

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA**

**SEBASTIANA BATISTA RAMOS**

**QUALIDADE DE VIDA MEDIANTE A PROMOÇÃO DA SAÚDE DOS  
HIPERTENSOS NO CONTEXTO DA ESTRÁTEGIA DA SAÚDE DA FAMÍLIA DO  
MUNICÍPIO DE ITANHOMI**

**FLORIANÓPOLIS (SC)  
2014**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA**

**SEBASTIANA BATISTA RAMOS**

**QUALIDADE DE VIDA MEDIANTE A PROMOÇÃO DA SAÚDE DOS  
HIPERTENSOS NO CONTEXTO DA ESTRÁTEGIA DA SAÚDE DA FAMÍLIA DO  
MUNICÍPIO DE ITANHOMI**

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Doenças Crônicas não Transmissíveis do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista.

**Profª. Orientadora: Dra. Regimarina Soares Reis**

**FLORIANÓPOLIS (SC)  
2014**

## **FOLHA DE APROVAÇÃO**

O trabalho intitulado: **Qualidade de Vida Mediante a Promoção da Saúde dos Hipertensos no Contexto da Estratégia da Saúde da Família do Município de Itanhomi** de autoria do aluno Sebastiana Batista Ramos foi examinado e avaliado pela banca avaliadora, sendo considerado **APROVADO** no Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Área Enfermagem nas Doenças Crônicas não Transmissíveis.

---

**Profa. Dra. Regimarina Soares Reis**  
Orientadora da Monografia

---

**Profa. Dra. Vânia Marli Schubert Backes**  
Coordenadora do Curso

---

**Profa. Dra. Flávia Regina Souza Ramos**  
Coordenadora de Monografia

## **DEDICATÓRIA**

Dedico este trabalho a todos os usuários e profissionais do Sistema Único de Saúde, em especial os da Atenção Primária à Saúde.

Aos meus amados pais pela inteira dedicação; aos meus familiares e amigos pelo apoio e incentivo, possibilitando mais essa conquista.

*“Quando amamos e acreditamos do fundo de nossa alma, em algo, nos sentimos mais fortes que o mundo, e somos tomados de uma serenidade que vem da certeza de que nada poderá vencer nossa fé. Esta força estranha faz com que sempre tomemos a decisão certa, na hora exata e, quando atingimos nosso objetivo, ficamos surpresos com nossa própria capacidade”.*

*Paulo Coelho*

## AGRADECIMENTOS

Àqueles que; pela participação construtiva, pelo otimismo, pela cooperação, pelo engajamento, que por uma saudação cordial nos encorajam cotidianamente, ou que, pela torcida do sucesso dos nossos serviços contribuem, positivamente para a luta diária de toda a equipe dos serviços de saúde.

Aos trabalhadores da Secretaria municipal de Saúde que, incansavelmente, buscam a melhoria na prestação de seus serviços. Pela dedicação dispensada aos usuários e à comunidade.

A todos os munícipes, que pelas demandas propostas, nos impulsionam à busca do rompimento com os desafios impostos- apesar dos nossos poucos recursos- tornando-nos capazes perante as dificuldades existentes.

Às Pastorais, ao Conselho de saúde, às escolas, às igrejas, ao Conselho Tutelar e aos demais segmentos sociais que, com participação direta ou indireta subsidiam a promoção da saúde no município.

E, de modo especial e específico, a todos que, às manhãs, tecem a teia dos seus dias, ornando-a com fé, bom-humor e vivacidade. Crendo na mudança diária, persistente e constante de suas vidas e lutam... Lutam por um mundo melhor, por um país melhor, por uma cidade melhor, por uma vivência plena, por uma existência satisfatória e feliz, tornando-se, assim, pessoas melhores, de bem com a vida que propagam a paz e dissemina o cuidado solidário e o auto cuidado, este; a mais autêntica forma de se construir saudável e de se amar.

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	9
1.1 Justificativa.....	12
1.2 Delimitação do Problema.....	13
<b>2. OBJETIVOS</b> .....	14
2.1 Objetivo Geral .....	14
2.2 Objetivos Específicos.....	14
<b>3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA</b> .....	15
<b>4 METODOLOGIA</b> .....	19
4.1 Tipos de Trabalho.....	19
4.3 Plano Estratégico.....	21
4.4 Programação do Projeto de Intervenção .....	21
4.5 Cronograma Físico .....	23
4.6 Monitoramento e Avaliação .....	24
<b>5 RESULTADO E ANÁLISE</b> .....	25
<b>6 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	26
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	27

