protocolos clínicos de atendimento/acompanhamento. O estudo foi desenvolvido por meio de levantamento bibliográfico utilizando bases de dados informatizadas da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). O material lido foi fichado e registradas as principais idéias e teorias pertinentes ao tema. A partir do estudo foi possível observar os fatores determinantes da não adesão ao tratamento, podendo assim, sugerir estratégias para amenizar esta problemática. Esperamos que a partir do estudo possamos compreender um pouco mais sobre o paciente em seu contexto refletindo sobre ações e estratégias que possa amenizar este problema. Foi observado que havia apenas uma contabilização pelo SIAB do número total de hipertensos 343 (12,43%) na população total. Não se conheciam os fatores de riscos associados a cada hipertenso como estratégia de controle efetivo da HAS. Foi proposto um plano de ação para trabalhar com os fatores de risco modificáveis para HAS: (1) hábitos alimentares não saudáveis, (2) sedentarismo e obesidade e (3) tabagismo e etilismo. Foram propostas as seguintes operações: (1) “Saber mais: Modificar hábitos alimentares não saudáveis”, (2) “Viver Melhor: proporcionar atividade física supervisionada” e (3) “Mais Saúde: proporcionar apoio supervisionado para encorajar o abandono do uso do tabaco e álcool”.

Palavras-chaves: Hipertensão. Controle de risco. Fatores de risco. Terapêutica.

ABSTRACT

This work aims to present a proposal for action for efficient control of Hypertension (HBP) in adults served by the staff of the Moon Family municipality of Francisco Sá, Minas Gerais Health Program. The relevance of the topic was the need to know the group of hypertensive patients through a proposal for clinical risk stratification for hypertension, since it was observed that the unit did not follow clinical protocols for the treatment / monitoring. The study was developed through a literature review using computerized databases of the Virtual Health Library (VHL). The material read was booked and recorded the main ideas and theories relevant to the topic. From the study it was possible to observe the determinants of non-adherence to treatment, and thus suggest strategies to mitigate this problem. We expect from the study can understand a bit more about the patient in context reflecting on actions and strategies that can alleviate this problem. It was observed that there was only one SIAB by counting the total number of hypertensive patients 343 (12.43%) in the total population. Not aware of the risk factors associated with each hypertensive as effective control of hypertension strategy. An action plan was proposed to work with the modifiable risk factors for SAH: (1) unhealthy eating habits, (2) physical inactivity and obesity and (3) smoking and drinking. The following transactions have been proposed: (1) "Learn More: Modify unhealthy eating habits", (2) "Living Better: provide supervised physical activity" and (3) "More Health: provide supervised support to encourage the abandonment of the use of tobacco and alcohol."

Keywords: Hypertension . Control risk. Risk factors. Therapy.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 Distribuição da população do Município de Francisco Sá, Minas Gerais, por faixa etária, no ano de 2010.....	12
Tabela 2 Abastecimento de água na área do Programa Saúde da Família PSF Lua, em Francisco Sá, Minas Gerais no ano de 2012.....	23
Tabela 3 Destino do Esgoto por domicílio na área do Programa Saúde da Família PSF Lua, em Francisco Sá, Minas Gerais no ano de 2012.....	23
Tabela 4 Destino do Lixo na área do Programa Saúde da Família PSF Lua, em Francisco Sá, Minas Gerais no ano de 2012.	24
Tabela 5 Distribuição da população do na área do Programa Saúde da Família PSF Lua, em Francisco Sá, Minas Gerais no ano de 2012 por faixa etária	24
Tabela 6 Priorização dos problemas na área do Programa Saúde da Família PSF Lua, em Francisco Sá, Minas Gerais no ano de 2012.....	25
Tabela 7 Descrição do problema.....	26

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 Nós críticos.....	28
Quadro 2 Desenho das operações.....	28
Quadro 3 Recursos críticos.....	29
Quadro 4 Viabilidade do plano.....	29
Quadro 5 Elaboração do plano.....	30
Quadro 6 Gestão do plano.....	31

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
2 JUSTIFICATIVA	15
3 OBJETIVOS	16
3.1 Objetivo geral.....	16
3.2 Objetivos específicos.....	16
4 METODOLOGIA.....	17
5 REFERENCIAL TEÓRICO.....	19
5.1 Obesidade e hipertensão arterial.....	19
5.2 Alimentação.....	20
5.3 Bebidas alcoólicas	21
5.4 Tabagismo.....	21
5.5 Atividade física.....	21
5.6 Evasão das práticas saudáveis em adultos com risco para HAS	22
6 PLANO DE INTERVENÇÃO	23
6.1 Definição do problema.....	23
6.2 Priorização dos problemas	25
6.3 Descrição do problema.....	25
6.4 Explicação do problema.....	27
6.5 Seleção dos nós críticos	28
6.6 Desenho das operações para os nós críticos.....	28
6.7 Identificação dos recursos críticos.....	29
6.8 Análise da viabilidade do plano	29
6.9 Elaboração do plano operativo	30
7 Gestão do plano	31
8 Considerações finais	32
REFERÊNCIA	33

1 INTRODUÇÃO

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é a mais prevalente de todas as doenças cardiovasculares afetando mais de 36 milhões de brasileiros adultos, sendo o maior fator de risco para lesões cardíacas e cerebrovasculares e a terceira causa de invalidez. A Hipertensão provavelmente está envolvida em 50% das mortes causadas por doença cardiovascular. O controle da pressão arterial é crítico para a prevenção de lesão a órgãos induzida pela hipertensão, mas a natureza assintomática dessa doença faz com que ela seja subdiagnosticada e, conseqüentemente, sub-tratada, apesar de sua alta prevalência. (CIPULLO, *et. al.* 2009).

