



REVISTA DE SAÚDE COLETIVA DA UEFS

ARTIGO

DESENVOLVIMENTO DE AÇÕES DE PROMOÇÃO DA SAÚDE NA USF SOBRADINHO I: RELATO DE EXPERIÊNCIA DA OPERACIONALIZAÇÃO DE UM PLANEJAMENTO E PROGRAMAÇÃO LOCAL EM SAÚDE *DEVELOPMENT OF HEALTH PROMOTION ACTIONS AT USF SOBRADINHO I: EXPERIENCE REPORT OF THE OPERATIONALIZATION OF PLANNING AND HEALTH LOCAL PROGRAMMING*

HERALDO ROCHA NUNES FILHO¹; JOHN ALMEIDA DAMASCENO¹; NAIÁH ENÉAS DA SILVA ALMEIDA¹; UESLEI MENEZES DE ARAÚJO PEREIRA¹; JAMILLY DE OLIVEIRA MUSSE²

1- Graduando pela Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS), Bahia, Brasil

2- Professora Adjunta da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS), Bahia, Brasil

RESUMO

O objetivo do presente estudo foi descrever o processo de Planejamento e Programação Local em Saúde (PPLS) e as ações desenvolvidas na comunidade do Sobradinho I, durante as atividades do módulo de Práticas de Integração Ensino, Serviço e Comunidade II. Trata-se de um relato de experiência sobre cinco oficinas de saúde, que orientaram a população sobre a Hipertensão Arterial Sistêmica, a importância de exercícios físicos e alimentação saudável para a prevenção e controle dessa patologia, bem como sobre os riscos do tabagismo, consumo excessivo de álcool e estresse para o agravamento do quadro clínico. Além disso, foram realizadas aferições da pressão arterial e medidas de dados antropométricos. Os resultados apontaram que muitos hipertensos não conheciam a doença que os acometem. Grande parte controlava o nível pressórico apenas com medicação. A maioria praticava atividade física e não mudou os hábitos alimentares com o diagnóstico. O número de fumantes e consumidores de álcool foi pequeno e o estresse foi apontado por muitos como fator agravante. Assim, concluiu-se que a PPLS é um instrumento importante para organizar as ações na comunidade. Na área de abrangência do Sobradinho I, essa ferramenta permitiu a negociação entre os diversos participantes interessados no desenvolvimento de ações de promoção de saúde no controle e prevenção da Hipertensão Arterial Sistêmica.

Palavras-chave: Planejamento e programação local em saúde; Saúde da família; Promoção de saúde; Hipertensão arterial sistêmica.

ABSTRACT

The aim of the present study was to describe the process of Planning and Health Local Programming (PHLP) and the actions developed in the community of Sobradinho I, during the activities of the Integration Teaching Practices, Service and Community II. This is an experience report on five health workshops that guided the population on High Blood Pressure, the importance of physical exercises and healthy eating for the prevention and control of this pathology and the risks of smoking, excessive alcohol consumption and stress for the worsening of the clinical picture. In addition, blood pressure measurements and anthropometric data measurements were performed. The results indicated that many hypertensives did not know the disease that affects them, most of them controlled the pressure level with medication alone, most of them practiced physical activity and did not change eating habits with the diagnosis. The number of smokers and alcohol users was small and stress was pointed out by many as an aggravating factor. Thus, it was concluded that the PHLP is an important instrument for organizing actions in the community. In the area covered by Sobradinho I, this tool allowed negotiation among the various participants interested in the development of health promotion actions in the control and prevention of High Blood Pressure.

Keywords: Planning and health local programming; Family health; Health promotion; High blood pressure.

INTRODUÇÃO

O curso de Medicina da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS) tem como principal objetivo promover a formação geral e profissional de médicos em

termos humanísticos e científicos e possui uma concepção pedagógica cujo elemento central é o desenvolvimento equilibrado de competências¹. Para isso, sua estrutura é fundamentada no método de Aprendizagem Baseada em Problemas (ABP).



Na ABP, o aluno é ativo na construção do seu conhecimento. O aprendizado deixa de ser passivo e dependente do professor e é adquirido através da discussão de problemas em Medicina. Dessa forma, é primordial o equilíbrio entre a teoria e a prática¹. As atividades do curso são divididas em módulos, a saber: 1) habilidades e atitudes clínicas onde os alunos treinam as habilidades técnicas e socioafetivas e adotam atitudes éticas, responsáveis e sensíveis; 2) tutoriais que permitem ao aluno a fundamentação teórica e a discussão de aspectos biopsicossociais relacionados à patologia estudada; 3) internato médico onde o aluno realiza atividades clínicas nos diferentes cenários de prática e 4) Práticas de Integração Ensino, Serviço e Comunidade (PIESC), onde se promove a aproximação do estudante com os problemas e práticas de saúde existentes na comunidade, tendo uma Unidade de Saúde da Família (USF) como referência.