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

ACS – Agente Comunitário De Saúde

APS – Atenção Primária A Saúde

AVC - Acidente Vascular Cerebral

CONASS – Conselho Nacional Dos Secretários De Saúde

DCNT – Doenças Crônicas Não Transmissíveis

ESF – Estratégia De Saúde Da Família

HAS – Hipertensão

NASF - Núcleo De Apoio À Saúde Da Família

OMS – Organização Mundial Da Saúde

PA – Pressão Arterial

PDPS - Plano Diretor De Atenção Básica

PSE – Programa Saúde Na Escola E Uma Equipe

SIAB – Sistema De Informação De Atenção Da Atenção

SUS – Sistema Único De Saúde



## RESUMO

O envelhecimento populacional tem resultado no aparecimento de um grande número de doenças, promovendo um conjunto de ações que acarretam consequências para o organismo; Dentre as DCNT a hipertensão, representa uma delas, considerada uma síndrome cardiovascular progressiva e está fortemente associada a anormalidades funcionais e estruturais cardíacas e vasculares, podendo causar lesões em órgãos alvos, levando a uma prematura morbimortalidade no mundo todo. O tratamento da doença consiste no tratamento medicamentoso e não medicamentoso. Demandando, portanto, uma abordagem contínua, com ações educativas que promovam no hipertenso uma capacidade consciente de suas limitações e responsabilidades. Sabe-se que a HA contribui significativamente para modificações na qualidade de vida das pessoas, interferindo na capacidade física, emocional, interação social, atividade intelectual e no exercício profissional. Devido à necessidade de melhoria na prestação dos serviços da atenção básica visto que, consoantes diagnósticos situacionais não restam efetivas e nem resolutivas ações que por ora venham sendo desenvolvidas no município, especialmente no que se refere ao controle específico dessa doença e dos seus respectivos agravos. Tal fato decorre da dificuldade de se efetivar o tratamento, seja ele medicamentoso ou não, da baixa adesão ao tratamento e não adoção de hábitos saudáveis. E também decorrente de APS do município em se inovar nas abordagens e em se romper com o tratamento vicioso que consiste em simples trocas de receitas; havendo uma urgência de mudanças de estratégias no que se refere à melhoria das ações. Neste contexto, como tornar mais efetivas as ações de promoção da saúde voltadas aos usuários hipertensos da ESF, considerando que as ações atuais que visam tratá-los e reabilitá-los são majoritariamente de cunho curativo? Portanto, é de suma importância que o município elabore e /ou apoie um plano de intervenção para ser implantado na Estratégia de Saúde da Família (ESF), com vistas a subsidiar os profissionais a prestarem assistência integral à saúde e a sensibilizar o usuário hipertenso, para que este perceba a importância da promoção da saúde no seu tratamento. Esse trabalho objetiva demonstrar a importância de planejar ações de promoção da saúde direcionadas aos usuários portadores de hipertensão arterial usuários da Estratégia Saúde da Família.

**Palavras Chave:** Promoção a Saúde. Qualidade de Vida. Hipertensão. Estratégia Saúde da Família.

## 1 INTRODUÇÃO

A Atenção Básica, preconizada como principal "porta de entrada" do Sistema Único de Saúde – SUS, constitui um conjunto de intervenções de saúde no âmbito individual e coletivo que envolve a promoção, prevenção, reabilitação e tratamento de doenças por meio de práticas sanitárias democráticas, participativas e gerenciais. Observada a demanda crescente, o envelhecimento da população, a agregação crescente de novas tecnologias em saúde, produzindo alterações significativas para a vida em sociedade (CONASS, 2011).

Sob esta ótica, vale ressaltar que dentre os principais fatores desencadeantes das doenças não transmissíveis no Brasil destacam-se: a mudança da pirâmide etária com aumento da representatividade da população idosa; a persistência e ou adesão aos hábitos não saudáveis de vida como o sedentarismo crescente, baixa ingestão de frutas e verduras, o alto índice de tabagismo, a prevalência crescente da obesidade, o consumo excessivo de bebidas alcoólicas e o estresse- bem como fator contribuinte as desigualdades sociais e sanitárias. (CONASS, 2011).

Como uma das principais doenças decorrentes dos fatores expostos acima, temos a hipertensão (HAS), doença de natureza multifatorial, frequentemente associada com alterações metabólico-hormonais e fenômenos tróficos; caracterizada pela elevação da pressão arterial considerada como um dos principais fatores de risco cardíaco, cerebrovasculares e complicações renais (MIRANZI, 2008).

Em se tratando da realidade local, e respaldada pelos dados constantes no SIAB (Sistema de Informação da Atenção Básica) do ano de 2013, temos um percentual elevado de hipertensos; 1536 pessoas compreendidas entre 20 e mais anos; destas, 50 com sequelas e 16 óbitos decorrentes no referido ano. Valendo considerar aqui, que o índice de pessoas no município com idade propensa à doença é de 7.809, e que a hipertensão constitui-se em uma das maiores causas de doenças isquêmicas e cerebrovasculares cujas complicações resultantes, demandam tratamento de reabilitação e internação com custos deveras elevados.

A partir desses dados conclui-se que há ações ineficientes e ineficazes por ora realizadas pela APS. É preciso empreender novas formas de cuidado que reconheçam a singularidade dos sujeitos; relacionando-os com suas próprias características biológicas, habitação e local de trabalho com seus entornos, normas e valores culturais, assim como seu nível educacional e de consciência, e ainda, sua participação na produção e distribuição de

bens e serviços (BUSS, 2002), exigindo, portanto uma forma de abordagem inovadora, pautada na melhoria da qualidade de vida mediante a Promoção da Saúde dos hipertensos do município.

Porém, dada a dimensão, a magnitude e os desafios existentes; a APS neste intento enfrenta um complexo emaranhado de entraves; como, e de principal atenção, o de conseguir superar a cultura da medicalização que predomina no imaginário do usuário hipertenso, atingindo assim, conforme definição de Buss (2002), a transformação comportamental dos indivíduos por meio de intervenções educativas, principalmente aquelas referentes aos riscos comportamentais passíveis de serem mudados pelo próprio usuário, tornando-o protagonista atuante sobre os condicionantes de sua saúde.