Estima-se um percentual de 20% da população adulta maior que 20 anos têm hipertensão arterial e um percentual de 7,6% da população entre 30 a 69 anos têm com Diabetes Mellitus (BRASIL, 2001).

Conforme o Ministério da Saúde (BRASIL, 2006, p.9) [...] “com o critério atual de diagnóstico de hipertensão arterial (PA 140/90 mm Hg), a prevalência na população urbana adulta brasileira varia de 22,3% a 43,9%, dependendo da cidade onde o estudo foi conduzido”.

A Hipertensão Arterial e o Diabetes Mellitus constituem os principais fatores de risco populacional para as doenças cardiovasculares, motivo pelo qual constituem agravos de saúde pública onde cerca de 60 a 80% dos casos poderiam ser tratados na rede básica. (BRASIL, 2001).

A HAS é um dos principais fatores de risco cardiovascular e pode resultar em conseqüências graves a alguns órgãos (coração, cérebro, rins e vasos sanguíneos), além de ser considerado um grave problema de saúde pública pela sua cronicidade, pelos altos custos com internações, pela incapacitação por invalidez e aposentadoria precoce (CARVALHO, *et. al.* 2013).

Esta está associada a fatores de exposição não modificáveis como idade, hereditariedade, sexo e etnia/raça, e a fatores modificáveis, como clínicos, comportamentais e nutricionais. (SALOMÃO *et. al.* 2013)

Outros fatores, tanto sociais quanto físicos, também são destacados, não por serem causadores da HAS, mas por estarem freqüentemente associados a ela

(baixo nível educacional, colesterol elevado e diabetes mellitus). Assim, pela sua estreita correlação com estilo de vida, a HAS pode ser evitada, minimizada ou tratada com a adoção de hábitos saudáveis (CARVALHO, *et. al.* 2013).

Os efeitos benéficos de uma dieta saudável (rica em frutas e vegetais e pobre em gorduras) sobre o comportamento dos níveis pressóricos são conhecidos. Dentre os fatores nutricionais que se associam à elevada prevalência de HAS estão o elevado consumo de álcool e sódio e excesso de peso. Recentemente, vêm sendo, também, associados o consumo de potássio, cálcio e magnésio, os quais atenuariam o progressivo aumento dos níveis pressóricos com a idade (OLIVEIRA *et al.*, 2012).

Diante do problema de saúde pública emergente no Brasil, que, através de fatores multicausais com ênfase aos hábitos não saudáveis, mas modificáveis de vida, e através da estratégia de saúde da família que tem como prioridade trabalhar com a prevenção das doenças, torna este trabalho relevante para o cenário da unidade de saúde uma vez que se faz prevalente a HAS como doença crônica de maior percentual diagnosticado.

Dentro do princípio de prevenir a instalação de doenças, faz-se necessário buscar na literatura informações que possam compor um plano de ação direcionado na orientação da comunidade na perspectiva de prevenir-se da hipertensão arterial sistêmica.

A opção pelo curso de especialização à distância pela UFMG foi à possibilidade de manter o estudo e a prática em conjunto no ambiente de trabalho. Esta forma de ensino difere de outros processos de estudos onde dificilmente há o contato direto e constante com o ambiente de atuação. A atenção básica, ao firmar-se como a porta de entrada do sistema público de saúde no Brasil, ao direcionar o fluxo de atendimento primário, consolida-se através das ações do programa saúde da família. Dentro desta realidade, o ambiente onde as pessoas se inserem é o ponto de partida na formação e delimitação do PSF. Inicia-se um processo de conhecimento acerca do ambiente, das pessoas que nele vivem e que buscam por saúde. É preciso conhecer onde, em quem, com que frequência como e porque as doenças ocorrem. É necessário conhecer em que condições vivem as pessoas acometidas, os valores por elas atribuídos a estas doenças, os prováveis fatores que determinam e condicionam o aparecimento e manutenção destas enfermidades (CAMPOS, FARIA e SANTOS *et al.* 2012).

O território do PSF “Lua” está em um ponto geográfico de fácil visualização, uma vez que se situa ao extremo norte da cidade de Francisco Sá, Minas Gerais.

A cidade de Francisco Sá, Minas Gerais, onde é o campo de atuação deste profissional, fica às margens da BR 251 a 45 km de Montes Claros em sentido nordeste. Tem uma população de 24.912 pessoas conforme o Censo de 2010 realizado pelo Instituto brasileiro de geografia e estatística (IBGE). A população está em maior concentração na zona urbana com 14.945 (59,99%) e na zona rural com 9.967 (40,01%). (IBGE, 2012).

Conforme tabela abaixo é possível verificar a distribuição populacional por faixa etária:

Tabela 1 Distribuição da população do Município de Francisco Sá, Minas Gerais, por faixa etária, no ano de 2010.