As PIESC tem como objetivo geral criar oportunidades para o aluno desenvolver habilidades referentes ao conhecimento da realidade social em que se insere, aos valores ético-humanísticos de respeito à comunidade e ao trabalho em equipe multiprofissional e interdisciplinar. Assim, são realizadas atividades que reúnem estudantes, professores, profissionais de saúde e membros da comunidade local, visando a melhoria da qualidade de vida desses e a formação de um profissional médico comprometido socialmente com a assistência integral à saúde.

Para alcançar esse objetivo, as PIESC é desenvolvido ao longo dos quatro primeiros anos do curso de Medicina e, em cada um, há um enfoque específico. No primeiro ano, as PIESC I, através da territorialização e da estimativa rápida em saúde, permite o reconhecimento da área de abrangência da USF na qual o aluno atuará e a identificação dos problemas existentes, além de aproximar o estudante da equipe de saúde da família e iniciar o estabelecimento do vínculo com a comunidade. No segundo ano, as PIESC II, cujas atividades serão expostas e discutidas neste relato de experiência, desenvolve ações de promoção, prevenção e vigilância em saúde, a partir dos principais problemas eleitos pela própria comunidade. É nesse ano que os alunos elaboram e colocam em prática estratégias de intervenção, almejando a resolução ou diminuição dos problemas priorizados pela população a partir do Planejamento e Programação Local em Saúde (PPLS). No terceiro e quarto anos, os PIESC III e IV acompanham mais de perto famílias em situação de risco, através de ações educativas, consultas clínicas e visitas domiciliares¹.

O foco das PIESC é a atuação do estudante de Medicina na Atenção Básica à Saúde (ABS), criado como porta de entrada do cidadão no Sistema Único de Saúde (SUS), tendo reorganizado a partir da Estratégia de Saúde da Família (ESF), de acordo com os preceitos do SUS: integralidade, universalidade e equidade². Implementada em 1994, a ESF estava voltada, no início, para estender a cobertura assistencial em áreas de maior risco social, evoluindo como estratégia de expansão e qualificação da assistência, uma vez que apresenta

grande potencial para aprofundar os princípios, diretrizes e fundamentos da ABS, ampliando a resolutividade na situação de saúde das pessoas e coletividades, garantindo maior acesso da comunidade aos serviços de saúde, além de propiciar boa relação custo-efetividade³.

Para a realização das atividades das PIESC II, é de grande importância o planejamento em saúde e a construção da planilha operativa. Assim, entender como se faz um planejamento é essencial. Não se pode separar o planejamento da ação, pois o planejamento precede e preside a ação⁴.

Conhecer os diferentes métodos de planejamento é necessário para que se escolha o mais adequado ao modelo de assistência de saúde empregado na comunidade. Assim, verificou-se que o Planejamento Estratégico Situacional (PES), desenvolvido pelo professor e então Ministro da Economia do Chile, Carlos Matus, seria o melhor método para o planejamento em saúde, uma vez que possibilita uma dinâmica permanente e dialética através da participação dos diversos atores sociais que atuam em determinada realidade⁵.

As várias vertentes do planejamento estratégico e de suas releituras foram desenvolvidas diferentes propostas metodológicas sobre planejamento em saúde, uma abordagem aplicada ao nível local do SUS é o Planejamento e Programação Local em Saúde⁶.

O PPLS é considerado um instrumento importante para a organização das ações da vigilância à saúde no nível local do SUS, pois é capaz de agir em uma determinada condição de saúde sobre os problemas e ações de promoção, prevenção e recuperação direcionadas para a sua diminuição ou controle. Assim, o PPLS catalisa o processo de delimitação dos problemas de saúde através de técnicas de identificação, formulação, priorização e explicação da situação existente, considerando os diferentes pontos de vista dos atores sociais envolvidos⁶.

Para eleger o problema a ser trabalhado no PPLS, utiliza-se uma árvore de problemas, que é uma simplificação do fluxograma situacional criado por Matus. O seu objetivo é explicar o agravo escolhido pela população (representado pelo “tronco”), mostrando quais são suas causas (“raízes”) e suas consequências (“galhos”, “folhas” e “frutos”). As causas são os riscos à saúde, como a ocorrência de casos ou de mortes por uma patologia. As consequências representam o impacto do problema para o cotidiano das pessoas, para o serviço de saúde e para a economia do município⁶.