Neste contexto, o Ministério da Saúde afirma que promover a saúde se impõe pela complexidade dos problemas que caracterizam a realidade sanitária em que predominam as doenças crônicas não transmissíveis, a violência e as novas endemias. Impõe-se também pela potencialidade de estratégias que superam a cultura da medicalização que predomina no imaginário da sociedade e que não pode ser modificada por meio destes mesmos procedimentos médicos (BRASIL, 2002).

Ainda, segundo a mesma obra, promover saúde também é aceitar o imenso desafio de desencadear um processo amplo que inclui a articulação de parcerias, atuações intersetoriais e participação popular, que aperfeiçoe os recursos disponíveis e garanta sua aplicação em políticas que respondam mais efetiva e integralmente às necessidades da sociedade. É se responsabilizar no nível da legislação e execução com políticas que favoreçam a vida em todas suas dimensões sem que isso implique, necessariamente, no desenvolvimento de ações inéditas, mas no redirecionamento do enfoque das políticas públicas (BRASIL, 2002).

Diante deste cenário, promover a qualidade de vida que, em seu rol define como principal objetivo, desenvolver no usuário uma sensação íntima de bem-estar, de conforto e de felicidade no desempenho de suas funções físicas, intelectuais e psíquicas, dentro da realidade da comunidade à qual pertence. Conduzindo-o apto e ativo na condução dos tratamentos que lhe são propostos, aliando estes às mudanças e às atitudes saudáveis adquiridas pelo indivíduo (MANO, 2005).

Como tornar mais efetivas as ações de promoção da saúde voltadas aos usuários hipertensos da ESF, considerando que as ações atuais que visam tratá-los e reabilitá-los são majoritariamente de cunho curativo?

Portanto, é de suma importância que o município elabore e /ou apoie um plano de intervenção para ser implantado na Estratégia de Saúde da Família (ESF), com vistas a

subsidiar os profissionais a prestarem assistência integral à saúde e a sensibilizar o usuário hipertenso, para que este perceba a importância da promoção da saúde no seu tratamento.

## 1.1 Justificativa

A escolha do projeto de intervenção surgiu a partir da constatação do alto índice de morbimortalidade por doenças cardiovasculares e, de forma isolada e com ênfase, a hipertensão; e devido à necessidade de melhoria na prestação dos serviços da atenção básica visto que, consoantes diagnósticos situacionais não restam efetivas e nem resolutivas ações que por ora venham sendo desenvolvidas no município, especialmente no que se refere ao controle específico dessa doença e dos seus respectivos agravos.

Tal fato decorre da dificuldade de se efetivar o tratamento, seja ele medicamentoso ou não, decorre da baixa adesão ao tratamento e da não adoção de hábitos saudáveis. E também decorrente de APS do município em se inovar nas abordagens e em se romper com o tratamento vicioso que consiste em simples trocas de receitas; havendo uma urgência de mudanças de estratégias no que se refere à melhoria das ações.

Como ponto inicial e de relevantes resultados; propõe-se o investimento na qualidade de vida do indivíduo no contexto da promoção a saúde dos usuários hipertensos, visto que existem inúmeras fatores que predisõem os indivíduos ao aumento da pressão arterial passíveis de serem modificados como: ingestão de muito sal, estresse, obesidade, sedentarismo, ingestão de bebidas alcoólicas e tabagismo; e os não modificáveis com heranças genética (MANO, 2005).

Consideramos importante trabalhar com a promoção da saúde por ser uma importante ferramenta para mudança da qualidade de vida das pessoas, da construção da autonomia dos sujeitos, por ser a hipertensão arterial um problema de saúde que causa risco e danos biológicos, emocionais e sociais à saúde das pessoas, além do aumento gradativo dos custos com o tratamento.

Esse trabalho irá auxiliar os profissionais da APS a buscar estratégias efetivas e eficazes de promoção da saúde, buscando elevar a qualidade de vida os usuários hipertensos da APS e, portanto, minimizar as complicações relacionado a esse agravo

## **1.2 Delimitação do Problema**

As ações atualmente implementadas pelos profissionais de saúde no tratamento e reabilitação dos usuários hipertensos da ESF são majoritariamente de cunho curativo e medicamentoso e não de melhoria de qualidade de vida.

## **2. OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo Geral**

Planejar ações de promoção da saúde direcionadas aos usuários portadores de hipertensão arterial usuários da Estratégia Saúde da Família.

### **2.2 Objetivos Específicos**

- Analisar as ações de promoção e prevenção realizadas pelas Equipes de Saúde da Família;
- Instituir processo de educação permanente em saúde dos profissionais da ESF com foco na assistência ao usuário hipertenso;
- Realizar ações educativas pautadas na qualidade de vida dos usuários hipertensos;
- Promover a saúde e a qualidade de vida dos usuários hipertensos do município.

### 3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

A ESF representa um dos principais eixos de inovação à assistência à saúde por ser de grande inserção social. É orientada pela lógica da territorialização, da vinculação, responsabilização e do olhar integral sobre o ambiente, em suas dimensões sócias e culturais onde estão inseridas as famílias e os indivíduos. Por essas características a ESF tem o potencial de ruptura da lógica hegemônica do cuidado desvinculado e é concretamente um importante espaço para o desenvolvimento de ações de promoção à saúde. Pelo seu potencial orientador do modelo de atenção vigente, necessita incorporar em suas praticas a integralidade da atenção à saúde e a perspectiva de troca de saberes e fazeres com a comunidade a qual esta veiculada; de modo que impacte na qualidade de vida do usuário hipertenso e na autonomia das pessoas de modo a contribuir positivamente nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades (BRASIL, 2002).