Idade em anos	Total populacional	População urbana		População rural	
0-4	1885	1181	62,65%	704	37,35%
5-9	2065	1363	66,00%	702	34,00%
10-14	2491	1446	58,04%	1045	41,96%
15-19	2546	1477	58,01%	1069	41,99%
20-24	2250	1404	62,4%	846	37,6%
25-29	2115	1376	65,05%	739	34,95%
30-39	3406	2173	63,80%	1233	36,20%
40-49	3059	1794	58,64	1265	41,36%
50-59	2211	1181	53,41%	1030	46,59%
60-69	1650	844	51,15%	806	48,85%
>70	1234	706	57,21%	528	42,79%
TOTAL	24912	14945	-	9967	-

Fonte: Instituto Brasileiro de Geografia e estatística (IBGE). Disponível em <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>> Acesso em 15 ago. 2012.

Foi elevada a município a partir de 1923. O 1º hospital aberto foi em 1959 e chamava-se São Dimas o qual era mantido pela fundação São Vicente de Paula e Rotary internacional.

A cidade passou a contar com uma unidade do Serviço Especial de Saúde Pública (SESP) em 1959 mesmo ano da fundação do 1º hospital. O SESP,

desde então, se tornou uma referência para atendimento em saúde na realização de consultas médicas e início da promoção da saúde com a implantação da vacinação. Neste período, havia profissionais que eram concursados do Estado de Minas Gerais como médicos e técnicos de enfermagem. Mesmo após o processo de municipalização, ainda existe estes profissionais no município em atividade. A estrutura física do SESP, hoje, abriga um PSF cujo nome é Renascer o qual mantém, conjuntamente, uma estrutura de controle e distribuição dos imunobiológicos. Hoje, o PSF/SESP ainda é referência em vacinação do município porque nem todos os PSFs da cidade possuem sala de vacina implantada o que demonstra uma centralização do serviço que foge ao processo atual de descentralização das ações de saúde.

No ano de 1975 o hospital São Dimas foi comprado por 03 médicos e o hospital passou a desenvolver atendimento de saúde como partos, pequenas cirurgias e internações.

Como início do processo de municipalização da saúde, a partir da promulgação da constituição federal de 1988, e criação do SUS, a cidade de Francisco Sá, como todas as cidades do Brasil, iniciaram um processo de responsabilização das ações em saúde. O hospital São Dimas, até então, eminentemente particular, não resistiu dentro de um município pequeno e carente de recursos onde a saúde começava efetivamente aumentar suas ações com abertura de um novo posto de saúde e a inauguração do Hospital Municipal de Francisco Sá com uma gestão totalmente de responsabilidade do município. No ano de 1995, o primeiro PSF foi inaugurado e a partir desse ano foram surgindo novos PSFs, agentes comunitários de saúde, (ACS) enfermeiros e médicos dentro do município. No ano de 2008, as ações de saúde foram desmembradas em uma rede hierarquizada de complexidade, assim, foi elevada a microrregião de saúde pactuando assistência em saúde ambulatorial e hospitalar com os municípios de Botumirim, Josenópolis e Cristália. Hoje, a cidade conta com 05 PSFs para atendimento na Atenção Primária e 01 hospital municipal. Além de serviços públicos de exames laboratoriais, oftalmológicos, ultrassonografia, Raios-X, cardiológico, angiológico e ginecológico que compõem a assistência ao município de Francisco Sá como sede microrregional.

As maiores complexidades são referenciadas, via central de regulação de leitos, aos municípios de maior complexidade e resolubilidade.

A unidade do PSF Lua foi construída no ano de 2012 e abriga, também, o PSF Estrela. Toda a população adscrita, nestes dois PSFs, começou a usufruir de uma localização adequada para atendimento somente a partir do ano de 2012. Anteriormente, e, por vários anos, era necessário percorrer cerca de dois quilômetros para chegar à unidade que ficava dentro de um anexo do Hospital Municipal de Francisco Sá.

2 JUSTIFICATIVA

Este trabalho é justificado pela hipertensão arterial ser a co-morbidade mais prevalente do PSF Lua em Francisco Sá, MG. Apontado pelo sistema de informação de atenção básica (SIAB) com percentual de 12,43% da população total de homens e mulheres, este trabalho é justificado e mostra a necessidade de conhecer o problema e propor ações no controle desse grupo para que diminuam os riscos à saúde da população.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

- Elaborar uma proposta de intervenção para o controle eficiente da Hipertensão Arterial Sistêmica em adultos atendidos pela equipe Lua do Programa Saúde da Família do município de Francisco Sá, Minas Gerais.

3.2 Objetivos específicos

- Identificar os fatores de risco para desenvolvimento da Hipertensão Arterial Sistêmica em adultos atendidos na atenção Primária em Saúde.
- Identificar os fatores que dificultam a adesão ao tratamento não medicamentoso nos adultos em risco para HAS atendidos pela atenção primária em saúde.

4 METODOLOGIA

O presente estudo se desenvolveu na Unidade de Saúde da Família “Lua” no município de Francisco Sá, Minas Gerais.

Para atingir os objetivos propostos, optou-se por uma pesquisa bibliográfica *online* através do 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) acerca dos fatores de risco para HAS em adultos. Estabeleceram-se como critérios para a seleção da amostra 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.

Para Ruiz (2008) a pesquisa bibliográfica consiste no exame de um manancial de informações contidas em livros, artigos e documentos com o intuito analisar e levantar o que já foi produzido sobre determinado assunto.

