

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

REINALDO JULIANO DE OLIVEIRA MENDES

**ESTRATÉGIAS PARA MELHORAR O ACESSO À INFORMAÇÃO E
ÀS ATIVIDADES DE PREVENÇÃO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL
SISTÊMICA**

**Belo Horizonte
2019**

REINALDO JULIANO DE OLIVEIRA MENDES

ESTRATÉGIAS PARA MELHORAR O ACESSO À INFORMAÇÃO E ÀS
ATIVIDADES DE PREVENÇÃO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL
SISTÊMICA

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.

Orientador: Professor Dr. Christian Emmanuel
Torres Cabido

Belo Horizonte

2019

REINALDO JULIANO DE OLIVEIRA MENDES

**ESTRATÉGIAS PARA MELHORAR O ACESSO À INFORMAÇÃO E
ÀS ATIVIDADES DE PREVENÇÃO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL
SISTÊMICA**

Banca examinadora

Examinador 1: Professor(a). Nome - Instituição

Examinador 2: Professo Dr. Mário Antônio de Moura Simim (UFC)

Aprovado em Belo Horizonte, de de 2019.

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a todos os meus pacientes do NASF que me ensinaram lições valiosas durante minha jornada neste projeto.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus pela oportunidade.

Aos meus professores e orientadores pelos ensinamentos.

À minha família pelo apoio e incentivo.

À Equipe de saúde da unidade de saúde de Saramenha de Cima e a todos que, de alguma maneira, contribuíram para a realização deste trabalho.

“Saúde é um estado dinâmico de completo bem estar físico, mental, espiritual e social e não apenas a ausência de doença ou enfermidade”.
(Organização Mundial da Saúde).

RESUMO

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) ou pressão alta é uma doença crônica caracterizada por níveis elevados da pressão sanguínea nas artérias. A ausência de atividades de prevenção e promoção à saúde na comunidade Saramenha, bem como a ausência de hábitos de vida saudáveis estão intimamente relacionados com o aumento de casos da doença. O diagnóstico situacional realizado pela Equipe de Saúde da Família da comunidade de Saramenha revelou elevado número de pessoas com HAS. O objetivo deste trabalho foi elaborar plano de ação para ampliar a oferta de atividades preventivas e oferecer informações a respeito da HAS. O plano de intervenção foi proposto com base no Planejamento Estratégico Situacional (PES) em que foram definidos como nós críticos: 1) hábitos de vida inadequados, como a inatividade física e maus hábitos alimentares e 2) falta de campanhas educativas sobre a importância do autocuidado, prevenção e adesão ao tratamento da HAS. Foi realizada pesquisa bibliográfica na biblioteca virtual de saúde (BVS), Scielo e Programas do Ministério da Saúde com os descritores: Atenção Primária à Saúde, Estratégia saúde da Família, Hipertensão Arterial Sistêmica. Para cada nó crítico é apresentado um projeto, definindo ações, resultados esperados, recursos necessários, responsáveis, prazo, processo de avaliação e acompanhamento. Pode-se concluir que a implantação de programas que incentivem mudanças nos hábitos de vida e ofereça informações são essenciais para a prevenção e tratamento da HAS na comunidade de Saramenha.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde. Estratégia Saúde da família. Hipertensão Arterial Sistêmica.

ABSTRACT

Hypertension or High Blood Pressure is a chronic disease characterized by elevated blood pressure levels in the arteries. The absence of health promotion and prevention activities in the Saramenha community, as well as the absence of healthy living habits are closely related to the increases in cases of the disease. The situational diagnosis performed by the Family Health Team of the community of Saramenha revealed a high number of patients with SAH. The objective of this work was to elaborate a plan of action to expand the offer of preventive activities and to offer information about the SAH for this community. The intervention plan was proposed based on the Strategic Situational Planning (PES), in which critical nodes are defined as: 1) inadequate life habits, such as physical inactivity and poor eating habits, which favors the increase of cases of the disease; and 2) lack of educational campaigns about the importance of self-care, prevention and adherence to the treatment of hypertension. It was carried out a bibliographical research in the virtual health library (VHL), Scielo and Programs of the Ministry of Health with the descriptors: Primary Health Care, Family Health Strategy, Systemic Arterial Hypertension. For each of them a project is presented, defining actions, expected results, necessary resources, responsible, deadline, evaluation process and follow-up. It can be concluded that the implementation of programs that encourage changes in living habits and provide information are essential for the prevention and treatment of hypertension in the community of Saramenha.

Key words: Primary Health Care, Family Health Strategy, Hypertension.

