

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

CLAUDIOSA LEYVA QUIALA

**PROPOSTA DE INTERVENÇÃO PARA DIMINUIÇÃO DA ALTA
PREVALÊNCIA DE HIPERTENSOS NA POPULAÇÃO ADSCRITA
AO PSF SANDOVAL DE AZEVEDO, MUNICÍPIO DE CONTAGEM-
MINAS GERAIS**

CONTAGEM – MINAS GERAIS

2018

CLAUDIOSA LEYVA QUIALA

**PROPOSTA DE INTERVENÇÃO PARA DIMINUIÇÃO DA ALTA
PREVALÊNCIA DE HIPERTENSOS NA POPULAÇÃO ADSCRITA
AO PSF SANDOVAL DE AZEVEDO, MUNICÍPIO DE CONTAGEM-
MINAS GERAIS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização Estratégia Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientadora: Prof^a Dra. Paula Cambraia de Mendonça Vianna

CONTAGEM – MINAS GERAIS

2018

CLAUDIOSA LEYVA QUIALA

**PROPOSTA DE INTERVENÇÃO PARA DIMINUIÇÃO DA ALTA
PREVALÊNCIA DE HIPERTENSOS NA POPULAÇÃO ADSCRITA
AO PSF SANDOVAL DE AZEVEDO, MUNICÍPIO DE CONTAGEM-
MINAS GERAIS**

BANCA EXAMINADORA

Prof^a Dra. Paula Cambraia de Mendonça Vianna -UFMG

Profa. Dra. Márcia Christina Caetano Romano - UFSJ

Aprovado em Belo Horizonte em ____/____/2018

DEDICATÓRIA

À minha família

AGRADECIMENTOS

Aos meus professores do curso

À minha orientadora Profa. Dra. Paula Cambraia de
Mendonça Vianna

“Ajudar aquele que precisa não é apenas parte do dever, mas da felicidade “.

José Martí, (1853-1895)

RESUMO

A HAS é considerada uma doença crônica degenerativa e representa sério problema de saúde pública, considerando a sua alta incidência em indivíduos adultos. Deve ser acompanhada ao longo de seu curso com medidas de controle que visem à qualidade de vida do portador e a prevenção de complicações. Na UBS Sandoval de Azevedo, 219 pacientes, representando 6,83% da população da área adscrita, sofrem desta doença (SIAB,2014). Mediante os controles realizados e os atendimentos feitos pela equipe de saúde aos pacientes, muitos mantêm níveis pressóricos elevados, principalmente os pacientes do sexo masculino e maiores de 45 anos. Além disto, muitos não possuem hábitos e estilos de vida adequados, não conhecem a importância da execução de exercícios físicos de forma periódica. Modificações no estilo de vida são de fundamental importância no processo terapêutico e na prevenção da hipertensão. Este estudo tem como objetivo elaborar uma proposta de intervenção para diminuição da alta prevalência de hipertensos na população adscrita ao PSF Sandoval de Azevedo, município de Contagem- Minas Gerais. Quanto à metodologia, após a realização do diagnóstico situacional e revisão da literatura, propôs-se a construção de um plano de ação para o enfrentamento do problema priorizado pela Equipe de Saúde, baseado nos 10 passos do Planejamento Estratégico Situacional (PES) como método utilizado. O presente projeto de intervenção propõe criar ações de controle da HAS, promovendo medidas educativas e elaborando uma estratégia de intervenção para melhorar a qualidade de vida do paciente hipertenso.

Palavras-chave: Estratégia Saúde da Família. Atenção Primária à Saúde. Hipertensão.