Para Vasconcelos (2004) a revisão bibliográfica ou de literatura representa uma modalidade de estratégia de abordagem a ser utilizada dentro de seções particulares de pesquisas inspiradas no paradigma da complexidade, principalmente nos tópicos de contextualização, dada a característica de multiperspectivismo necessária no enquadramento de um objeto.

Dentre as abordagens possíveis será utilizada a revisão de literatura narrativa ou tradicional que conforme Cordeiro *et al* (2007, p. 429):

[...] quando comparada à revisão sistemática, apresenta uma temática mais aberta; dificilmente parte de uma questão específica bem definida, não exigindo um protocolo rígido para sua confecção; a busca das fontes não é pré-determinada e específica, sendo freqüentemente menos abrangente. A seleção dos artigos é arbitrária, provendo o autor de informações sujeitas a viés de seleção, com grande interferência da percepção subjetiva.

Para Tavares, 2010 *apud* Correa, (2013 p. 38):

A revisão narrativa é um trabalho menos amplo, mas apropriada para descrever o desenvolvimento ou estado da arte de um determinado tema, sob o ponto de vista contextual ou teórico. Geralmente uma visão narrativa não informa com detalhes a metodologia para a busca e os critérios de seleção e de avaliação dos trabalhos. Constitui a seleção e análise de publicações na interpretação crítica pessoal do autor [...].

Após este processo foi realizada uma proposta para a elaboração de plano de intervenção que será aplicado pela equipe do PSF Lua. Todas as etapas e aspectos da construção foram descritos e estão apresentados no tópico do Plano de Intervenção.

5 REFERENCIAL TEÓRICO

As doenças cardiovasculares têm papel indiscutível na morbidade e mortalidade do mundo ocidental e fatores de risco que predispõem seu desenvolvimento. Estes podem ser divididos em duas categorias: os modificáveis (ambientais e comportamentais), como o tabagismo, colesterol sérico elevado, hipertensão arterial sistêmica, inatividade física, diabetes, obesidade e estresse; e os não modificáveis (genéticos e biológicos), sendo estes: hereditariedade, sexo e idade (BERNARDO, 2013).

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é um grave problema de saúde pública, sendo considerado um dos principais fatores de risco para as doenças cardiovasculares é responsável por altas taxas de morbidade (OLIVEIRA, 2013).

O seu controle depende de medidas farmacológicas e não farmacológicas. As medidas não farmacológicas são indicadas indiscriminadamente aos hipertensos. Entre essas medidas estão a redução do consumo de álcool, o controle da obesidade, a dieta equilibrada, a prática regular de atividade física e a cessação do tabaco. A adesão a esses hábitos de vida favorece a redução dos níveis pressóricos e contribui para a prevenção de complicações. (OLIVEIRA, 2013)

5.1 Obesidade e hipertensão arterial

O excesso de peso é um fator predisponente para a hipertensão. Estima-se que 20% a 30% da prevalência da hipertensão pode ser explicada pela presença do excesso de peso. Todos os hipertensos com excesso de peso devem ser incluídos em programas de redução de peso. (BRASIL, 2007). Os indivíduos sedentários possuem maior chance de apresentarem o fator de risco hipertensão arterial em comparação aos ativos (BERNARDO et al, 2013).

Os avanços tecnológicos ocorridos nos últimos anos contribuíram para modificar os hábitos de vida de grande parte da população. Esses avanços trouxeram vários benefícios, mas favorecem a inatividade física e o aumento do peso corporal, contribuindo para o surgimento de doenças crônicas não transmissíveis, dentre elas a hipertensão arterial e a obesidade (SILVA, *et al.* 2013).

Para Brasil (2007) a meta é alcançar um índice de massa (IMC) inferior a 25 kg/m² e circunferência da cintura inferior a 102 cm para homens e 88 cm para mulheres, embora a diminuição de 5% a 10% do peso corporal inicial já seja capaz de produzir redução da pressão arterial.

Conforme estudo transversal de Salomão e colaboradores (2013) entre adultos constataram-se maior chance de HAS entre aqueles com obesidade, risco elevado/muito elevado para doenças metabólicas associadas à obesidade (Circunferência da cintura), risco para o desenvolvimento de doenças (razão de cintura e quadril), doenças cardiovasculares, hipercolesterolemia e hipertrigliceridemia.

Conforme Silva (2013) a Organização Mundial de Saúde (OMS) relatou que no ano de 2004 existia aproximadamente 1 bilhão de pessoas com sobrepeso, destes, 300 milhões eram consideradas obesas de acordo com o nível de classificação de índice de massa corporal (IMC > 30 kg/m²). No Brasil, 43% da população está com excesso de peso corporal.

O excesso de peso é um fator de risco para lesões e dor no sistema musculoesquelético, o que pode limitar a prática regular de atividade física (FIGUEIREDO e ASAKURA, 2010).

5.2 Alimentação.

A dieta desempenha um papel importante no controle da hipertensão arterial. Uma dieta com conteúdo reduzido de teores de sódio (<2,4 g/dia, equivalente a 6 gramas de cloreto de sódio), baseada em frutas, verduras e legumes, cereais integrais, leguminosas, leite e derivados desnatados, quantidade reduzida de gorduras saturadas, trans e colesterol mostrou ser capaz de reduzir a pressão arterial em indivíduos hipertensos. (BRASIL, 2007).