Formatado: Inglés (Estados Unidos)

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

| | |
|------|---|
| ABS | Atenção Básica à Saúde |
| APS | Atenção Primária à Saúde |
| DASH | Dietary Approaches to Stop Hypertension [Abordagens Dietéticas para Vencer a Hipertensão] |
| ESF | Estratégia de Saúde da Família |
| HAS | Hipertensão Arterial Sistêmica |
| NASF | Núcleo de Apoio à Saúde da Família |
| PSF | Programa Saúde da Família |
| SIAB | Sistema de Informação da Atenção Básica |
| UBS | Unidade Básica de Saúde |

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

| | |
|---|----|
| Quadro 1: Operações sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema “Elevado número de pessoas com hipertensão arterial”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família de Saramenha, do município de Ouro Preto, estado de Minas Gerais..... | 25 |
| Quadro 2 – Operações sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema “Elevado número de pessoas com hipertensão arterial”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família de Saramenha, do município de Ouro Preto, estado de Minas Gerais..... | 26 |

LISTA DE TABELAS

| | |
|---|----|
| Tabela 1 – Classificação da pressão arterial de acordo com a medida casual no consultório (maiores de 18 anos)..... | 19 |
|---|----|

SUMÁRIO

| | |
|--|-----------|
| 1 INTRODUÇÃO | 12 |
| 1.1 Breves informações sobre o município de Ouro Preto | 12 |
| 1.2 A Equipe de Saúde da Família de Saramenha, seu território e sua população | 13 |
| 1.2.1 <i>Aspectos gerais</i> | 13 |
| 1.2.2 <i>Unidade de saúde da família</i> | 13 |
| 2 JUSTIFICATIVA | 15 |
| 3 OBJETIVO | 16 |
| 4 METODOLOGIA | 17 |
| 5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA | 18 |
| 5.1 <i>Atenção Primária à saúde</i> | 18 |
| 5.2 <i>Estratégia Saúde da Família</i> | 18 |
| 5.3 <i>Hipertensão Arterial Sistêmica</i> | 19 |
| 6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO | 24 |
| 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS | 27 |
| REFERENCIAS | 28 |

1 INTRODUÇÃO

1.1 Breves informações sobre o município de Ouro Preto

Ouro Preto é uma cidade com aproximadamente 73.994 habitantes (estimativa do IBGE para o ano de 2018), localizada na serra do Espinhaço, zona metalúrgica de Minas Gerais. É distante 96 km da capital mineira Belo Horizonte (IBGE, 2017).

A origem de Ouro Preto se deu por volta de 1698 pela junção de vários arraiais. Foi elevada à categoria de vila em 1711 com o nome Vila Rica. Em 1823, após a Independência do Brasil, tornou-se capital da província das Minas Gerais, passando a ser designada como Imperial Cidade de Ouro Preto.

Já em 1877, Ouro Preto perde o status de capital mineira, especialmente por não apresentar alternativas viáveis ao desenvolvimento físico urbano. No ano de 1933, foi elevada a Patrimônio Nacional e, no início da década de 1980, a cidade é declarada Patrimônio Cultural da Humanidade devido a sua relevância histórica e cultural (Prefeitura Municipal de Ouro Preto).

Ouro Preto se destaca pelas atividades culturais. Todos os anos, sedia o Festival de Inverno de Ouro Preto e Mariana no qual são desenvolvidas diversas atividades como teatro, música, artesanato, literatura, discussões em mesas redondas e palestras. Também possui o maior carnaval estudantil do Brasil.

A cidade possui doze distritos: Amarantina, Antônio Pereira, Cachoeira do Campo, Engenheiro Correia, Glaura, Lavras Novas, Miguel Burnier, Santa Rita de Ouro Preto, Santo Antônio do Leite, Santo Antônio do Salto, São Bartolomeu e Rodrigo Silva (IBGE, 2017). O turismo constitui uma parte significativa da economia do município, há também importantes indústrias metalúrgicas e de mineração.

Em 2010, das pessoas ocupadas na faixa etária de 18 anos ou mais do município, 6,53% trabalhavam no setor agropecuário, 7,17%, na indústria extrativa, 7,46%, na indústria de transformação, 11,70%, no setor de construção, 0,94%, nos setores de utilidade pública, 13,14%, no comércio e 49,65%, no setor de serviços (IBGE, 2017). Outra importante fonte de recursos para o município são os estudantes da Universidade Federal de Ouro Preto, oriundos principalmente da Região Sudeste do Brasil.

A área da saúde conta hoje com 25 Unidades Básicas de Saúde, sendo 14 unidades na sede do município, distribuídas na região central e demais bairros da cidade; já as outras 11 Unidades Básicas de Saúde localizam-se nos distritos. A cidade também possui 1 hospital geral, 2 policlínicas e diversos centros de especialidade médica.

1.2 A Equipe de Saúde da Família de Saramenha, seu território e sua população

1.2.1 Aspectos gerais

Saramenha é uma comunidade com cerca de 2. 211 habitantes, localizada na periferia de Ouro Preto. O bairro foi formado longe do centro histórico e se desenvolveu seguindo um caminho diferente da região central da cidade. Diferente, inclusive, das noções identitárias e patrimoniais elaboradas na década de 1930.