Em se tratando especificamente das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT's); e dentre elas a hipertensão, há de se considerar as mudanças na estrutura demográfica e no perfil epidemiológico do país, cujos desencadeantes são; a queda da fecundidade, a persistência do declínio da mortalidade precoce e da mortalidade por doenças infecciosas, o incremento da expectativa de vida ao nascer e aumento na intensidade e frequência de exposição aos hábitos de vida poucos saudáveis (CONASS, 2011).

Conforme a Sociedade Brasileira de hipertensão, a HAS é uma doença crônica não transmissível, às vezes assintomática; de etiologia multifatorial com comprometimento do equilíbrio do fluxo sanguíneo; é um sinal fisiológico de extrema importância para avaliações clínicas de pacientes, atinge 23% da população brasileira; no Brasil, acomete adultos jovens e idosos em aproximadamente 20% e 50%, respectivamente, apontando a idade mais avançada como um dos fatores de risco ao aparecimento da doença. Tem-se ainda, que 85% dos hipertensos foram acometidos por AVC-acidente vascular cerebral e 40% foi vítima de infarto do miocárdio; e ainda, 40% das aposentadorias precoces decorrem de enfermidades secundárias advindas da hipertensão. (OLIVEIRA, 2013).

Inúmeros fatores predisõem à hipertensão e podem estar associados ao sedentarismo, ao estresse, ao tabagismo, ao envelhecimento, à história familiar, à raça, ao gênero, ao peso, aos hábitos alimentares; além destes, há também correlação com a idade- sendo mais prevalente em homens até 50 anos e, acima desta faixa, torna-se mais incidente em mulheres; e relaciona-se também à etnia e gênero-indivíduos não caucasianos são mais propensos- sendo



duas vezes mais prevalente em mulheres negras; com o peso – o aumento de índice de massa corporal, de percentual de gordura corporal e obesidade infantil acarretam maiores chances de hipertensão. O fator genético, de importância considerável, também contribui para a gênese da HAS, entretanto não se tem até o momento conhecimento de variantes genéticas que possam ser utilizadas para prever o risco individual predisponente.

Conforme o Caderno de Atenção à Saúde do Adulto, a Hipertensão Arterial é definida como pressão sistólica maior ou igual a 140 mmHg e uma pressão diastólica maior ou igual a 90 mmHg, em indivíduos que não estão fazendo uso de medicação anti-hipertensivos porém é preciso ter cautela antes de rotular alguém como hipertenso; recomenda-se repetir a aferição de pressão arterial em diferentes períodos e continuamente, mesmo em face de resultados considerados normais para que se possa avaliar, diagnosticar e traçar seguimento clínico de pacientes portadores de HAS a partir dos níveis pressóricos detectados. Concluso o diagnóstico de hipertensão, é necessário que seja traçado um esquema terapêutico adequado e uma análise da estratificação de risco, a qual levará em conta, além dos valores pressóricos, a presença de lesões em órgãos-alvo e o risco cardiovascular existente (SES/MG, 2007).

Há duas formas de abordagens terapêuticas para a hipertensão arterial: o tratamento baseado em modificações do estilo de vida: perda de peso, incentivo às atividades físicas, alimentação saudável; e o tratamento medicamentoso: são os anti-hipertensivos diuréticos, inibidores adrenérgicos, vasodilatores diretos, bloqueadores de cálcio, inibidores de enzima conversora da angiotensina e os antagonistas do receptor AT1 da angiotensina II, salientando a importância de, em ambas as terapias, de se considerar o risco individual e os níveis pressóricos detectados na consulta inicial (SES/MG, 2007).

Ainda, segundo o mesmo autor, há de se considerar também, ao aplicar a terapia medicamentosa, o indivíduo e o agente farmacológico; quanto ao indivíduo temos que levar em consideração a percepção dele, sua rotina de vida, seu comportamento quanto à preservação da qualidade de vida, nível educacional e condições econômicas, resultados de tratamentos anteriores; atuação benéfica ou não prejudicial do medicamento em situações associadas às outras patologias. E, quanto ao agente farmacológico é relevante avaliar sua ação, bem como a eficácia por via oral, tolerabilidade pelo indivíduo, efeitos adversos, número de tomada diária e uso concomitante com outros medicamentos (SES/MG, 2007).

Considerando ainda, o mesmo autor, a resposta positiva à terapêutica medicamentosa dependerá tanto do indivíduo quanto do fármaco. Em se falando do hipertenso, é de essencial importância; a sua cooperação quanto à adesão ao tratamento, à utilização equivocada da medicação, à hipertensão do jaleco branco; aferição inadequada da pressão arterial, pseudo-

hipertensão em idoso e ao estilo de vida; e, quanto aos fatores relacionados aos medicamentos podemos citar: doses baixas, combinações inadequadas, inativação rápida, interação com outras drogas e retenção de líquido pela redução da pressão arterial e as condições associadas (SES/MG,2007).

Diante da realidade estatística nacional e, a partir dos conhecimentos adquiridos na vivência do trabalho realizado na APS, obtém-se que o tratamento medicamentoso não surte a eficácia desejada, demandando, portanto, uma nova abordagem, promovedora e contínua, com ações educativas que promovam no hipertenso uma capacidade consciente de suas limitações e responsabilidades. Pois, segundo Pinotti (2008), a HA contribui significativamente para modificações na qualidade de vida das pessoas, interferindo na capacidade física, emocional, interação social, atividade intelectual e no exercício profissional.