Conforme observado no estudo de Figueiredo e Asakura (2010) a principal dificuldade encontrada no tratamento da HAS é a adoção de uma dieta hipossódica. O consumo de alimentos industrializados com grande quantidade de sódio está presente na vida dos brasileiros.

Giroto (2011) identificou que para hipertensos a alimentação saudável está relacionada com a baixa ingestão de sódio, todavia, não há associação ao consumo de frutas, verduras e legumes.

5.3 Bebidas alcoólicas

A relação entre o alto consumo de bebida alcoólica e a elevação da pressão arterial tem sido relatada em estudos observacionais e a redução da ingestão de álcool pode reduzir a pressão arterial em homens normotensos e hipertensos que consomem grandes quantidades de bebidas alcoólicas. (BRASIL, 2006)

5.4 Tabagismo.

O risco associado ao tabagismo é proporcional ao número de cigarros fumados e à profundidade da inalação. Parece ser maior em mulheres do que em homens. Em avaliação por monitorização ambulatorial da pressão (MAPA), a Pressão Arterial Sistólica de hipertensos fumantes foi significativamente mais elevada do que em não fumantes, revelando o importante efeito hipertensivo transitório do fumo. Portanto, os hipertensos que fumam devem ser repetidamente estimulados a abandonar esse hábito por meio de aconselhamento e medidas terapêuticas de suporte específicas (BRASIL, 2006).

5.5 Atividade física.

Pacientes hipertensos devem iniciar atividade física regular, pois além de diminuir a pressão arterial, o exercício pode reduzir consideravelmente o risco de doença arterial coronária e de acidentes vasculares cerebrais e a mortalidade geral, facilitando ainda o controle do peso (BRASIL, 2006).

De forma contrária, a prática regular de atividade física apresenta relação inversa com risco de doença cardiovascular e tem um efeito positivo na qualidade de vida e em outras variáveis físicas e psicológicas. Além disso, a literatura aponta que atividades cotidianas como caminhadas por tempo superior a 30 minutos e subir escadas, tanto de natureza ocupacional como de tempo livre, podem resultar em

proteção cardiovascular e, ainda, atividades ocupacionais com maior gasto energético estão associadas com menores taxas de morte por doença cardiovascular (BERNARDO *et al.*, 2012).

Silva (2013) ressalta em seu estudo que as chances de desenvolver hipertensão arterial foram quase duas vezes maiores à medida que o nível de atividade física diminuía.

5.6 Evasão das práticas saudáveis em adultos com risco para HAS

Para Giroto (2011) a prática de atividade física e dieta são importantes para controle dos níveis pressóricos, mas alguns estudos mostram baixa adesão, principalmente em grupos específicos, como os hipertensos e diabéticos, mais sujeitos aos efeitos danosos do sedentarismo e da dieta não adequada.

De modo geral, as dificuldades em mudar o estilo de vida e não seguir a prescrição medicamentosa são as duas maiores razões para a pobre aderência das pessoas ao tratamento e controle da HA, apontando para fatores ligados ao paciente, ao provedor de cuidados e ao ambiente terapêutico (GUEDES *et al.* 2011).

O tratamento da hipertensão arterial é contínuo e influenciado pelas condições financeiras, envolvendo compra de remédios e alimentos diferenciados. Portanto, o estilo de vida representa outra barreira a ser enfrentada nestas circunstâncias porque as pessoas adoecidas precisam praticar regularmente atividade física e modificar seus hábitos alimentares quanto ao teor de sal e de gordura. A adoção destas mudanças requer persistência e determinação (GUEDES *et al.* 2011).

6 PLANO DE INTERVENÇÃO

A proposta do plano de intervenção está intrinsecamente relacionada ao diagnóstico situacional que visa “processar os problemas identificados e elaborar um plano de ação para intervenção” (CAMPOS, FARIA e SANTOS *et al.* 2010). Dentro desta perspectiva, para início deste processo, foi realizada uma estimativa rápida para identificação dos principais problemas enfrentados pelo PSF Lua onde se define um problema prioritário para que possa ser trabalhado.

6.1 Definição do problema

Conforme o Sistema de Informação de Atenção de Básica (SIAB) o PSF “Lua” apresenta um total de 2.758 pessoas cadastradas com um número de 697 famílias. A infraestrutura do bairro oferece água tratada para 680 famílias ou 97,56% da população, porém, o tratamento do esgoto é oferecido somente para 443 famílias ou 63,56% da população conforme tabela abaixo:

Tabela 2 Abastecimento de água na área do Programa Saúde da Família PSF Lua, em Francisco Sá, Minas Gerais no ano de 2012.

Abastecimento de água	Número de famílias	%
Rede pública	680	97,56%
Poço ou nascente	9	1,29%
Outros	8	1,15%

Fonte: Sistema de informação de Atenção básica do município (SIAB). Ago.2012

Tabela 3 Destino do Esgoto por domicílio na área do Programa Saúde da Família PSF Lua, em Francisco Sá, Minas Gerais no ano de 2012.