Outra estratégia utilizada para o PPLS é a construção de planilhas operativas. As principais causas da árvore de problemas passam a ser os objetivos específicos nas planilhas, nas quais são detalhadas as ações e as atividades a serem desenvolvidas para alcançar os objetivos propostos. Também é analisada a viabilidade (as dificuldades e as facilidades, bem como as estratégias para favorecer a realização), definida a programação e os responsáveis por cada atividade, elaborados os indicadores de acompanhamento e avaliação e as formas de divulgação⁶.

O desenvolvimento do PPLS como atividade das PIESC II é de fundamental importância para a formação do profissional médico. A partir desse planejamento, o estudante estabelece maior vínculo com a comunidade em que atua, consegue compreender melhor os maiores riscos para o surgimento de doenças e pode criar estratégias mais eficazes para combater, junto à equipe de saúde da família, os principais agravos.

A interação entre o serviço e a universidade mostra-se indispensável para a formação médica. A partir da realidade vivenciada, o estudante consegue aprimorar sua prática e percebe que seu conhecimento teórico não pode ser aplicado diretamente na comunidade. Dessa forma, exercita o pensamento crítico e a criatividade na busca para aplicar, da melhor maneira, seu domínio teórico de modo a conseguir transformar as condições de vida da população na qual está inserido.

A partir do que foi exposto, o objetivo geral do presente trabalho consiste em descrever o processo de planejamento e as ações de promoção de saúde, desenvolvidas na comunidade do Sobradinho I, Feira de Santana-BA, no enfrentamento da Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), durante as PIESC II.

METODOLOGIA

Este Relato de Experiência é resultante de atividades desenvolvidas no segundo ano das PIESC no período de setembro de 2015 a julho de 2016, tendo como cenário de prática a Unidade de Saúde da Família do Sobradinho I, em Feira de Santana-BA. As atividades envolveram oito discentes e uma docente do Curso de Medicina da UEFS, integrantes da equipe de Saúde da Família da USF e os usuários do serviço.

Primeiramente, foi feita a capacitação do grupo através de discussão e aula expositiva sobre Planejamento e Programação Local em Saúde. Em seguida, foi realizada uma oficina comunitária, na qual foi construída a árvore de problemas. A Hipertensão Arterial Sistêmica foi eleita como o principal problema de saúde da comunidade do Sobradinho I. Foram identificadas como causas: o sedentarismo, a falta de local para atividade física, a falta de alimentação saudável, o consumo de bebida alcoólica, o tabagismo e o estresse. Os participantes apontaram como consequência, o infarto, o derrame, a obesidade, a depressão e os problemas renais e cardíacos.

A partir dessas informações, os estudantes construíram planilhas operativas, sob orientação docente, onde foram definidas as ações e as atividades a serem realizadas na comunidade. As ações traçadas tiveram os seguintes objetivos específicos: educar a população do Sobradinho I sobre HAS; acompanhar pacientes com HAS dessa comunidade; estimular a prática de atividades físicas; orientar para uma alimentação saudável; ministrar palestra educativa para redução do consumo de álcool e cigarro e propor medidas de prevenção do estresse.

Os objetivos específicos deram origem a cinco Oficinas Comunitárias intituladas: Hipertensão Arterial; Importância da Atividade Física no Combate à Hipertensão Arterial;

Nutrição e Culinária no Controle da Hipertensão Arterial; Os Riscos do Álcool e do Tabagismo; Prevenção do Estresse.

As ações definidas para cada oficina foram, respectivamente, as seguintes: palestra sobre a HAS, explicando seus riscos e mudança de hábitos de vida e fazendo triagem de pacientes hipertensos; orientação sobre a importância da atividade física na melhoria da qualidade de vida, realizando práticas de alongamento, dança e exercícios adaptados para execução em domicílio; realização de atividade educativa sobre a importância de uma alimentação saudável, confecção de livro de receitas saudáveis para ser distribuído para a comunidade, realização de oficina de culinária; realização de oficina interativa sobre o consumo de álcool com a comunidade e uma atividade lúdica para instrução sobre a redução do consumo de cigarro, bem como, a realização de palestra sobre os riscos da ansiedade, insônia e estresse. Foram utilizadas como fonte de verificação as listas de presença e, para avaliação das atividades, a satisfação do usuário ao término de cada atividade desenvolvida.

RESULTADOS

A primeira oficina orientou a população sobre aspectos gerais da Hipertensão Arterial Sistêmica, principal agravo de saúde definido na oficina de construção da árvore de problemas (Figura 1). Foram apresentadas à comunidade, a definição, epidemiologia, causas, fatores de risco, complicações, prevenção e a importância do controle da pressão para uma melhor qualidade de vida, além da necessidade de mudar os hábitos para evitar possíveis agravos à saúde.