Durante a colônia e mesmo até o fim do século XIX, a ocupação do espaço foi pequena e fragmentada. Com a instalação da Eletro Química Brasileira S/A, mais tarde Alcan Alumínio do Brasil, em 1934, é que a região voltou a se expandir e iniciou-se um processo de ocupação mais significativo. O desenvolvimento do bairro começou com a chegada da empresa e de moradores do entorno de Ouro Preto que, à procura de trabalho, acabavam permanecendo na região. A fábrica de alumínio, a produção de chá, a extração do topázio imperial e a produção de artefatos de barro eram as principais atividades da localidade, sobretudo até meados do século XX (PIRES, 2016).

Atualmente, a população empregada vive basicamente dos pequenos comércios no bairro, das empresas mineradoras, do serviço público e dos poucos cargos que restaram na empresa de Alumínio. A comunidade possui uma escola de Ensino Fundamental I e outra que oferece o Fundamental I e II, uma creche, duas quadras esportivas, duas academias ao ar livre, uma biblioteca pública, um salão comunitário e uma unidade de saúde.

1.2.2 Unidade de saúde da família

A unidade básica de saúde do bairro Saramenha está situada na Avenida Américo Rennê Gianetti S/N e funciona no horário das 8h às 17h. O prédio é bem conservado e, além da unidade de saúde, recebe uma biblioteca pública, um salão comunitário e um projeto de saúde odontológica. O espaço físico atende bem à demanda da população e às necessidades da equipe. Esta, atende a população local por meio das seguintes atividades: consultas médicas, consultas de enfermagem, visitas domiciliares, reuniões de grupos como “Hiperdia”, controle do tabagismo, puericultura, atenção ao pré-natal, parto e nascimento, ginástica, vacinação, agendamento de consultas e encaminhamentos para outras especialidades, dentre outros.

Para identificação dos problemas, a Equipe de Saúde de Saramenha utilizou alguns dados fornecidos pelo Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) e outros adquiridos através do diagnóstico situacional. Foram selecionados indicadores da frequência de alguns problemas como número de hipertensos, diabéticos, tabagistas etc. Analisaram também a ação da equipe frente a esses problemas (cobertura, controle de hipertensão e diabetes etc.) e também indicadores que podem nos dar uma ideia indireta da eficácia das ações (internações e óbitos). Mesmo com todo esforço da equipe, cabe ressaltar as deficiências dos sistemas de informação e da necessidade da produção de informações adicionais para auxiliar no processo do planejamento e continuidade das ações.

De modo geral, podemos destacar alguns fatores como possíveis causadores deste problema nessa localidade: maus hábitos e estilo de vida da população, como sedentarismo e o alcoolismo, nível de informação sobre a doença, baixa adesão aos tratamentos, fatores socioculturais e também fatores hereditários.

Tendo em vista que um dos maiores problemas de saúde na área de abrangência desta Unidade de saúde seja a incidência de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), torna-se necessário o desenvolvimento de ações que venham contribuir para a solução deste quadro presente na comunidade de Saramenha de Cima. Assim, como a HAS é um dos principais fatores de risco para ocorrências de infarto agudo do miocárdio, acidente vascular cerebral, doença arterial periférica, além de ser uma das causas de insuficiência renal crônica e insuficiência cardíaca (SBC, 2010), torna-se necessária a realização de um plano de intervenção para interferir nos hábitos e estilo de vida desta população.

2 JUSTIFICATIVA

A partir do diagnóstico situacional realizado como atividade do Módulo de Planejamento e Avaliações em Saúde (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2017), foi verificado como principal problema na Estratégia de Saúde da Família o elevado número de casos de Hipertensão Arterial Sistêmica na Unidade Básica de Saúde da comunidade de Saramenha. Observamos, por meio das consultas, que existe um mau controle da doença hipertensiva em pacientes que a padecem, sendo uma das principais causas o estilo de vida adotado por estes indivíduos, inadequado para o controle da patologia que sofrem; por isso temos incentivado o desenvolvimento de estratégias de intervenção para mudar os hábitos de vida de pacientes hipertensos.

A HAS é uma enfermidade prevalente no território da ESF Saramenha, sendo, sem dúvidas, o maior problema enfrentado pela equipe e seus usuários. Tendo em vista este problema, decidimos realizar uma proposta de intervenção que visasse à conscientização da população sobre a importância da prevenção e adesão ao tratamento, bem como a realização de novos grupos operativos para auxílio no tratamento e prevenção da HAS.

3 OBJETIVO

Apresentar plano de intervenção para conscientizar moradores da comunidade de Saramenha, em Ouro Preto, Minas Gerais, sobre a importância da prevenção e tratamento da hipertensão arterial.