ABSTRACT

Hypertension is considered a chronic degenerative disease and represents a serious public health problem, considering its high incidence in adults. It should be accompanied throughout its course with control measures aimed at the quality of life of the patient and the prevention of complications. In the Sandoval de Azevedo basic health unit, 219 patients, representing 6.83% of the population of the ascribed area, suffer from this disease (SIAB, 2014). Through the controls performed and the care provided by the health team to the patients, many maintain high pressoric levels, especially the male patients and those over 45 years. In addition, many do not have adequate habits and lifestyles; they do not know the importance of performing physical exercises periodically. Changes in lifestyles are of fundamental importance in the therapeutic process and in the prevention of hypertension. This study aims to elaborate a proposal for intervention to reduce the high prevalence of hypertension in the population enrolled in the family health program, Sandoval de Azevedo, in the municipality of Contagem -Minas Gerais. Regarding the methodology, after the accomplishment of the situational diagnosis and review of the literature, proposed the construction of a plan of action to address the problem prioritized by the health team, based on the 10 steps of Strategic Situational Planning as a method used. This intervention project proposes to create actions to control hypertension, promoting educational measures and elaborating an intervention strategy to improve the quality of life of hypertensive patients.

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

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
CEMIG	Companhia Energética de Minas Gerais
COPASA	Companhia de Saneamento de Minas Gerais
DM	Diabetes Mellitus
EBCT	Empresa Brasileira de Correios e Telégrafos
ESF	Estratégia de Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MG	Minas Gerais
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
PES	Planejamento Estratégico Situacional
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SUS	Sistema Único de Saúde
UPA	Unidade de Pronto Atendimento

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1- Aspectos Demográficos relativos às populações urbanas e rural, por gênero, do município de Contagem.	15
Quadro 2- População, segundo a faixa etária e gênero, na área de Abrangência da equipe de Saúde da Família Sandoval de Azevedo, município de Contagem.	18
Quadro 3- Classificação de prioridades para os problemas identificados no diagnóstico da equipe de Saúde da Família Sandoval de Azevedo, município de Contagem.	20
Quadro 4- Operações sobre o “nó crítico 1”, relacionadas ao problema “Alta Prevalência de Hipertensos”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Sandoval de Azevedo, município de Contagem.	33
Quadro 5- Operações sobre o “nó crítico 2”, relacionadas ao problema “Alta Prevalência de Hipertensos”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Sandoval de Azevedo, município de Contagem.	34
Quadro 6- Operações sobre o “nó crítico 3”, relacionadas ao problema “Alta Prevalência de Hipertensos”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Sandoval de Azevedo, município de Contagem.	36
Quadro 7- Operações sobre o “nó crítico 4”, relacionadas ao problema “Alta Prevalência de Hipertensos”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Sandoval de Azevedo, município de Contagem.	37
Quadro 8- Operações sobre o “nó crítico 5”, relacionadas ao problema “Alta Prevalência de Hipertensos”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Sandoval de Azevedo, município de Contagem.	39

SUMARIO

1 INTRODUÇÃO	12
1.1 Breves informações sobre o município	12
1.2 O Sistema municipal de saúde	16
1.3 A Unidade Básica de Saúde Sandoval de Azevedo	18
1.4 Problemas de saúde da população e priorização dos problemas.....	19
2 JUSTIFICATIVA	23
3 OBJETIVOS	25
3.1 Objetivo geral	25
3.2 Objetivos específicos	25
4 METODOLOGIA	26
5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	28
6 PLANO DE INTERVENÇÃO	31
6.1 Descrição e explicação do problema selecionado	31
6.2 Seleção dos “nós críticos”	32
6.3 Desenho das operações	32
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	41
REFERENCIAS	42

1 INTRODUÇÃO

1.1 Breves informações sobre o município

Contagem é um dos 34 municípios integrantes da Região Metropolitana de Belo Horizonte. Está situado na região central do Estado de Minas Gerais, no Campo das Vertentes, ocupando uma área de 195,268 km². O acidente geográfico mais importante é o do Morro Vermelho, com 1.047 metros de altitude (IBGE, 2014).

A seguir, de acordo com IBGE, 2014, listamos dados geográficos relevantes sobre o município de Contagem, tais como o fuso horário e as coordenadas geográficas do município.