Posto isso, a intervenção terapêutica requer mudança no estilo de vida e uma atitude que deve ser estimulada em todos os pacientes hipertensos, durante toda a vida, independente dos níveis de pressão arterial. Existem medidas de modificação do estilo de vida que, efetivamente, têm valor comprovado na redução da pressão arterial e há comprovada eficácia dos hábitos saudáveis na queda de valores pressóricos e na diminuição do risco para eventos cardiovasculares.

Uma política de Promoção da saúde deve contribuir para o aprofundamento das promessas de reforma sanitária brasileira. Promessas que, além da construção do SUS apontam para a transformação das práticas sanitárias com a superação da baixa cobertura em direção à Universalização, busca da equidade, a integralidade do cuidado e respeito à cidadania, e que se comprometam com a democratização da saúde, da sociedade, do estado e da instituição (BRASIL, 2002).

Observando as especificidades da realidade brasileira em consonância com cartas e acordos internacionais que, desde Ottwa (1986), definiu-se que a promoção da saúde, cujos pilares e estratégias retomam, incorporam e refletem os grandes dilemas da esfera social. Tais dilemas têm originado, no campo da saúde, novas agendas, como o estímulo à autonomia dos indivíduos, o reforço da ação comunitária, a desafiante superação da especialização e fragmentação das políticas públicas e da atenção à saúde.

Ainda, consoante proposição autoral, a intersetorialidade surge através de propostas dos gestores de forma a construir ambiente saudáveis e à formulação de políticas comprometidas com a qualidade de vida. Assim, as atividades de promoção da saúde dirigidas aos indivíduos e famílias pretendem exercer influência sobre os componentes comportamentais e culturais e os hábitos presentes no estilo de vida que sejam sabidamente

nocivos, bem como estimular àqueles que reconhecidamente, contribuem para a manutenção da saúde. (OTTWA,1986).

Como pressuposto essencial, no contexto da promoção, a educação em saúde configura-se como ferramenta de primeira ordem, por constituir-se em amplo potencial de inclusão dos indivíduos hipertensos, tornando-os aptos e conscientes para tomarem decisões sobre aspectos que melhorem sua qualidade de vida. E, ainda consoante ao PDPS (Plano Diretor de Atenção Básica), consiste em instrumentalizar os profissionais e os usuários para a adoção de práticas saudáveis de vida e do autocuidado. Significa capacitar os profissionais para a gestão colaborativa do autocuidado e, o usuário, para sair das condições de paciente passivo em agente promotor e co-responsável pelo seu estado de saúde, num exercício cotidiano de profissionalismo, solidariedade e cidadania.

Para garantir uma conversão mais humanizada, e promover uma interface entre o conhecimento científico e o senso comum, é necessário garantir um processo de trabalho cujas atividades são planejadas por grupos operativos com o intuito de desenvolver um diálogo coletivo e troca de saberes, pois esta investida é compensadora; quanto mais se busca intercambiar os saberes científicos e populares, mais se aproxima da reconstrução de práticas que contribuem para superar modelos individualistas e fragmentados de assistência. Tal direcionamento converge para uma visão mais holística do ser humano na medida em que considera os valores, interesses e entendimentos próprios de cada indivíduo (AGNOL *et al.*, 2007).

Por fim, o cuidado do hipertenso demanda um trabalho desenvolvido por equipe multiprofissional, capaz de provê-lo motivação suficiente para vencer o desafio de adotar atitudes que tornem as ações anti-hipertensivas efetivas e permanente e, fundamentalmente, ensinamentos para introduzir mudanças de hábitos de vida, de forma que essas mudanças, embora lentas, mantenham a continuidade necessária, devendo ser promovida por meio de ações individualizadas, isto é, elaboradas para atender às demandas específicas de cada paciente.

## **4 METODOLOGIA**

### **4.1 Tipos de Trabalho**

O Trabalho desenvolvido constituir-se-á em um plano de intervenção cujo produto resultará em tecnologia da educação que terá por finalidade precípua, o rompimento com o modelo assistencial vigente, tendo como instrumento fundamental ações educativas realizadas por meio de grupos operativos, oficinas, realização de dinâmicas e práticas de atividades físicas; em parceria das ESFs com a equipe multidisciplinar, visando à efetiva implementação das políticas que fomentam a promoção e a qualidade de vida dos usuarios hipertensos.

Tais atividades se basearão em novas formas de abordagem, tratamento e acompanhamento de um público específico, sendo o objeto da intervenção, devido às demandas existentes acerca da hipertensão e seus agravos; os usuários hipertensos do município de Itanhomi, cadastrados e acompanhados pelas ESFs locais (rurais e urbanas) que cobrem quase 100% dos habitantes que, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, são de 12.282 (IBGE 2012).

Após a conclusão das pesquisas e observada a realidade dos hipertensos do município, faz-se necessária à tomada de ação e estratégias que intervenham no processo de trabalho da ESF, de forma a proporcionar ao paciente uma efetiva motivação quanto à adesão ao tratamento, às práticas de saúde que lhes forem estabelecidas e adoção aos hábitos saudáveis de vida. Assim como, tornar o profissional comprometido e gerador de ações efetivas e com resolubilidade; exercendo o papel de educador ao prestar os cuidados ao hipertenso.