4 METODOLOGIA

O trabalho foi desenvolvido pautado nos dados do diagnóstico situacional realizado através da estimativa rápida na comunidade de Saramenha, no município de Ouro Preto, no estado de Minas Gerais. De acordo com Campos, Faria e Santos (2017):

A estimativa rápida constitui um modo de se obter informações sobre um conjunto de problemas e dos recursos potenciais para o seu enfrentamento, num curto espaço de tempo e sem altos gastos, constituindo importante ferramenta para apoiar um processo de planejamento participativo. (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2017,p.35).

Pode-se dizer que a estimativa rápida se torna o primeiro passo de um processo de planejamento que busca definir as intervenções necessárias para o enfrentamento dos problemas de saúde de uma população específica (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2017).

Após a coleta dos dados, foi feita a análise de todo material e identificados os problemas e prioridades. A partir deste levantamento foi elaborada uma proposta de intervenção para conscientizar a população sobre a importância da prevenção e tratamento da hipertensão arterial sistêmica.

Para estabelecer as bases conceituais, foi realizada revisão bibliográfica na base de dados SciELO, biblioteca virtual da NESCON e publicações do Ministério da Saúde, com os descritores: Saúde da família, Doenças Crônicas, Atenção Primária à Saúde, Estratégia Saúde da Família e Hipertensão Arterial Sistêmica. Foram selecionados os artigos de revisão, meta-análises e artigos originais publicados entre os anos de 2005 a 2019.

5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

5.1 Atenção Primária à saúde

De acordo com a Declaração de Alma-Ata (1978), atenção primária à saúde (APS) ou atenção básica à saúde (ABS) é a atenção essencial à saúde baseada em métodos e tecnologias práticas, cientificamente fundados e socialmente aceitáveis, ao alcance de todos os indivíduos e famílias da comunidade mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam suportar, em todas e em cada etapa do seu desenvolvimento, com um espírito de autorresponsabilidade e autodeterminação (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 1978).

O documento ainda descreve ações mínimas para o desenvolvimento da APS, entre elas, educação em saúde voltada para a prevenção e proteção, distribuição de alimentos e nutrição apropriada, tratamento de água e saneamento básico, planejamento familiar, saúde materno-infantil, imunização, prevenção e controle de doenças endêmicas, tratamento de doenças e lesões comuns, fornecimento de medicamentos. Atualmente, a principal estratégia de configuração da ABS no Brasil é a Saúde da Família.

5.2 Estratégia Saúde da Família

A Estratégia Saúde da Família (ESF) visa à reorganização da Atenção Básica no país, de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde. A Saúde da Família é entendida como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial, operacionalizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde (BRASIL, 2017). A Estratégia de Saúde da Família (ESF) propõe a reorganização do processo de trabalho em saúde, ao alterar o modelo hegemônico de uma assistência tendo como foco a doença, predominantemente biológica, para uma abordagem que responda às necessidades singulares dos usuários, apresentadas nos espaços reais onde os cidadãos constroem sua história e representam seu processo saúde-doença.

Para efetivar essas estratégias, é necessário o trabalho das Equipes multiprofissionais nas Unidades Básicas de Saúde. Estas equipes estabelecem

vínculo com a população, possibilitando o compromisso e a corresponsabilidade dos profissionais com os usuários e a comunidade.

5.3 Hipertensão Arterial Sistêmica

Segundo a Sociedade Brasileira de Cardiologia (2010), define-se que a Hipertensão Arterial Sistêmica é uma afecção clínica multifatorial que se caracteriza por elevados níveis de pressão arterial, sendo um dos principais fatores de risco modificáveis relacionados a doenças cardiovasculares. O mesmo autor relaciona os seguintes fatores de risco para o seu desenvolvimento: idade, gênero, etnia, excesso de peso e obesidade, ingestão de sal, ingestão de álcool, sedentarismo, fatores socioeconômicos e genéticos. De acordo com a VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão, a linha demarcatória que define HAS em adultos considera valores de PA sistólica ≥ 140 mmHg e/ou de PA diastólica ≥ 90 mmHg em medidas de consultório (SBC, 2010).

Na Tabela 1, são apresentados os valores utilizados para classificação da pressão arterial para indivíduos com idade maior de 18 anos de acordo com a medida casual. O diagnóstico deverá ser sempre validado por medidas repetidas, em condições ideais, em, pelo menos, três ocasiões. A utilização de diferentes índices de PA ou de menor número de aferições de PA para diagnóstico de HAS pode variar de acordo com o risco cardiovascular individual (SBC, 2010).