-Altitude de Contagem: 957 metros

- Coordenadas geográficas decimais (Latitude: -19.9386, Longitude: -44.0529)

- Coordenadas geográficas sexagesimais (Latitude: 19° 56' 19" Sul, Longitude: 44° 3' 10" Oeste)

- Fuso horário

UTC -3:00 (América/SãoPaulo)

Horário de verão: UTC -3:00

Horário de inverno: UTC -2:00

Conforme o censo realizado pelo IBGE, em 2010, a sua população era de 603.442 habitantes, mas, em 2015, sua população estimada foi de 648.766 habitantes.

Em relação à história de Contagem, sabemos que, em 1701, a Coroa portuguesa mandou instalar um posto fiscal às margens do Ribeirão das Abóboras, com o objetivo de fazer a contagem do gado que vinha da região do Rio São Francisco em direção à região das minas (Ouro Preto e Mariana). Como acontecia em todos os pontos que ofereciam boas oportunidades de lucro, a partir de 1716, no entorno do posto de registro, uma

grande diversidade de pessoas foi dando vida à população: senhores de escravos, proprietário de datas minerais à procura de braços e do gado para alimentação, patrulheiros, funcionários do Registro, delatores do transvio, religiosos, taberneiros, desocupados e vadios. Nas redondezas se assentavam pessoas que encontravam faixas de terras devolutas. Ali se comercializava gado, cavalos e potros, barra de ouro, ouro em pó para ser trocado por dinheiro ou com os guias, para a casa de fundição de Sabará (IBGE,2014).

Entretanto, esse comércio era precário. Consta que o volume de ouro em pó estocado no Registro das Abóboras era pequeno em relação aos volumes estocados em outros postos fiscais da Capitania, na Comarca de Sabará. Assim, o povoado que surgiu em torno do entreposto não se expandiu como núcleo urbano, atrofiando-se com o fechamento do posto, ocorrido por volta do ano de 1759. O local do posto, que ficou conhecido como Casa do Registro, é atualmente a Casa da Cultura. Mas, nas proximidades daquele posto, em terras de domínio público, desenvolveu-se outro povoado em torno de uma capelinha erguida em devoção ao Santo protetor dos viajantes, São Gonçalo do Amarante ou São Gonçalo, em 1725 (IBGE,2014).

A construção de capelas e igrejas dedicadas a São Gonçalo era comum na época. Esse santo goza de grande prestígio entre a população portuguesa e a devoção a ele acompanhou o processo de colonização. De fato, na Capitania das Minas Gerais existia um grande número de povoações com o nome de São Gonçalo. São exemplos: São Gonçalo do Rio das Pedras, São Gonçalo da Ponte, São Gonçalo do Amarante, São Gonçalo do Brejo das Almas, São Gonçalo do Rio Abaixo, São Gonçalo do rio Peixe, São Gonçalo do Rio Preto, entre outras. Por isso, São Gonçalo do Ribeirão das Abóboras, pelo fato do povoado estar próximo a esse ribeirão e, como nas imediações havia ainda o registro fiscal, falava-se também São Gonçalo da Contagem. Finalmente, para não ser confundido com outros registros ou contagens da Capitania, permaneceu o nome Arraial de São Gonçalo da Contagem das Abóboras, ou apenas Contagem das Abóboras. (IBGE,2014).

Em divisão administrativa referente ao ano de 1911, a vila era constituída por quatro distritos: Contagem, Campanha, Vargem da Pantana e Vera Cruz. Já, em 1933, a vila passa a ser constituída por quatro distritos: Contagem, Campanha, Ibiretê (ex-Vargem da Pantana) e Neves (IBGE, 2014).

Em 17-12-1938, a vila de Contagem é extinta pelo Decreto-lei Estadual n.º 148, sendo seu território anexado ao município de Betim como simples distrito. Pelo Decreto-lei Estadual n.º 1.058, de 31-12-1943, o distrito de Contagem adquiriu parte do distrito sede do município de Belo Horizonte. Foi elevado à categoria de município com a denominação de Contagem, pela Lei Estadual n.º 336, de 27-12-1948. Constituiu-se como distrito sede, em 01-01-1950. Em 12-12-1953 é criado o distrito de Parque Industrial (ex-povoado de Cidade Industrial) e anexado ao município de Contagem (IBGE, 2014).