Além disso, foi elaborado um cadastro dos pacientes hipertensos participantes, com registro de dados pessoais, dos valores da Pressão Arterial Sistólica (PAS), da Pressão Arterial Diastólica (PAD) e das medidas antropométricas, como: peso; estatura; índice de massa corpórea (IMC) e circunferência abdominal.

Entre as mulheres, a PAS variou de 110 a 150 mmHg e a PAD variou de 70 a 100 mmHg. Apenas dois homens participaram da oficina, o que revela a baixa adesão masculina às atividades de saúde, e os valores da PAS foram de 130 e 135 mmHg, enquanto a PAD foi de 90 e 92 mmHg. Esses valores estão acima da normalidade, uma vez que é considerado pré-hipertensão PAS entre 121 e 139 mm Hg e/ou PAD entre 81 e 89 mmHg⁸.

Em relação às medidas antropométricas, entre as mulheres, o IMC variou de 29,5 a 41,5 kg/m², sendo a média 33,8 kg/m², o que caracteriza obesidade grau I. Já entre os homens, o IMC foi de 28,4 a 28,9 kg/m², sendo a média 28,65 kg/m², o que representa sobrepeso. A circunferência abdominal variou de 95 a 116 cm em mulheres, sendo a média 103,7 cm. Nos homens, a variação foi de 105 a 107 cm, sendo a média 106 cm. Esses valores mostram que ambos os gêneros apresentaram risco muito aumentado para doenças cardiovasculares e síndromes metabólicas.



Figura 1. Árvore de problemas construída pelos estudantes com a participação da equipe de saúde e da comunidade do Sobradinho I, Feira de Santana, 2015

Na segunda oficina, sobre atividade física, foram confeccionados *folders* contendo imagens e orientando sobre a execução de exercícios que podem ser realizados em casa, durante as atividades diárias, como técnicas de alongamento. Houve a participação de uma profissional de Educação Física, fazendo demonstração de exercícios básicos com ajuda de materiais de fácil acesso, como cabo de vassoura, elásticos, degrau de escada, conforme a figura 2. Ela também salientou a importância de atividades em grupo, como caminhadas e dança, além de reforçar a importância dessas práticas para combater a HAS.



Figura 2. Oficina sobre Importância da Atividade Física no Combate da HAS, Feira de Santana, 2016

Aliada da atividade física no combate à obesidade, destacamos a atenção à alimentação dos hipertensos e indivíduos com fatores de risco. Diante disso, a terceira oficina foi sobre Culinária, quando se explanou sobre alimentação saudável, de acordo com recomendações do Ministério da Saúde e, em seguida, foi preparada uma receita contida no livro de receitas saudáveis que foi confeccionado e distribuído aos usuários e integrantes da equipe de saúde da família da unidade, com o intuito de estimular o preparo de alimentos saudáveis, como mostra a Figura 3.



Figura 3. Oficina Nutrição e Culinária no Controle da HAS, Feira de Santana, 2016. **A** – Aula de culinária. **B** – Livro de receitas saudáveis

Na oficina o número 4, intitulada Os Riscos do Álcool e do Tabagismo, realizou-se uma atividade lúdica com um protótipo de uma “máquina fumadora de cigarros”, chamada Maria Fumaça (Figura 4), que simulou os efeitos da fumaça do cigarro nos pulmões. Foram apresentadas diversas informações gerais sobre os males do tabagismo e específicas relacionadas à HAS, uma vez que a nicotina é componente vasoconstritor e psicoativo, causador de Hipertensão e dependência.

Neste mesmo momento, foram abordadas as características do perfil geral dos etilistas, principalmente as morbidades associadas e o custo social do consumo.

A última oficina, intitulada Prevenção do Estresse, consistiu em uma exposição teórica, na qual se discorreu sobre o estresse, enfatizando seus mecanismos de funcionamento, suas diversas causas e implicações para a vida diária do indivíduo hipertenso. Também foi ressaltado o papel da atividade física na redução dos efeitos negativos dos eventos estressores.

O bom diálogo estabelecido entre alunos, profissionais da USF e pacientes foi de suma importância para o desenvolvimento das oficinas. No início do ano letivo, foi realizada uma reunião com alunos e equipe da USF, com o propósito de explicar quais atividades seriam realizadas. Cabe ressaltar que o apoio e sugestões do enfermeiro e das agentes comunitárias foram imprescindíveis para o sucesso das oficinas. A participação da comunidade, principalmente dos hipertensos, também foi importante, uma vez que esclareceram dúvidas, aprenderam mais sobre a HAS, suas formas de prevenção e de controle.