Tabela 1 – Classificação da pressão arterial de acordo com a medida casual no consultório (maiores de 18 anos)

| CLASSIFICAÇÃO | PRESSÃO SISTÓLICA (mmHg) | PRESSÃO DIASTÓLICA (mmHg) |
|-------------------------------|--------------------------|---------------------------|
| Ótima | < 120 | <80 |
| Normal | <130 | <85 |
| Limítrofe | 130 - 139 | 85 - 89 |
| Hipertensão estágio 1 | 140 - 159 | 90 - 99 |
| Hipertensão estágio 2 | 160 - 179 | 100 - 109 |
| Hipertensão estágio 3 | ≥ 180 | ≥ 110 |
| Hipertensão sistólica isolada | ≥ 140 | <90 |

Fonte: VI Diretriz Brasileira de Hipertensão, 2010, p.8.

Mesmo sendo assintomática, a hipertensão arterial é responsável por complicações cardiovasculares, encefálicas, coronarianas, renais e vasculares periféricas gerando condensação e perda de elasticidade das paredes dos vasos sanguíneos. Estudos epidemiológicos brasileiros, realizados a partir da medida casual da pressão arterial, registram prevalências de hipertensão de 40% a 50 % entre adultos com mais de 40 anos de idade. Estima-se que 40% dos acidentes vasculares encefálicos e em torno de 25% dos infartos ocorridos em pacientes hipertensos poderiam ser prevenidos com terapia anti-hipertensiva adequada (BRASIL, 2010).

Em Minas Gerais, estima-se que a prevalência de HAS seja de 22% na população igual ou maior de 20 anos de idade (MINAS GERAIS, 2010). Além disso, essa afecção é considerada um dos principais problemas de saúde pública devido à alta prevalência. Segundo os dados da Unidade Básica de Saúde de Saramenha de Cima, foram cadastrados no ano de 2018, durante realização de diagnóstico situacional, 437 casos de Hipertensão Arterial Sistêmica.

O objetivo do tratamento de indivíduos hipertensos é reduzir as doenças cardiovasculares e renais. Estudos publicados demonstram que várias classes de agentes farmacológicos são altamente efetivas tanto no tratamento da pressão arterial como na prevenção de complicações clínicas. A adoção de um estilo de vida saudável é ainda mais essencial para a prevenção e tratamento da hipertensão (NIEMAN, 2011). Sendo assim, as modificações no estilo de vida devem ser incentivadas a todas as pessoas para a prevenção da HAS e como estratégia de tratamento de indivíduos hipertensos.

Entre os hábitos de vida, a alimentação balanceada ocupa um papel importante no tratamento e prevenção da HAS, e a redução ou controle do peso também apresenta benefícios sobre a pressão arterial. Segundo Cuppari (2002), a redução do peso é a medida não farmacológica mais efetiva para controlar a HAS e mesmo pequenas reduções têm diminuído significativamente a pressão, bem como riscos cardiovasculares graças à melhoria do perfil lipídico e da tolerância à glicose, melhorando também a resposta à terapia de drogas anti-hipertensivas. Assim, o excesso de peso apresenta um risco substancial na HAS, pois produz efeitos metabólicos e adversos para a pressão arterial (SBC, 2010).

Dessa forma, a todo indivíduo com sobrepeso ou obeso, precisam ser oferecidas ações de cuidado para a redução do peso, pois a diminuição de 5% a 10% do peso corporal inicial já é suficiente para reduzir a PA (SBC, 2010). Uma redução de 10 kg do peso corporal seria suficiente para a redução de 5 a 20 mmHg da HAS. É desejável atingir um Índice de Massa Corporal (IMC) inferior a 25 Kg/m² para menores de 60 anos e inferior a 27 Kg/m² para maiores de 60 anos (SBC, 2010; OMS, 1995).

Um dos hábitos alimentares associados com a elevação da PA é o excesso de consumo de cloreto de sódio. Quase todas as pessoas nas sociedades ocidentais consomem uma dieta que contém entre 2.500 e 5.000 mg de sódio (cerca de 6 a 12 g de sal, ou cloreto de sódio) por pessoa, por dia. Quando a alta ingestão de se prolonga por toda a vida de uma população, a maioria terminará sofrendo elevação na pressão arterial (NIEMAN, 2011).

O sódio é essencial para uma vasta gama de funções no corpo humano. Embora as necessidades variem de uma pessoa para outra, 2.000 a 3.000 mg por dia seria o valor considerado seguro e adequado para a manutenção do equilíbrio fisiológico em adultos (NIEMAN, 2011, p.392). Esta recomendação seria responsável para redução de aproximadamente 2 a 8 mmHg da pressão arterial.

Desta forma, a redução de sal na dieta é uma medida recomendada não só para hipertensos, mas a para a população em geral, visto que os brasileiros, assim como boa parte da população mundial, consome o dobro da quantidade máxima de sal recomendada (SBC, 2010).