Sistema de Esgoto	%	Fossa	%	Céu aberto	%
443	63,56	233	33,43	21	3,01

Fonte: Sistema de informação de Atenção básica do município (SIAB). Ago.2012

As condições de saneamento do domicílio são essenciais para garantir o bem-estar da população. Esta infraestrutura de acesso à rede de fornecimento de

água potável, de esgotamento sanitário e coleta de lixo deve ser garantida pelo Estado (IBGE, 2011). Conforme análise por amostra para saneamento básico, os municípios entre 20 a 50 mil habitantes, no ano 2010, obtiveram um nível de saneamento adequado de 43% onde o município de Francisco Sá faz parte deste universo. Conforme IBGE (2011) domicílio com saneamento adequado é aquele domicílio com escoadouro ligado à rede geral ou à fossa séptica, servido de água proveniente de rede geral de abastecimento e com destino do lixo coletado diretamente ou indiretamente pelos serviços de limpeza. Dentro deste contexto, pode-se observar na tabela abaixo a existência de coleta de lixo para 80,63% da população adscrita:

Tabela 4 Destino do Lixo na área do Programa Saúde da Família PSF Lua, em Francisco Sá, Minas Gerais no ano de 2012.

Destino do Lixo	Número de famílias	%
Coleta pública	562	80,63%
Queimado e enterrado	92	13,20%
Céu Aberto	43	6,17%

Fonte: Sistema de informação de Atenção básica do município (SIAB). Ago.2012

A faixa etária de 20 a 39 anos é a prevalente com 1062 (38,5%) da população conforme apresentado em tabela abaixo:

Tabela 5 Distribuição da população do na área do Programa Saúde da Família PSF Lua, em Francisco Sá, Minas Gerais no ano de 2012 por faixa etária

Idade em anos										Total
<1	1-4	5-6	7-9	10-14	15-19	20-39	40-49	50-59	>60	
2	26	114	147	327	312	1062	313	204	251	2758

Fonte: Sistema de informação de Atenção básica do município (SIAB). Ago.2012

As doenças prevalentes conforme consultas ao SIAB foram: doença de Chagas 22 (0,8%), Diabetes 22 (1,83%), Deficiência 36 (1,31%) e Hipertensão 343 (12,43%).

As prioridades para os problemas identificados foram definidos a partir da capacidade do PSF lua poder executar, em curto prazo, ações de enfrentamento.

6.2 Priorização dos problemas

O PSF Lua possui um número elevado de hipertensos, porém, não tem uma agenda definida de trabalho com o mesmo. A falta de um cronograma que trabalhe com os grupos de Hipertensos e a falta de estratificação do risco clínico como norteador das ações de saúde, dificulta que as mesmas atinjam o grupo e promovam eficazmente a mudança dos hábitos modificáveis de saúde.

A alta prioridade destinada à Hipertensão Arterial é o reflexo de que na unidade de saúde da família Lua, há um percentual de 12,43% de Hipertensos da população total; porém, conforme estratificação dos parâmetros de prevalência para Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é esperado que se tenha 20% de Hipertensos da população >20 anos. Isso prenuncia 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.

Tabela 6 Priorização dos problemas na área do Programa Saúde da Família PSF Lua, em Francisco Sá, Minas Gerais no ano de 2012.

PROBLEMA	PRIORIDADE	URGÊNCIA	CAPACIDADE RESOLUÇÃO	SELEÇÃO
Hipertensão Arterial	ALTA	8	PARCIAL	1
Diabetes Mellitus	ALTA	8	PARCIAL	1
Tratamento de esgoto.	ALTA	8	FORA	1
Lotes vagos sem limpeza	ALTA	7	FORA	3
Animais dispersos nas ruas	ALTA	7	FORA	3
Praças de lazer	ALTA	5	FORA	3
Escola pública	ALTA	5	FORA	3