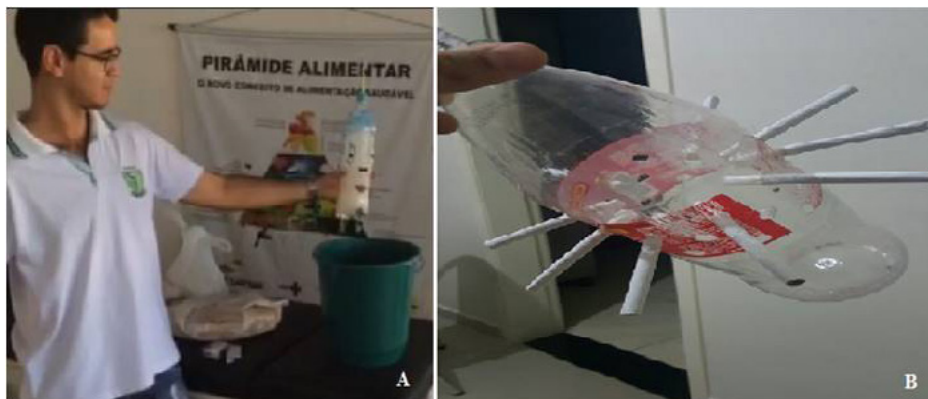


Figura 4. A – Oficina Os Riscos do Álcool e do Tabagismo no Controle da HAS, Feira de Santana, 2016. B – “Máquina fumadora de cigarros”, a Maria Fumaça

DISCUSSÃO

As Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) são um problema de saúde mundial e uma ameaça ao desenvolvimento humano. Tornaram-se a principal prioridade na área da saúde no Brasil, os percentuais de óbitos por essa causa sendo estimados em 72% em 2007⁷. Uma das principais DCNT é a Hipertensão Arterial Sistêmica. A HAS é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados da pressão arterial (PA $\geq 140 \times 90$ mmHg), sendo que a sua prevalência no Brasil varia entre 22% e 44% para adultos, acometendo mais de 50% dos indivíduos com 60 a 69 anos e 75% dos indivíduos com mais de 70 anos. Por apresentar esses altos índices e baixas taxas de controle, é considerada um dos mais importantes problemas de saúde pública⁸.

Apesar desses dados alarmantes, a HAS é uma patologia fácil de ser detectada, pois seu diagnóstico é clínico (feito a partir da média aritmética da pressão arterial maior ou igual a 140/90 mmHg, verificada em pelo menos três dias diferentes com intervalo mínimo de uma semana entre as medidas). No entanto, a HAS é subdiagnosticada no Sobradinho I, assim como em todo o Brasil, pois muitos pacientes não realizam a aferição da pressão arterial por não apresentar nenhum sintoma. Pode ser tratada e controlada com mudanças no estilo de vida, com medicamentos de baixo custo e que têm apresentado poucos efeitos colaterais, mostrando-se eficazes e fáceis de serem aplicados na Atenção Básica⁹. Aqueles pacientes hipertensos diagnosticados, em acompanhamento na USF do Sobradinho I e uso regular da medicação, referiram valores pressóricos dentro da normalidade e maior disposição para a realização das atividades diárias.

Além disso, a HAS tem relação com diversas comorbidades e pode agravar outras condições patológicas, associando-se, frequentemente, às alterações funcionais e/ou estruturais de órgãos e estruturas como coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos e às alterações metabólicas, com aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais. A mortalidade por doença cardiovascular aumenta progressivamente com a elevação da pressão arterial a partir de 115/75 mmHg de

forma linear, contínua e independente⁹. Essa multiplicidade de consequências faz com que a HAS esteja associada a outras doenças crônicas não transmissíveis e, portanto, caracteriza-a como uma das causas de maior redução da expectativa e da qualidade de vida dos indivíduos hipertensos¹⁰.

No Brasil, os desafios do controle e da prevenção da HAS e suas complicações são, sobretudo, das equipes de Atenção Básica, como as Unidades de Saúde da Família. Essas equipes são multiprofissionais e seu processo de trabalho necessita de vínculo com a comunidade e com a população adscrita. Por isso, o Ministério da Saúde preconiza que sejam discutidas e trabalhadas modificações do estilo de vida, fundamental no processo terapêutico, na prevenção e no controle da hipertensão⁹.

Assim, com na primeira oficina ficou nítido que, apesar da grande disposição de informações sobre a Hipertensão Arterial Sistêmica, muitos dos hipertensos não conheciam a doença que os acometem, suas possíveis complicações e a importância do controle da mesma. Verificou-se, também, que entre os hipertensos acompanhados, a maioria mantinha a pressão arterial controlada através de medicamentos, porém alguns deixavam de tomá-los quando estavam assintomáticos e acreditavam que “a pressão estava boa”, só retomando o seu uso quando algum sintoma se manifestava.