A cidade de Contagem possui boa infraestrutura e conta com universidades, escolas municipais e estaduais, hospitais, entre outros serviços públicos direcionados ao turismo e lazer.

O setor primário econômico está baseado em atividades agropecuárias. Uma das mais antigas atividades econômicas do município, a pecuária, representa hoje uma pequena parcela da economia local, com um rebanho bovino aproximado de 3 082 cabeças, utilizado na produção leiteira e, na sua maioria, como gado de corte. O setor secundário está composto por atividades industriais. Com a criação da Cidade Industrial, em 1941, Contagem consolidou o seu desenvolvimento econômico e sua vocação natural para sediar indústrias. (IBGE, 2014)

O Produto Interno Bruto - PIB per capita de Contagem (R\$ 40.833,12) agrega grande parte de seu valor, por meio da produção de um moderno e competitivo Parque Industrial, constituído por quase 2 500 indústrias. Estas indústrias distribuem-se entre os ramos da indústria de minerais não metálicos, metalurgia, mecânica, material de transporte e equipamentos eletrônicos, além de novos segmentos da indústria química e de alimentos e bebidas, em expansão no município (IBGE, 2014).

Para o seu desenvolvimento, o município conta com vantagens representadas pela proximidade de fontes de recursos naturais, de jazidas minerais do polo siderúrgico, de amplo mercado consumidor e de um enorme contingente de mão de obra especializada.

Por último, o setor terciário é representado pelas atividades comerciais. O comércio do município é bastante ativo, dada à atração que exerce sobre as cidades vizinhas, o que lhe dá o status de cidade polo. Encontra-se em atividade, aproximadamente, quinze mil estabelecimentos comerciais como, por exemplo, grandes hipermercados, com grande movimento em volume de vendas e geração de empregos. (IBGE,2014)

A seguir, apresentamos o quadro relativo aos dados demográficos das populações urbana e rural do município de Contagem/MG.

Quadro 1: Aspectos Demográficos relativos às populações urbana e rural, por gênero, do município de Contagem/MG.

População	População (1991)	% do Total (1991)	População (2000)	% do Total (2000)	População (2010)	% do Total (2010)
População Total	449.388	100.00	533.472	100.00	603.442	100.00
População Residente Masculina	221.586	49.31	261.117	48.95	292.798	48.52
População Residente Feminina	227.802	50.69	272.355	51.05	310.644	51.48
População urbana	419.775	93.41	528.785	99.12	601.400	99.66
População rural	29.613	6.59	4.687	0.88	2.042	0.34

Fonte: IBGE (2010)

Em Contagem, os resíduos sólidos urbanos, domésticos e comerciais são coletados pela Prefeitura, atendendo a 100% da população urbana. O abastecimento de água e a coleta de esgoto na área urbana são realizados pela Companhia de Saneamento de Minas Gerais (COPASA). A captação para abastecimento da rede municipal é feita na Represa Várzea das Flores, atendendo à necessidade do município.

A água captada com tratamento especial da COPASA é de excelente qualidade. O serviço de energia elétrica no município é prestado pela Companhia Energética de Minas Gerais (CEMIG). A Empresa Brasileira de Correios e Telégrafos (EBCT) possui doze agências no município, sendo cinco próprias e sete franqueadas.

O serviço de telefonia fixo oferece terminais de ondas ligadas aos sistemas DDD e DDI, atendendo também à zona rural, com telefones públicos e comunitários. O sistema de telefonia celular é realizado por quatro diferentes prestadoras. A cidade recebe sinais de emissoras locais (televisão e rádio) de Belo Horizonte e de outras cidades. Os sinais de televisão são recebidos por satélites e por antenas parabólicas de todas as emissoras.