6.3 Descrição do problema

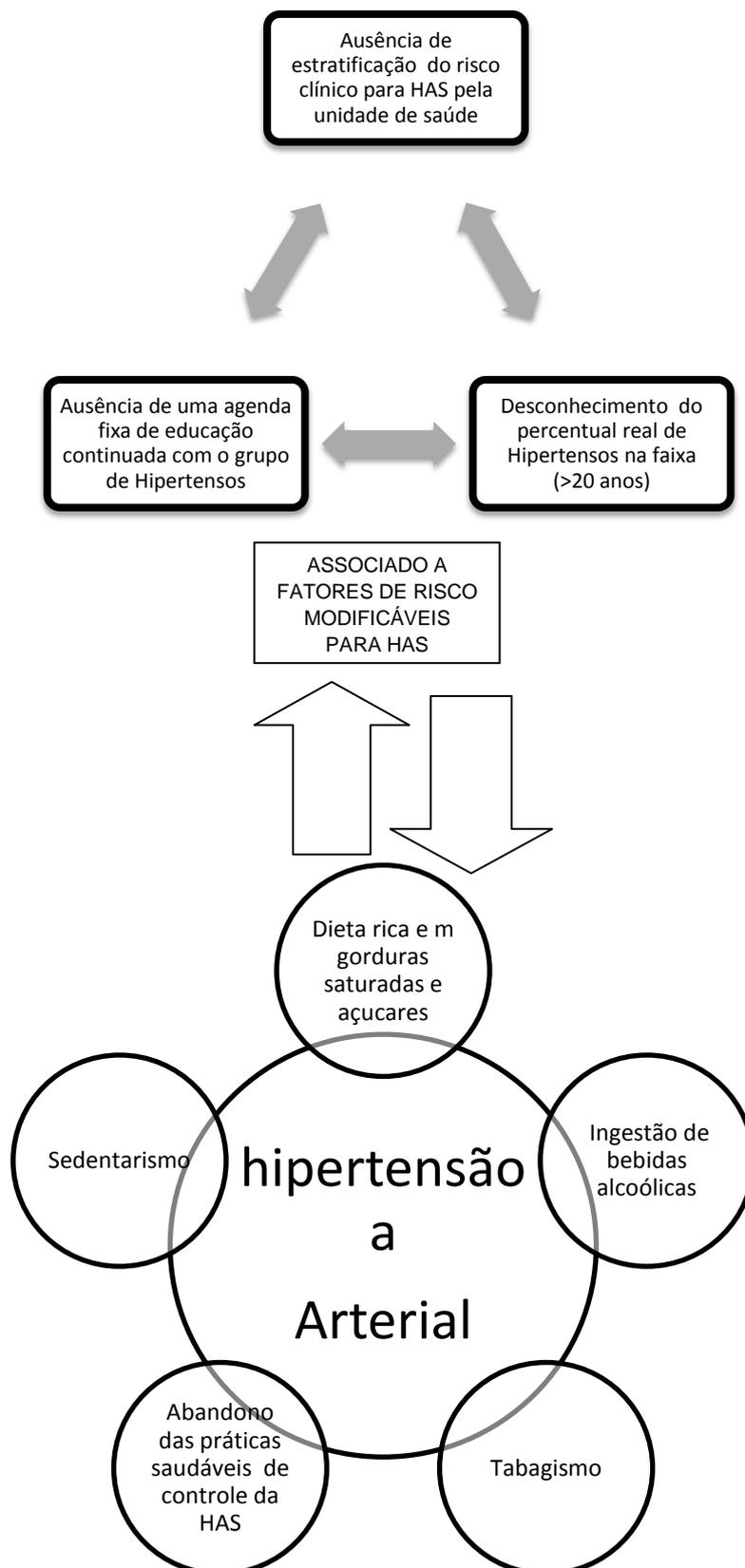
O problema enfrentado pelo PSF Lua delinea-se pela inexistência de um acompanhamento dos fatores de riscos modificáveis para HAS pelos profissionais,

que, associado à inexistência de uma estratificação dos hipertensos pela idade de risco, distancia o problema de uma análise real e propicia um trabalho de busca de informações que possam consubstanciar o início das ações preventivas em saúde para o grupo de Hipertensos da unidade.

Tabela 7 Descrição do problema

PROBLEMA	VALORES	FONTES
Hipertensos esperados	366	Estimativa de 20% da população >20 anos
Hipertensos cadastrados	343	SIAB
Hipertensos confirmados	343	SIAB
Hipertensos acompanhados conforme protocolo	?	
Hipertensos controlados	?	
Sobrepeso	?	
Tabagistas	?	
Sedentários	?	

6.4 Explicação do problema



6.5 Seleção dos nós críticos

Quadro 1 Nós críticos

Problema enfrentado	Nós críticos
Hipertensão arterial: Conforme SIAB da unidade o PSF Lua há 343 hipertensos 12,43% da população total.	<ul style="list-style-type: none"> • Hábitos alimentares não saudáveis. • Sedentarismo e obesidade • Tabagismo e etilismo

6.6 Desenho das operações para os nós críticos

Quadro 2 Desenho das operações

Nós críticos	Operação projeto	Resultados esperados	Produtos	Recursos necessários
Hábitos alimentares não saudáveis.	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	Cognitivo: Conhecimento científico acerca do temas abordados. Organizacional: definir agenda para trabalhar com o grupo.
Sedentarismo e Obesidade	Viver Melhor: proporcionar atividade física supervisionada	Diminuir em 20% o número de sedentários e obesos para o período de 1 ano.	Programa de caminhadas e exercícios físicos orientados	Organizacional: formalizar agenda em conjunto com a unidade. Intersetorial: Formalizar ação com apoio do NASF, para designar educador físico.
Tabagismo e etilismo.	+ Saúde: Proporcionar apoio supervisionado para encorajar o abandono do uso	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 3 Recursos críticos

Operação projeto	Recursos Críticos
Saber +: Modificar hábitos alimentares não saudáveis	Financeiro para aquisição de recursos audiovisuais.
Viver melhor: proporcionar atividade física supervisionada.	Político: articulação intersetorial.
+ Saúde: Proporcionar apoio supervisionado para encorajar o abandono do uso do tabaco e álcool.	Político: articulação intersetorial.