### **4.2 Local do Trabalho.**

O município em estudo, Itanhomi, tem como fonte de renda de maior importância a prestação de serviços, seguida da pecuária, agricultura e de rendas dos servidores públicos municipais e estaduais, bem como dos aposentados e pensionistas. Tendo como principal empregador o setor público e comércios locais. Quanto ao sistema de educação e cultura, possui um índice elevado de pessoas graduadas em diversas áreas, possuindo, portanto um nível de cultura acima do que é peculiar à maioria dos municípios de pequeno porte. A rede educacional oferta educação pré-escolar, fundamental de ensino médio.

No que se refere à saúde, conforme estabelece as Normas Operacionais do SUS, Itanhomi está habilitado à Gestão Plena de Sistema Municipal, cuja habilitação se efetivou pelo Termo de Compromisso de Gestão/2007. Quanto à divisão administrativa, pertence a Micro de Governador Valadares, tendo como nível de atendimento, o primário de atenção dos sistemas de saúde, a Atenção Básica.

A estrutura física de saúde do município compõe-se de:

- 01 unidade hospitalar filantrópica;
- 02 Unidades Básicas de Saúde;
- 03 postos de saúde na zona rural;
- 02 academias da saúde;
- 01 pólo de academia em saúde;
- 01 ginásio poliesportivo;
- 02 clubes recreativos;
- 01 farmácia de Minas e farmácias populares conveniadas;

Em relação à rede assistencial, é composta por:

- 04 ESFs com 31 ACS;
- 01 equipe de NASF-Núcleo de Apoio à Saúde da Família com seis profissionais multidisciplinares,
- 01 PSE-Programa Saúde na Escola;
- 01 setor de combate às zoonoses e endemias;
- 01 setor de vigilância em saúde;
- 03 ESBs-Equipe de Saúde Bucal;

As equipes realizam atividades articuladas e intersetoriais esporadicamente, cuja integralização e interações se concretizam com as Secretarias de Educação, do Meio Ambiente, de Esporte e Lazer, de Assistência Social e do Transporte. São realizadas atividades educativas, atividade física, dançantes, hidroginástica, práticas corporais e lúdicas visando à inovação, à promoção da saúde e à otimização na qualidade de vida da população local.

### 4.3 Plano Estratégico

Em primeiro momento o projeto será apresentado aos coordenadores das ESFs objetivando a fundamentação e busca de apoio para o desenvolvimento do trabalho proposto. Em reunião será tratada a realidade epidemiológica do município de forma a trazer à tona a baixa potencialidade e ineficácia das ações atualmente desenvolvidas. O foco da apresentação será o cenário da hipertensão arterial visto que os índices de morbimortalidade demandam a implantação imediata de ações que objetivem o alcance da promoção da saúde e prevenção da doença.

Na oportunidade, será realizado um levantamento das atuais ações de promoção à saúde do hipertenso, e uma análise crítica que permita e dê suporte à implementação do projeto de intervenção, e ainda aproveitada para coletar sugestões para uma melhor viabilidade do cronograma.

Em uma segunda ocasião, além dos coordenadores, participarão também todos profissionais envolvidos, isto é, os componentes das ESFs e da Equipe multidisciplinar (NASF), os quais serão esclarecidos acerca do planejamento das ações a serem executadas. Bem como da atribuição e responsabilidades específicas de cada um, como na primeira, neste momento também serão ouvidas as sugestões acerca do projeto original e sobre a realidade local, os principais problemas encontrados, as dificuldades e as possíveis soluções dentro do contexto.

As reuniões para capacitação de todos os envolvidos serão realizadas na 1ª quinzena do mês de agosto com os coordenadores das ESFs e, na 2ª quinzena do mesmo mês, com estes e demais profissionais das equipes, cuja duração, em ambas, será de oito horas a realizar-se no Polo de academia da Saúde situado na Praça Milton Campos.

Como suplemento didático, além da explanação do coordenador do projeto, tomarão parte nas temáticas, 02 palestrantes conhecedores e com domínio fundamentado do assunto Hipertensão.

Nas ocasiões mencionadas, será evidenciado o Plano de estratégia de intervenção que baseará fundamentalmente em ações educativas a serem realizadas articuladamente por cada equipe de ESFs com a Equipe Multidisciplinar, cuja operacionalidade se efetuará por cada equipe em sua área de abrangência por meio de oficinas mensais a fim de estabelecer vínculo e interação entre os atores envolvidos-profissional e usuários, tornando estes últimos co-responsáveis pela manutenção de sua saúde.

A atuação será efetivada pelo Método de Roda proposto por Gastão Wagner, cujo espaço de politização da gestão rompe com o modelo burocrático de gestão atual, uma vez que se sintoniza com a idéia permanente de co-produção e construção de autonomia dos sujeitos, visando a democratização das relações de poder. Constituinte, ao mesmo tempo, espaços de ensino-aprendizagem, de elaboração e de organização de processos de trabalho e de atenção às subjetividades, desejos e relações interpessoais (CAMPOS, 2010 et al). Onde serão utilizadas várias ferramentas, como alongamentos, massagens, dinâmicas, músicas, danças, tudo com o intuito de diminuir conflitos, trazer alegria, construir vínculos, visando fortalecer o coletivo e melhorar as relações interpessoais.