Além disso, em atividades de acompanhamento durante visitas domiciliares houve relatos do uso de medicamentos sem prescrição médica, possibilitando outros agravos da automedicação, como intoxicação, reações alérgicas, dependência, combinação inadequada (um medicamento pode anular ou potencializar o efeito do outro) e morte¹¹. Dados do Sistema Nacional de Informações Tóxico-Farmacológicas mostram que a maior causa de intoxicação é o uso de medicamentos, correspondendo a mais de 28% dos casos, sendo a automedicação um dos fatores que contribuem para isso¹².

Dessa forma, o fato de o indivíduo ser rotulado como portador de hipertensão pode conduzi-lo a manifestações de ansiedade e insegurança, sendo o esclarecimento da doença um ponto inicial na manutenção do controle tensional adequado, reafirmando a necessidade de comunicação efetiva

entre os pacientes, profissionais e familiares como medida para conduzir a pessoa a melhorar a percepção dos diferentes aspectos da doença¹³.

O estilo de vida é um dos fatores que mais contribuem para patogenicidade e alta prevalência da HAS. Indivíduos que não praticam atividade física ou indivíduos sedentários têm um risco 30% a 50% maior de desenvolver hipertensão arterial⁹. Dessa forma, a regularidade de atividade física é parte fundamental das condutas não medicamentosas de promoção de saúde e prevenção no tratamento da hipertensão arterial. É de suma importância a frequência semanal de atividade física para um bom aproveitamento¹⁴. Para isso, deve-se determinar a frequência mínima de prática para se atingir efeitos hipotensores significativos, podendo ser realizados em casa e com materiais de fácil acesso como foi orientado na oficina.

O hábito de praticar atividade física presente na comunidade é uma medida de prevenção de doenças cárdiorrespiratórias e, frequentemente, associada a mudanças de estilo de vida, possibilitando maior bem-estar e a qualidade de vida das pessoas. O exercício físico regular torna a pessoa mais calma, traz múltiplos benefícios para o sistema cardiovascular e auxilia no tratamento dos portadores de hipertensão¹³. Logo após uma sessão de exercício aeróbico, como a caminhada, dança, ciclismo, natação e corrida, verificou-se que acontece uma diminuição média da pressão arterial de 5 a 7 mm Hg, (efeito conhecido como hipertensão pós-exercício), podendo perdurar por até 22 horas, independente da intensidade da atividade⁹.

Para a realização da prática de atividade física, é necessário que seja feita a orientação por um profissional de saúde, que deve estar atento a alguns aspectos. É imprescindível que o hipertenso faça uma avaliação inicial, não esquecendo a história clínica atual e pregressa, comorbidades, controle da pressão arterial, medicamentos em uso e adesão ao tratamento. Além disso, pode ser feito, quando disponível, o teste de esforço, principalmente para indivíduos com cardiopatia prévia.

Outro componente dos hábitos de vida que interfere na evolução da HAS é a dieta alimentar. Uma alimentação inadequada está relacionada ao maior risco cardiovascular, obesidade, dislipidemia e HAS. Segundo o Ministério da Saúde⁹, a alimentação desempenha um papel importante no controle da hipertensão arterial e, para isso, foi criada uma lista de recomendações intitulada “Dez Passos para uma Alimentação Saudável para pessoas com HAS”, constando como umas das principais recomendações a de que o indivíduo use um mínimo de sal no preparo dos alimentos (recomenda-se para indivíduos hipertensos quatro g de sal por dia, o que corresponde a <2,4 g/dia de sódio), considerando todas as refeições. Além disso, é importante chamar a atenção para a leitura do rótulo dos alimentos (verificando sempre a quantidade de sódio presente), incentivando o uso de temperos naturais, tais como, alho, cebola, cebolinha, salsinha, açafrão, orégano, manjeriço, coentro, cominho, páprica, sálvia, evitando o uso de temperos prontos, como (caldos de carnes e de legumes

e sopas industrializadas) que contêm, em geral, o aditivo glutamato monossódico e muito sódio. Deve-se evitar, ainda, alimentos industrializados que são ricos em sal e gordura, como embutidos do tipo, salsicha, salame, presunto, linguiça e bife de hambúrguer, enlatados como, milho, palmito, ervilha, molhos como: ketchup, mostarda, maionese e carnes salgadas, do tipo, bacalhau, charque, carne seca e defumados⁹.