1.2 O Sistema municipal de saúde

O Conselho Municipal de Saúde deve exercer o controle social do SUS. O Conselho de Contagem está composto por 24 membros efetivos e 24 suplentes, divididos entre os trabalhadores de saúde (25%), os usuários dos serviços de saúde (50%) e representantes do governo e prestadores de serviços (25%). Qualquer cidadão pode participar das reuniões do Conselho Municipal de Saúde que ocorrem na última semana de cada mês, na Secretaria Municipal de Saúde. Entretanto, a população não assiste a estas reuniões, seja por desconhecimento ou desinteresse. Após cada reunião do Conselho, é elaborada uma ata, aprovada por todos os conselheiros, que funciona como um registro das deliberações tomadas.

O município conta com um total de 95 Equipes de Saúde de Família, 58 Unidades Básicas de Saúde, 30 Equipes de Saúde bucal, oito Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), um Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) e 28 farmácias distritais. 100% das Equipes de Saúde estão cobertas por médicos, que cumprem um horário de segunda a sexta feiras de 8.00 horas até 17.00 horas, com uma carga de 40 horas semanais. (IBGE,2014)

As equipes da Estratégia Saúde da Família são compostas por um médico, um enfermeiro, um técnico ou auxiliar de enfermagem, agentes comunitários de saúde, equipe de saúde bucal (dentista e técnico de higiene dental ou auxiliar de consultório dentário). Vale reiterar a experiência do NASF, que traz a inserção de alguns dos seguintes profissionais: fisioterapeuta, psicólogo, médicos ginecologista e pediatra, nutricionista, farmacêutico, educador físico.

Em relação à atenção especializada, quem precisa de consulta e exames é acolhido nas unidades básicas de saúde e encaminhado, conforme a necessidade, para as unidades de atenção especializadas ou centro de consultas especializadas. São realizadas consultas nas seguintes especialidades: alergologia, angiologia, cardiologia, cirurgia ambulatorial, cirurgia geral, colposcopia, dermatologia, endocrinologia, gastroenterologia, geriatria, hematologia, infectologia, infertilidade, mastologia, nefrologia, neurocirurgia, neurologia, oftalmologia, ortopedia, otorrinolaringologia, pneumologia, pré-natal de alto risco, urologia. Além de consultas, a população também tem acesso a serviços de reabilitação (fisioterapia, fonoaudiologia e terapia ocupacional), exames, procedimentos, programas e serviços de tratamento ambulatorial, que envolvem tratamentos especializados, tais como vasectomia.

Enfrentamos dificuldades quanto à referência para os demais níveis de atenção, já que os pacientes têm que aguardar na fila para serem atendidos por alguma especialidade específica. Muitas vezes, quando conseguem a consulta, demoram outros meses para fazer os exames solicitados e aguardar o retorno. Geralmente, a contrarreferência não é feita como desejável, pois a equipe não é informada sobre o que acontece com os pacientes nessas consultas.

Na atenção de urgência e emergência, Contagem possui cinco Unidades de Pronto Atendimento (UPA), além do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU).

O Hospital Municipal de Contagem presta assistência hospitalar com ênfase em urgência/emergência, aos usuários do SUS de Contagem, Ibirité e Sarzedo, promovendo a humanização da assistência, a gestão participativa e a formação profissional. A Maternidade Municipal de Contagem, referência para casos de alto risco, fica localizada na área anexa ao Hospital Municipal de Contagem, com abertura de nove leitos no Pronto Atendimento Pediátrico, 10 leitos de UTI pediátrica, 20 leitos de UTI Neonatal, 20 leitos de UCI Neonatal, 10 leitos de Cuidado Canguru, entre outros.

1.3 A Unidade Básica de Saúde Sandoval de Azevedo

A Unidade Básica de Saúde da Família-UBS Sandoval de Azevedo está situada na Rua Montevideun^o172, Bairro Industrial/Contagem/MG e faz parte do Distrito Industrial, próximo ao conjunto Sandoval de Azevedo. Foi inaugurada em abril de 1999. O horário de funcionamento é de segunda a sexta-feira, de 7:00 às 17 horas.