A ação educativa se concretizará por meio de grupos operativos, executadas pelas equipes das ESF's e por equipe multidisciplinar; que consistirá substancialmente; em dividir conhecimentos, somar experiências e alcançar mudanças positivas. Nas quais serão abordados os temas referentes às HAS, como; Educação para o autocuidado, incentivo à vivência grupal, alimentação saudável, controle de peso, atividade física, redução do consumo de bebidas alcoólicas, abandono do tabagismo, levando o usuário a refletir sobre o seu estilo de vida, fazendo escolhas saudáveis, a partir da construção do seu conhecimento, que é favorecida por um encontro afetivo.

Cada grupo terá a duração aproximada de 90 minutos e totalizará em 01 encontro mensal com os usuários em cada UBS, sendo estes, convidados a participarem das atividades por meio da ligação telefônica e por convite entregue pelo Agente Comunitário da Saúde.

Como forma de dinamizar os usuários serão realizadas atividades físicas nas Academias de Saúde três vezes por semana, em horários matutinos e noturnos; com grupo de 35 hipertensos; sendo ministradas por educador físico, cujas ações se basearão especificamente direcionadas às necessidades capacidade física do usuário.

#### 4.4 Programação do Projeto de Intervenção

Objetivo	Ações	Metas	Indicadores	Responsável	Prazo
<p>Analisar as ações de promoção e prevenção realizadas pelas Equipes de Saúde da Família</p>	<p>Reunir com os Coordenadores das ESFs e da Equipe multidisciplinar; Realizar levantamento de ações de promoção a saúde do hipertenso; Realizar levantamento epidemiológico relativo à hipertensão no município.</p>	<p>Realizar uma reunião com coordenadores das ESFs; Realizar uma reunião com demais profissionais envolvidos; Avaliar quantitativamente e qualitativamente as ações de promoção realizadas por cada equipe.</p>	<p>Número de equipe com reunião realizada; Número de avaliações das ações realizadas por cada equipe.</p>	<p>Coordenador do projeto; Coordenadores das equipes ESFs e Multidisciplinar.</p>	<p>1º mês de intervenção;</p>
<p>Realizar ações educativas pautadas na qualidade de vida dos usuários hipertensos.</p>	<p>Implementar os grupos operativos por Método de Roda nas equipes; Realizar atividade educativas com a participação da equipe multidisciplinar; Fomentar a participação dos usuários hipertensos nos grupos operativos;</p>	<p>Implementar ,educar e fomentar em 100% das equipes de Estratégia Saúde da Família as ações propostas;</p>	<p>Nº de hipertensos participantes.</p>	<p>Coordenador das equipe das ESFs e da equipe multidisciplinar.</p>	<p>1 ano</p>
<p>Instituir processo de educação permanente em saúde dos profissionais da ESF com foco na assistência</p>	<p>Realizar reuniões com o conselho de saúde para conscientizar a respeito da educação permanente nas unidades; Inserir a educação permanente no Plano municipal de saúde .</p>	<p>Capacitar 100% dos profissionais.</p>	<p>Numero de profissionais capacitados.</p>	<p>SMS/SRS</p>	<p>Semestral</p>



ao usuário hipertenso;	Realizar rodas de estudo acerca da Política de Educação Permanente em Saúde junto com os profissionais.				
Promover a saúde e a qualidade de vida do usuário hipertenso do município.	Realizar atividades físicas sob orientação e supervisão da equipe multidisciplinar.	95% da participação dos usuários	Número de usuários hipertensos adeptos às atividades físicas.	SMS/ESF'S/Equip e multidisciplinar	Semanal



#### **4.6 Monitoramento e Avaliação**

O monitoramento será efetuado por meio de reuniões mensais com a equipe executora para o acompanhamento de metas e redirecionamento das ações. O monitoramento será possível à medida que as ações forem ocorrendo, através do cumprimento do cronograma proposto, dos custos previstos e de toda logística programada.

A avaliação consiste em saber em que medidas os serviços são adequados para atingir os resultados esperados. Esta apreciação se faz comparando os serviços oferecidos pelo programa ou pela intervenção como critério e normas pré – estabelecida em função dos resultados visados. O projeto prevê duas avaliações, sendo uma no início da pesquisa e a outra no final, para verificação da evolução dos indicadores selecionados. O sucesso do projeto estará relacionado, com o cumprimento da meta previamente estabelecida.

O monitoramento e avaliação dos resultados se realizarão após o primeiro mês de implantação, onde se fará a análise do projeto, através das dificuldades que os profissionais apresentarem perante o tema proposto e mediante a implantação in loco de todos os instrumentos abordados no projeto. O coordenador do projeto, será responsável pelo monitoramento e avaliação.

## 5 RESULTADO E ANÁLISE

Ao final do projeto de intervenção, cujo método se baseia essencialmente na promoção e na educação em saúde, busca-se proporcionar uma melhor qualidade de vida ao hipertenso por meio de incentivo às práticas de atividades físicas, à reeducação alimentar, ao abandono do tabagismo e do alcoolismo. E, concomitantemente, despertar-lhe sujeito ativo e consciente de suas condições fisiopatológicas, estimulando-o à adesão de mudanças no estilo de vida (tratamento não-medicamentoso), à prevenção de situações de estresse de forma a conscientizá-lo para uma auto-avaliação e, além disso, torná-lo um replicador dos conhecimentos adquiridos bem como dos benefícios decorrentes dos novos hábitos, os quais seguramente detêm eficácia anti-hipertensiva comprovada.