Além da restrição de sódio, o consumo de uma dieta equilibrada e balanceada é uma recomendação dos especialistas da nutrição. Entre algumas estratégias, o plano Alimentar “Abordagens Dietéticas para Vencer a Hipertensão” (Dietary Approaches to Stop Hypertension – DASH) pode reduzir os valores de pressão arterial dentro de algumas semanas. O plano alimentar DASH é rico em grãos integrais, frutas, verduras e produtos à base de leite desnatado, resultando em uma ingestão de nutrientes rica em potássio, cálcio, magnésio e fibra, e com baixos níveis de gordura saturada, colesterol e sódio (NIEMAN, 2011).

A promoção do estilo de vida mais ativo tem sido utilizada como estratégia para desenvolver melhorias nos padrões de saúde e na qualidade de vida.

A atividade física tem forte efeito no tratamento da pressão arterial elevada. Indivíduos que não praticam atividade física ou indivíduos sedentários têm um risco 30% a 50% maior de desenvolver HAS. Um estilo de vida ativo pode modificar este quadro tendo efeito preventivo importante (*BRASIL, 2013*).

A atividade física regular associa-se a múltiplos benefícios para a saúde, além da redução dos níveis pressóricos. Logo após uma sessão de exercício aeróbico, como a caminhada, acontece uma redução média da ordem de 5 a 7 mmHg (efeito conhecido como hipotensão pós exercício), podendo perdurar por até 22 horas, independente da intensidade da atividade. Cronicamente, a redução média da pressão arterial é da ordem de 5,8 – 7,4 mmHg, quando a atividade é realizada de forma regular, de intensidade moderada, variando entre 4 e 52 semanas no tempo de seguimento, com duração de 30 a 60 minutos (*BRASIL, 2013*).

É importante que a equipe de Atenção Básica reconheça e utilize os recursos disponíveis para o desenvolvimento de ações de prática de atividade física. O papel dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), além de prestar apoio à equipe e organizar grupos de atividades físicas nas Unidades Básicas de Saúde, está em auxiliar pessoas com lesões de órgãos alvos na reabilitação e retorno das atividades do dia a dia (*BRASIL, 2013, p.100*).

Outra intervenção não medicamentosa importante que deve fazer parte do tratamento e prevenção da HAS é o consumo moderado de bebidas alcoólicas. Estudos identificaram uma associação entre a ingestão de álcool de 40 gramas ou mais por dia e um aumento da pressão arterial.

Segundo Nieman (2011), a prevalência de pressão arterial elevada é quatro vezes maior em bebedores inveterados do que entre pessoas abstêmias, do mesmo modo, ainda afirma que, quando homens hipertensos que sejam bebedores inveterados descontinuam o consumo do álcool, sua pressão arterial cai. Por essas razões, pacientes hipertensos do sexo masculino, usuários de bebidas alcoólicas, devem ser orientados a limitar sua ingestão a 30 gramas de etanol por dia; já para as mulheres, 15 gramas por dia.

No Brasil, a hipertensão constitui uma das principais causas de hospitalizações no sistema público de saúde. É fato que a prevenção e tratamento dessa doença será um processo de longo prazo, pois é necessário informar e conscientizar a população sobre a importância de cuidar da saúde, enfatizando, em

campanhas e ações educativas, a mudança no estilo de vida, aceitação e adesão ao tratamento, seja ele farmacológico seja não farmacológico (SILVA *et al.*, 2006).

Entre as ações educativas em saúde, podemos citar os grupos operativos. A dinâmica de grupo consiste numa técnica de trabalho coletivo, cujo objetivo é promover o processo de aprendizagem. Estes tipos de ações em saúde podem capacitar indivíduos e grupos na construção de novos conhecimentos, conduzindo a uma prática consciente de comportamentos preventivos ou de promoção da saúde. Além disso, a existência de um objetivo em comum supõe a necessidade de que os membros do grupo realizem um trabalho ou tarefa em comum, a fim de alcançá-lo (DIAS; SILVEIRA; WITT; 2009).

Para Pichon-Rivière (2000), o grupo operativo cumpre uma função terapêutica, pois se caracteriza por se centrar explicitamente em uma tarefa, a qual constitui sua finalidade ou objetivo, que pode ser o aprendizado, a cura, o diagnóstico de dificuldades etc. Ele definiu “grupo” como um conjunto de pessoas ligadas no tempo e espaço, articuladas por sua mútua representação interna, que se propunham explícita ou implicitamente a uma tarefa, interagindo para isso em uma rede de papéis, com o estabelecimento de vínculos entre si (PICHON-RIVIÈRE, 2000). Segundo Vasconcelos, Grillo e Soares, 2009:

Considerando que a promoção da saúde e a prevenção de doenças envolvem práticas pedagógicas, a construção de relações interativas solidárias entre os membros do grupo pode ser produtiva. O trabalho com os mais variados grupos deve ser utilizado, também, como espaço de escuta para identificação e construção coletiva de soluções para problemas da comunidade (VASCONCELOS; GRILLO; SOARES, 2009, p.49).