Sendo assim, a atenção à alimentação dos hipertensos, como também dos indivíduos com fatores de risco para desenvolvimento da doença, se faz imprescindível, uma vez que a dieta inadequada pode precipitar ou agravar a HAS. Diante disso, a Oficina de Culinária surgiu como ação decorrente do objetivo de orientar a população para alimentação saudável. Também fez parte da ação, a confecção de um livreto de receitas saudáveis para ser distribuído aos usuários e integrantes da equipe de saúde da família da Unidade, no intuito de estimular o preparo de alimentos saudáveis. Alunos e Agentes Comunitários de Saúde (ACS) participaram do preparo de uma receita durante a oficina, o que foi de grande interesse da comunidade. Ao final, ao saborear o prato que foi feito, todos puderam constatar que uma alimentação saudável pode ser muito saborosa, o que facilita e garante uma transformação permanente dos hábitos alimentares. Aliando-se prática de exercício físico e alimentação saudável tem como resultado satisfatório, a redução do peso. Essa é a medida não farmacológica, mas efetiva para o controle da HAS. E mesmo pequenas reduções têm diminuído, significativamente, a pressão, assim como riscos cardiovasculares, devido à melhoria do perfil lipídico e da tolerância à glicose, o que melhora, também, a resposta à terapia de drogas anti-hipertensivas¹⁵.

O consumo de bebidas alcoólicas e o tabagismo podem predispor à hipertensão arterial e/ou outras patologias e agravar a situação clínica dos pacientes hipertensos. O uso de altas doses de álcool, além de estar associado a um risco cardiovascular maior por aumento da pressão, predispõe a uma série de doenças tais como, certos tipos de neoplasias, cirrose hepática, pancreatites, gastrites, distúrbios psiquiátricos, acidentes, etc¹⁶. A ingestão considerada moderada não deve ultrapassar, por dia, 30 ml de etanol, ou 720 ml de cerveja, ou 300 ml de vinho ou 60 ml de uísque 100% puro. Para a pessoa com menor densidade corporal (indivíduos mais magros), geralmente mulher, é aconselhado não ultrapassar 15 ml de etanol diários¹⁷. Entretanto, essa ingestão considerada moderada pela literatura necessita de uma avaliação do contexto social no qual o indivíduo está inserido, bem como da sua patologia de base e da existência de outras doenças associadas. Dessa forma, dependendo do caso clínico, a abstenção e ou restrição da ingestão de álcool são medidas eficazes na redução da pressão arterial¹⁷.

O tabagismo também é um importante fator de risco para as doenças cardiovasculares, em particular, para o infarto do miocárdio, o acidente vascular cerebral e a morte súbita. Isso ocorre porque o fumo diminui a distensibilidade e as propriedades elásticas das artérias, aumentando a resistência vascular sistêmica, o que pode levar ao aumento da pressão arterial¹⁸.

Embora as pessoas que participaram da oficina “Os Riscos do Álcool e do Tabagismo” não fizessem ingestão de álcool e/ou uso do tabaco, elas conviviam com aqueles que os consumiam. Nesse sentido, as informações transmitidas pelos discentes, permitiram que os participantes percebessem a importância de conscientizar familiares e amigos.

O estresse pode ser definido como um complexo processo neuroendócrino, que varia de duração e intensidade e envolve a liberação de substâncias de ação sistêmica¹⁹. É um tema de destaque no cotidiano moderno, sendo responsável pelo desencadeamento e pelo agravamento de diversas complicações médicas, principalmente no sistema cardiovascular. As terapias de relaxamento e as técnicas de controle do estresse, como a meditação, podem ser utilizadas mesmo quando ainda não haja um controle da pressão arterial e mostraram ter considerável efeito hipotensor²⁰. Dessa forma, a última oficina se reveste de fundamental importância, uma vez que a saúde mental é imprescindível para a prevenção e controle da hipertensão e outras patologias, além de melhorar a adesão ao tratamento não medicamentoso e medicamentoso.

O desenvolvimento das oficinas foi facilitado pela disponibilidade das ACS, que sempre entregaram os convites e convocaram a comunidade, pelo espaço para as atividades, no caso, a própria unidade de saúde e a grande quantidade de informação disponível para a preparação das oficinas.

Por outro lado, houve dificuldades, sendo a baixa adesão da população às oficinas, a principal delas. Uma das prováveis causas para isso foi o horário das PIESC II, quintas-feiras à tarde, o que não atraiu a comunidade.

Percebeu-se que o planejamento e a programação local em saúde é um instrumento importante para organizar as ações na comunidade. Na área de abrangência do Sobradinho I, essa ferramenta permitiu a negociação entre os diversos participantes interessados no desenvolvimento de ações de promoção de saúde, no controle e prevenção da Hipertensão Arterial Sistêmica.