Conforme definição, promover Saúde é capacitar as pessoas e a comunidades para modificarem os determinantes de saúde em benefício da qualidade de vida; pautada nesta ótica, além da intervenção direta ao usuário, propõe-se também uma educação permanente dos profissionais, com vistas à inovação nos serviços de saúde e ao desenvolvimento de ações interdisciplinares e multidisciplinares.

Cuja conseqüência natural, será a identificação dos trabalhos que demandam modificações, o crescimento, envolvimento e maior expectativa do profissional pela constante troca de informações e pela maior eficiência e efetividade no processo de trabalho realizado.

O caráter do trabalho foi proposto em conformidade com a utilização dos conceitos de promoção da saúde; na estruturação das experiências, relatos, e abordagens; do reconhecimento das necessidades de saúde, e na concepção de saúde de forma a entender que, esta não se configura apenas na ausência de doença, demandando, portanto, uma maior e mais crítica reflexão acerca dos determinantes sociais.

Dessa forma, buscou-se identificar quais trabalhos se constituiriam como instrumento de transformação social e capacitação individual de forma a responsabilizar o usuário-hipertenso, tornando-o, protagonista no processo de saúde/doença.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo possibilitou a compreensão de que nas últimas décadas, a população brasileira experimentou importantes mudanças em seu padrão demográfico e epidemiológico. Queda significativa da fecundação, aliada ao grande incremento da expectativa de vidas, aumento da relevância das DCNT que são manifestações contemporâneas dessas mudanças.

As DCNT, segundo a organização Mundial de Saúde (OMS), se caracterizam por ter uma etiologia múltipla, longos período de latência, curso prolongado, origem não infecciosa, por sua associação a deficiências e incapacidades funcionais e, também, por ser um conjunto de doenças que têm fatores de risco semelhantes. Entre elas encontramos a HAS, as neoplasias, as doenças respiratórias crônicas e a diabetes mellitus (DM). Todos esses fatos impõem ao setor saúde um cenário com novos e grandes desafios.

Nessa perspectiva, a ESF configura-se como elemento-chave no desenvolvimento das ações da equipe multidisciplinar, atua na promoção da saúde, na prevenção, recuperação e reabilitação dessas doenças, na manutenção da saúde e no estabelecimento de vínculos de compromisso e de corresponsabilidade. Tais vínculos são decisivos para o sucesso do tratamento não medicamentoso e medicamentoso pelos hipertensos, pois quanto maior o grau de participação dos usuários como protagonistas do cuidado à saúde maior será a adesão.

Acreditamos que a educação em saúde consiste em um dos principais elementos da promoção da saúde e, portanto para melhor qualidade de vida. As experiências educativas com os usuários hipertensos são incipientes e em pequena medida se reportam à perspectiva de formação da consciência crítica sobre a saúde.

Portanto, o plano de intervenção proposto busca através da promoção em saúde minimizar os agravos provenientes da hipertensão, utilizando-se de atividades físicas, educação em saúde e permanente para alcançar os objetivos propostos.

## REFERÊNCIAS

- AGNOL, Dall Maria Clarice et al. **O trabalho com Grupos como Instância de Aprendizagem em Saúde**. Revista Gaúcha de aprendizagem em saúde. Revista Gaúcha de Enfermagem 2007.
- BRASIL. **Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde**. Departamento de Atenção Básica. Política nacional de atenção básica/ Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, departamento de atenção a saúde. Brasília,2002.
- BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Vigilância em Saúde – parte1/ Conselho Nacional de Secretários de Saúde** . Brasília: CONASS,2011.
- BUSS, Marchiori Paulo. **Promoção da Saúde da Família**. Rio de Janeiro,2002.
- CAMPOS, Wagner de Souza Gastão et al. **Método Paidéia para Co-Gestão de Coletivos Organizados para o Trabalho**. ORG & DEMO, Marília, v.11, n.1, p. 31-46, jan./jun., 2010.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo demográfico de 2012**. Rio de Janeiro: IBGE, 2012. Disponível em: <<http://www.censo2012.ibge.gov.br>>. Acesso em: 01 jan. 2013.
- MANO, Machado Peixoto Gisele. **Avaliação de pacientes hipertensos acompanhados pelo Programa Saúde da Família em um Centro de Saúde Escola**. São Paulo, 2005.
- MIRANZI, Sybelle et al. **Qualidade de vida de indivíduos com diabetes Mellitus e Hipertensão acompanhados por uma equipe de saúde da Família**. Texto contexto Enferm, Florianópolis, 2008.
- OLIVEIRA Faria Luiz Fernando. Hipertensão Arterial Sistêmica: Prevenção e Controle. Minas Gerais, 2013. Periódica internet disponível em: <http://www.imeds.com.br/luisinfernando/artigo/19104-hipertensao-arterial-sistemica-prevencao-e-controle> . Acesso em: 15 de dezembro de 2013.
- OTTAWA,1986. **Primeira Conferência Internacional Sobre Promoção Da Saúde**. Ottawa, novembro de 1986.
- PINOTTI, Suzana et al. Percepção Sobre a Hipertensão Arterial e Qualidade de Vida: **Contribuição para o Cuidado de Enfermagem**. Cogitare Enfermagem Paraná, 2008.
- Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais. Linha-guia de Hipertensão Arterial Sistêmica, Diabetes Mellitus e Doença Renal Crônica; 2013.