As atividades coletivas podem ainda promover trocas de experiências, reflexão, discussões e estimular o convívio social. São exemplos de grupos operativos: Grupo “Hiperdia”, Grupo de tabagismo, puericultura, Grupo de práticas corporais e atividade física etc.

6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

A proposta de intervenção refere-se ao problema priorizado “Elevado número de usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica na unidade de saúde de Saramenha”, para o qual se registra descrição, explicação e seleção de seus nós críticos, de acordo com a metodologia do Planejamento Estratégico Simplificado (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2017).

A seguir, os nós críticos do elevado número de usuários com HAS da unidade em destaque.

- 1) Hábitos inadequados;
- 2) Falta de campanhas informativas e preventivas;
- 3) Baixo número de pacientes que buscam consultas periódicas ou orientação na unidade para prevenção da doença;
- 4) Baixa adesão ao tratamento medicamentoso.

Para a elaboração desta proposta de intervenção, serão priorizados os nós críticos 1 (Hábitos inadequados) e 2 (Falta de campanhas informativas e preventivas).

A Unidade Básica de Saúde (UBS) de Saramenha, no município de Ouro Preto, carece de estratégias educativas e preventivas junto à população. O desenvolvimento de novos grupos operativos como atividade física, orientação nutricional através de oficinas, dinâmicas e outras ações educativas devem ser implantadas e desenvolvidas pela ESF e equipe do NASF; este projeto poderia modificar positivamente os hábitos e estilo de vida dessa população. As operações para o nó crítico 1 da HAS estão apresentadas no quadro 1.

Quadro 1 – Operações sobre o “nó crítico 1”

| NÓ CRÍTICO 1 | HÁBITOS INADEQUADOS | |
|---|--|-------------------------------------|
| Operação (operações) | Aumentar a oferta de grupos operativos com ações de prevenção de doenças e promoção da saúde (Ênfase hipertensão arterial) | |
| Projeto | + saúde | |
| Resultados esperados | Modificar os hábitos e estilos de vida da população | |
| Produtos esperados | Novos grupos de atividade física. Grupos operativos com a nutricionista sobre alimentação saudável e participação de outros profissionais da saúde. Palestras educativas para os pacientes hipertensos | |
| Recursos necessários | Organizacional- Grupos operativos com orientação profissional. Político- mobilização social Cognitivo- Melhorar informação sobre o tema. Financeiro- Materiais para oficinas. | |
| Recursos críticos | Organizacional- Organização da agenda de acordo com disponibilidade dos profissionais envolvidos. | |
| Controle dos recursos críticos | Ator que controla Equipe de Saúde da Família NASF | Motivação Favorável Favorável |
| Ações estratégicas | Mobilização social Reunião de planejamento ESF e NASF | |
| Prazo | 2 meses para o início das atividades | |
| Responsável (eis) pelo acompanhamento das ações | Educador físico e nutricionista do NASF | |
| Processo de monitoramento e avaliação das ações | Equipe de Saúde da Família (Médico) Relatórios e coleta de dados | |

Fonte: Elaborado pelo autor de (2019).

Adicionalmente, é importante ser oportunizado o acesso a informações que reforcem a importância da responsabilização do cuidado à saúde. A divulgação de informações sobre a HAS através de material impresso, palestras e ações de saúde em espaços públicos configuram uma boa estratégia para oferecer mais informações para a comunidade, alertar sobre os riscos da doença e melhorar a adesão ao tratamento dos usuários com hipertensão arterial (Quadro 2).

Quadro 2 – Operações sobre o “nó crítico 2”

| NÓ CRÍTICO 2 | | FALTA DE CAMPANHAS PREVENTIVAS E INFORMATIVAS | |
|---|--|---|--|
| Operação | Aumentar as campanhas/ações de prevenção e diagnóstico da HAS Aumentar o nível de informação da população sobre os riscos da HAS e a importância da adesão ao tratamento | | |
| Projeto | Ação saúde | | |
| Resultados esperados | População mais informada sobre a HAS Diagnosticar novos casos de HAS na comunidade Melhorar a adesão ao tratamento dos portadores já identificados | | |
| Produtos esperados | Ação na praça com equipe multidisciplinar Palestra educativa Divulgação de informações sobre a doença através de panfletagem | | |
| Recursos necessários | Político- Local adequado, mobilização social, articulação intersetorial. Administrativo- para participação ativa dos integrantes da ESF Cognitivo- mais conhecimento sobre o assunto Organizacional/operativo- Disponibilidade dos profissionais Financeiro- Recursos para criação e impressão de material informativo | | |
| Recursos críticos | Favorável | | |
| Controle dos recursos críticos | Ator que controla NASF Sec. Municipal de Saúde Sec. Municipal de Cultura e lazer Associação de moradores | Motivação Favorável Favorável Indiferente Favorável | |
| Ações estratégicas | Apresentar o projeto para estruturação da rede | | |
| Prazo | 2 meses para o início; Realização 1 vez por semestre | | |
| Responsável pelo acompanhamento das ações | Enfermeira chefe | | |
| Processo de monitoramento e avaliação das ações | Equipe de Saúde Família | | |

Fonte: Elaborado pelo autor de (2019).