6.8 Análise da viabilidade do plano

Quadro 4 Viabilidade do plano

Operação projeto	Recursos Críticos	Controle dos recursos Críticos		Ação estratégica
		Ator que controla	Motivação	
Saber +: Modificar hábitos alimentares não saudáveis	Financeiro para aquisição de recursos audiovisuais.	Secretaria de saúde	Favorável	Apresentar demanda
Viver melhor: proporcionar atividade física supervisionada.	Político: articulação intersetorial.	Secretaria de saúde	Favorável	Apresentação de projeto de ação específico
+ Saúde: Proporcionar apoio supervisionado para encorajar o abandono do uso do tabaco e álcool.	Político: articulação intersetorial.	Secretaria de saúde	Favorável	Apresentação de projeto de ação específico

6.9 Elaboração do plano operativo

Quadro 5 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	Igor	2 meses para início das atividades
Viver Melhor: proporcionar atividade física supervisionada	Diminuir em 20% o número de sedentários e obesos para o período de 1 ano.	Programa de caminhadas e exercícios físicos orientados	Apresentação de projeto de ação específico	Jair e Ludmilla	2 meses para início 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	Jair e Ludimilla	2 meses para início das atividades

7 Gestão do plano

Quadro 6 Gestão do plano

Operação projeto	Produtos	Responsável	Prazo	Situação atual	Justificativa	Novo Prazo
Saber +: Modificar hábitos alimentares não saudáveis	Avaliar o nível de informação do grupo acerca das práticas alimentares saudáveis	Igor	2 meses para início das atividades			
Viver Melhor: proporcionar atividade física supervisionada	Programa de caminhadas e exercícios físicos orientados	Jair e Ludmilla	2 meses para início das atividades			
+ Saúde: Proporcionar apoio supervisionado para encorajar o abandono do uso	Programa de apoio e luta contra o tabaco e álcool.	Jair e Ludimilla	2 meses para início das atividades			

8 Considerações finais

A pós-graduação em saúde da família permitiu reafirmar a necessidade de mudança de paradigma assistencial para que as ações em saúde possam ser verdadeiramente preventivas. A perspectiva deste trabalho permite a operacionalização de um acompanhamento aos usuários portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica do PSF Lua, mas que primeiramente inicie-se um processo de conhecimento de cada usuário e suas condições vulneráveis de saúde e a partir do processo de estratificação do risco clínico para HAS possa-se direcionar as ações de controle da doença focado na mudança de hábitos de vida não saudáveis.

Referência

BERNARDO, A. F. B.; Associação entre atividade física e fatores de risco cardiovasculares em indivíduos de um programa de reabilitação cardíaca. *Revista brasileira de Medicina do esporte*. Presidente Prudente, V. 19, n. 4, p.231-235. 2013.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Hipertensão arterial sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM)**. Brasília. 2001.

BRASIL, Ministério da saúde. **Hipertensão arterial sistêmica**. 1 Ed. Brasília, 2006.

CAMPOS, F. C.; FARIA, H. P.; SANTOS, M. A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. 2ª Ed. Belo Horizonte. Ed. UFMG, 2010.

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

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

CORDEIRO, A. M. *et al.* Revisão sistemática: uma revisão narrativa. **Comunicação científica**, V.34 n.6: nov./dez. 2007.

CORRÊA, E. J.; VASCONCELOS, M.; SOUZA, M. S. L. **Iniciação à metodologia: textos científicos**. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, Coopmed, 2013.

FARIA, H. *et al.* **Processo de trabalho em saúde**. 2 ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, Coopmed, 2009.

FIGUEIREDO, N. N.; ASAKURA, L.; Adesão ao tratamento anti-hipertensivo: dificuldades relatadas por indivíduos hipertensos. **Acta Paul Enferm**, São Paulo, V. 23, n. 6, p. 782-787. 2010.

GIROTTTO, E. *et al.* Adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico e fatores associados na atenção primária da hipertensão arterial. *Ciência & saúde coletiva*, Londrina, V. 18, n. 6, p. 1763-1772. 2013.

GUEDES, M. V. C. *et al.* Barreiras ao tratamento da hipertensão. **Revista Brasileira de Enfermagem-REBEN**, Brasília, V. 64, n. 6, p. 1038-1042. 2011.

Instituto Brasileiro de geografia e estatística. IBGE. **Indicadores Sociais Municipais: uma análise dos resultados do universo do censo demográfico de 2010**. n. 28. Rio de Janeiro. 2011.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Base de dados. Disponível em <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>> Acesso em: 15 nov. 2012.

MEIRELES, A. L. *et al.* **Atenção à saúde do adulto: Conteúdo técnico da linha guia de hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus e doença renal crônica**. 3ª Ed. Belo Horizonte. SES-MG, 2013.

OLIVEIRA, E. P. *et al.* A variedade da dieta é fator protetor para a pressão arterial sistólica elevada. **Sociedade Brasileira de Cardiologia**, São Paulo, V. 98, n. 4, p. 338-343. 2012.

OLIVEIRA, T. L. *et al.*, Eficácia da educação em saúde no tratamento não medicamentoso da hipertensão arterial. **Acta Paul Enferm**, São Paulo, V. 26, n. 2, p.179-184. 2013.

RUIZ, João Álvaro. **Metodologia Científica: Guia para eficiência nos estudos**. 6ª ed. São Paulo: editora Atlas. 2008.

SALOMÃO, *et al.*; Fatores associados à hipertensão arterial em usuários de serviço de promoção à saúde. **Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, V. 17, n. 1, p.32-38. 2013.

SILVA, S. L.; Influencia de fatores antropométricos e atividade física na pressão arterial de adolescentes de Taguatinga, Distrito Federal, Brasil. **Motricidade**, V. 9, n. 1, p.13-22. 2013.

VASCONCELOS, Eduardo Mourão. **Complexidade e Pesquisa interdisciplinar: Epistemologia e metodologia operativa**. 2ª ed. Petrópolis: editora Vozes. 2004.