A equipe é composta por um médico, um enfermeiro, um técnico de enfermagem, um auxiliar administrativo, três agentes comunitários de saúde, um auxiliar de serviços gerais. Faltam dois agentes comunitários de saúde para cobrir toda a área adscrita. Atende a um total de 805 famílias e 3202 habitantes, sendo que 1362 correspondem ao sexo masculino e 1840 ao sexo feminino, como vemos a seguir.

Quadro 2- População, segundo a faixa etária e gênero, na área de abrangência da equipe de saúde da família Sandoval de Azevedo, município de Contagem, 2017.

FAIXA ETÁRIA	MASCULINO	FEMININO	TOTAL
0-1 ANO	8	14	22
1-4 ANOS	128	286	414
5-14 ANOS	154	266	420
15-19 ANOS	213	251	464
20-29 ANOS	261	270	531
30-39 ANOS	249	258	507

40-49 ANOS	169	197	366
50-59 ANOS	143	255	398
60-69 ANOS	17	19	36
70-79 ANOS	16	19	35
80 ANOS E MAIS	4	5	9
TOTAL	1362	1840	3202

Fonte: Registro da equipe (2017)

Das 805 famílias cadastradas, 100% têm sistema de esgoto (SIAB,2014). Em relação ao abastecimento de água, há um predomínio absoluto de rede com água tratada. Nos domicílios,100% das famílias utilizam a filtração como método de tratamento da água (SIAB,2014).

Em relação à destinação do lixo, 805 famílias utilizam a coleta pública, que é realizada três vezes por semana por carros destinados a isso. O principal problema deste segmento é o mau acondicionamento, pois as pessoas colocam todos os tipos de lixo juntos (SIAB,2014).

Quanto à infraestrutura da UBS, a área destinada à recepção é pequena. O consultório do médico encontra-se perto da área de recepção o que dificulta o atendimento, motivo de insatisfação de usuários e profissionais de saúde. Não existe sala de reuniões. A equipe utiliza uma sala de consulta.

Pela manhã, o ACS verifica o nome de todas as pessoas que estão na fila e os prontuários, seja consulta planejada ou não. Os prontuários são encaminhados para o técnico em enfermagem, que escuta os pacientes um a um e orienta-os. Após este atendimento, de acordo com cada caso, podem ser atendidos pelo médico ou enfermeiro, podendo ser agendados.

1.4 Problemas de saúde da população e priorização dos problemas

Quando se fala de um problema, não se pode considerar apenas o problema isoladamente, mas todo o processo que leva às causas e/ ou consequências. Por isso, “ao identificar um problema, deve-se considerar se ele é final (terminal) ou intermediário”, sendo que os problemas intermediários farão parte

de uma cadeia de causas que levam ao problema principal, tendo igual importância dentro do contexto (CAMPOS, FARIA e SANTOS, 2010).

Nas reuniões de rotina realizadas pela equipe, detectamos vários problemas que interferem no funcionamento da UBS e no atendimento aos pacientes. São eles: equipe incompleta, tempo de espera muito longo para consultas com os especialistas, exames complementares muito demorados, a contrarreferência não é feita como desejável, dificuldade para referência para os demais níveis da assistência, falta de sala de reunião, área da recepção pequena, aumento de fatores de risco cardiovasculares, alta prevalência de Hipertensão Arterial, alta prevalência de Diabetes Mellitus e alta dependência a psicofármacos.

Levando em consideração a importância (atribuindo valor “alto, médio ou baixo”), a urgência (distribuindo pontos conforme apreciação), a capacidade para enfrentar os problemas identificados e definindo se a solução do problema está dentro, fora ou parcialmente dentro da capacidade de enfrentamento da equipe responsável pelo projeto, priorizamos os problemas detectados.

Quadro 3-Classificação de prioridades para os problemas identificados no diagnóstico da equipe de saúde da família Sandoval de Azevedo, bairro Industrial, município de Contagem, 2017.