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir dos dados encontrados no presente estudo foi possível perceber o quanto é necessária a elaboração de estratégias educativas e preventivas que venham proporcionar a mudança de hábitos de vida da população estudada.

As ações da Equipe de Saúde da Família devem concentrar seus esforços no combate e tratamento da Hipertensão Arterial, com medidas que envolvam, principalmente, ações em prevenção e promoção da saúde de modo a capacitar os usuários portadores de HAS para o autocuidado e conscientizá-los sobre a importância do tratamento.

Apesar de já existirem ofertas de tratamentos na unidade de saúde, a HAS permanece sendo uma enfermidade pouco controlada quando comparada a outros problemas de saúde na região. Com isso, pode-se afirmar que o incentivo para mudanças de hábitos para um estilo de vida mais saudável, incluindo mais grupos de atividades físicas, já que o sedentarismo tem uma relação muito importante com o aumento da pressão arterial, é essencial. Outra estratégia fundamental seria melhorar os hábitos alimentares da população através da orientação profissional nos grupos operativos, estimulando a ingestão de alimentos mais saudáveis e redução do consumo de sal e, por último, o incentivo do autocuidado, conscientização sobre o problema e adesão ao tratamento através da realização de campanhas educativas na comunidade. Estas estratégias seriam fundamentais para a tentativa da resolução deste problema.

REFERENCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. (Cadernos de Atenção Básica, n. 37).

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **IBGE Cidades@Minas Gerais. Ouro Preto**. Brasília, [online], 2018. Disponível em: <<http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/home.php>>. Acesso em: 12/03/2018.

CAMPOS, F.C.C.; FARIA H. P.; SANTOS, M.A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. Nescon/UFMG. 2ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2017.

CORRÊA, E.J.; VASCONCELOS, M.; SOUZA, S. L.. **Iniciação à metodologia: textos científicos**. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2013. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/Modulo/3>>. Acesso em: 15 dez. 2018.

CUPPARI, L. **Nutrição Clínica do Adulto**. São Paulo: Manolli, 2002.

DIAS, V. P.; SILVEIRA, D. T.; WITT, R. R.. Educação e saúde: o trabalho de grupos e atenção primária. **Ver. APS**, v. 12, n. 2, 2009.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. Superintendência de Redes de Atenção à Saúde. Diretoria de Redes Assistenciais. Coordenadoria da Rede de Hipertensão e Diabetes. **Estratificação de risco**. 2010. Disponível em: <<http://webcache.googleusercontent.com/>> Acesso em: 20 de nov. 2018.

NIEMAN, D. C. **Exercício e saúde: teste e prescrição de exercícios**. Ed. Manole, 6. ed. Barueri, SP. 2011.

OMS - ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Declaração de Alma-Ata**. (Online, 2016). Disponível em: <http://www.dhnet.org.br/direitos/sip/onu/saude/almaata.htm>. [online, 2016]. Acesso em: 13 março. 2019.

PICHON-RIVIÈRE, E. O processo grupal. (El processo grupal). Tradução de Marco Aurélio Fernandes Velloso. 6 ed. São Paulo: Martins Fontes, 2000. Disponível em: http://xveritux.files.wordpress.com/2014/06/apunte_6_26_05_pichon_riviere_enrique_-_elproceso_grupal.pdf. Acesso em: 12 de fev. 2019.

PREFEITURA MUNICIPAL DE OURO PRETO. **História de Ouro Preto**. Disponível em: <http://www.ouropreto.mg.gov.br/historia>.

PIRES, Tiago. Saramenha de Cima: uma periferia de Ouro Preto e as suas percepções de patrimônio. **Em Extensão**, v. 15, n.1, p. 14, Uberlândia, 2016.

SILVA, T. R. *et al.* **Controle de Diabetes Mellitus e Hipertensão arterial com grupos de intervenção educacional e terapêutica em seguimento ambulatorial de uma Unidade Básica de Saúde**. Saúde Soc. v.15, n. 3 (2006). Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010412902006000300015&lang=pt. Acesso em: 08 març. 2019.

SBC - SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA / Sociedade Brasileira de Hipertensão. **VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão**. Arq. Bras. Cardiol 2010; 95 (1 supl. 1): 1-51. Disponível em: http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2010/Diretriz_hipertensao_associados.pdf

VASCONCELOS, M; GRILLO, M. J. C; SOARES. S. M. **Práticas Pedagógicas em Atenção Básica a Saúde**. Belo Horizonte. Nescon/UFMG, 2019 .