Dessa forma, é evidente que o PPLS é fundamental para a formação médica dos discentes da UEFS, uma vez que esse conhecimento os transforma em profissionais mais humanos e melhor capacitados para gerenciar as demandas primárias de saúde da população. Portanto, saberão como intervir de maneira mais eficiente para diminuir ou solucionar os problemas de saúde vigentes, promovendo melhor qualidade de vida para a comunidade em que atuam.

REFERÊNCIAS

1. Universidade Estadual de Feira de Santana. Colegiado do Curso de Medicina. **Princípios da Concepção Pedagógica**. Feira de Santana (BA); 2016. Disponível em: <<http://www1.uefs.br/medicina/concepcao.html#PRINCIPIOSDA CONCEPÇÃO PEDAGÓGICA>>. [03 ago 2017].
2. Brasil, Ministério da Saúde. **Portal do Departamento de Atenção Básica** [online]. Brasília (DF); 2012. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_esf.php>. [03 ago 2017].
3. Brasil, Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
4. Matus C. **Política planejamento & governo**. Brasília: IPEA; 1993.
5. Campos FCC, Faria HP, Santos MA. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. 2ª ed. Belo Horizonte: Nescon UFMG/Coopmed; 2010. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0273.pdf>>. [03 ago 2017].
6. Vilasbôas ALQ. **Planejamento e Programação das Ações de Vigilância da Saúde no Nível Local do Sistema Único de Saúde**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/PSJV/PROFORMAR; 2004.
7. Schmidt MI, Duncan BB, Silva GA, Menezes AM, Monteiro CA, Barreto SM, Chor D, Menezes DP. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: carga e desafios atuais. **The Lancet** 2011; 377(9781): 1949-1961.
8. Sociedade Brasileira de Cardiologia. Conceituação, epidemiologia e prevenção primária. **Rev. Bras. Hipertens.** 2010; 17(1): 7-10.
9. Brasil. Ministério da Saúde. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica – n°37**. Brasília: Ministério da Saúde; 2013. Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=publicacoes/cab37>>. [03 ago 2017].
10. Duncan B, Schmidt MI, Giugliani ERJ. **Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseada em evidências**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed; 2006.
11. Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia. **Os Perigos da Automedicação**. Disponível em: <http://www.endocrino.org.br/os-perigos-da-automedicacao/>. [02 ago17].
12. Brasil. Ministério da Saúde. **Sistema Nacional de Informações Tóxico-Farmacológicas. Dados de intoxicação**. Disponível em: <http://sinitox.icict.fiocruz.br/sites/sinitox.icict.fiocruz.br/files/Tabela6_2013_0.pdf> [11.12.2016].
13. Brito DMS, Araújo TL, Galvão MTG, Moreira TMM, Lopes MVO. Qualidade de vida e percepção da doença entre portadores de hipertensão arterial. **Cad. saúde pública** 2008; 24(4): 933-40.
14. Medina FL, Lobo FS, Souza DR, Kanegusuku H, Forjaz CLM. Atividade física: impacto sobre a pressão arterial. **Rev. Bras. Hipertens.** 2010; 17(2): 103-6.
15. Cuppari L. **Nutrição Clínica no Adulto. Guias de Medicina Ambulatorial e Hospitalar, UNIFESP/Escola Paulista de Medicina**. São Paulo: Manole; 2002.

16. Souza D, Póvoa R. Álcool e Hipertensão Arterial. **Revista Fatores de Risco** 2014; 32: 33-9.
17. Stipp MDC, Leite JL, Cunha NM, Assis LS, Andrade MP, Simões RD. O consumo do Álcool e as doenças Cardiovasculares – Uma análise sob o olhar da Enfermagem. **Esc. Anna Nery** 2007; 11(4): 581–5.
18. Giorgi DMA. Tabagismo, hipertensão arterial e doença renal. **Rev. Bras. Hipertens.** 2010; 13(4): 256-260.
19. Júnior EL, Neto EL. Hipertensão arterial: aspectos comportamentais – Estresse e migração. **Rev. Bras. Hipertens.** 2010; 17(4): 210-225.
20. Dickinson HO, Beyer FR, Ford GA, Nicolson D, Campbell F, Cook JV, Mason J. Relaxation therapies for the management of primary hypertension in adults. **Cochrane Database Syst. Rev.** 2008; 1. CD004935. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com>. doi: 10.1002/14651858.CD004935.pub2/pdf>. [03 ago 17].

Endereço para correspondência

Jamilly de Oliveira Musse
Rua Francisco Manoel da Silva, 437, Cidade Nova
CEP: 44053060 - Feira de Santana-BA.
E-mail: musse_jo@hotmail.com
Telefone: (75) 34861816