Problemas	Importância	Urgência	Capacidade de enfrentamento	Seleção
Equipe incompleta	Alta	8	Fora	5
Consultas com os especialistas muito demoradas	Alta	6	Fora	7
Exames complementares muito demorados	Alta	7	Fora	6
Contrarreferência não é feita como desejável	Médio	4	Fora	9
Dificuldade para referência para os demais níveis da assistência	Médio	3	Fora	10
Falta de sala de reunião.	Médio	2	Parcial	11

Área pequena da recepção	Alta	5	Fora	8
Aumento de fatores de risco cardiovasculares	Alta	10	Dentro	3
Alta prevalência de Hipertensão Arterial.	Alta	12	Dentro	1
Alta prevalência de Diabetes Mellitus	Alta	11	Dentro	2
Alta dependência a psicofármacos	Alta	9	Dentro	4

Fonte: Registros da equipe (2016)

De acordo com o exposto anteriormente e considerando o perfil epidemiológico da população, das 3202 pessoas de nossa área de abrangência, 219 pacientes, representando 6,83% da população, sofrem de Hipertensão Arterial Sistêmica. Nos atendimentos realizados pela equipe, muitos pacientes mantêm níveis pressóricos elevados e não possuem hábitos e estilos de vida adequados.

Outra causa que incide no aparecimento da doença é o sedentarismo, pois os pacientes não reconhecem a importância da execução de exercícios físicos de forma periódica. Estes fatores também contribuem para o incremento do risco cardiovascular. Depois de nos reunirmos para estabelecermos as diretrizes do trabalho, decidimos que o problema principal a ser enfrentado relaciona-se com a Hipertensão Arterial Sistêmica -HAS.

Outro problema encontrado na área de abrangência, classificado como a prioridade 2, foi a presença de 109 pacientes com Diabetes Mellitus, correspondendo a 3,4%. Predominam os pacientes com baixa adesão ao tratamento, sedentários e com maushábitos alimentares.

Sabe-se que toda mudança requer um processo educativo e esse se dá de forma lenta e deve ser contínuo. Assim, as ações desenvolvidas pelos profissionais que trabalham com esses pacientes, devem atender às necessidades de cada um, à medida que se tenta manter o tratamento por longo período (ALMEIDA, 2004).

Para a implementação de ações, o profissional deve procurar conhecer a história do paciente individualmente, de forma a elaborar estratégias que possam contribuir para adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso (SOUZA, 2003). Nesta perspectiva, o presente projeto de intervenção propõe criar ações de controle da HAS, promovendo medidas educativas e elaborando uma estratégia de intervenção para melhorar a qualidade de vida do paciente hipertenso.

2 JUSTIFICATIVA

A HAS é considerada uma doença crônica degenerativa e representa sério problema de saúde pública, considerando a sua alta incidência em indivíduos adultos. Deve ser acompanhada ao longo de seu curso com medidas de controle que visem à qualidade de vida do portador e a prevenção de complicações. Também conhecida como pressão alta, se caracteriza por níveis elevados de pressão arterial acima de 140/90 mmHg, constituindo um fator de risco para uma série de doenças e agravos à saúde. É um dos mais importantes fatores de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais, sendo responsável por 40% das mortes por acidente vascular cerebral, 25% das mortes por doença arterial coronariana e, em combinação com o DM, 50% dos casos de insuficiência renal terminal (BRASIL, 2006).

Os dados estatísticos do Brasil mostram que 23% da população brasileira são hipertensas. Estes dados foram levantados em 2010 por meio de entrevistas com 54.339 adultos nas 26 capitais e no Distrito Federal. Uma das cidades com maior prevalência de HAS em homens foi Belo Horizonte com 25,1%. (SIAB, 2014).

A elevação prolongada da pressão arterial lesiona os vasos sanguíneos por todo o corpo, principalmente em órgãos-alvo, como o coração, rins, cérebro e olhos, além de provocar espessamento e perda de elasticidade das paredes arteriais e aumento da resistência vascular periférica nos vasos acometidos. As consequências usuais da hipertensão descontrolada prolongada são o infarto do miocárdio, insuficiência cardíaca e renal, acidentes vasculares cerebrais e visão prejudicada. O ventrículo esquerdo do coração pode ficar aumentado (hipertrofia ventricular esquerda), à medida que age para bombear o sangue contra a pressão elevada (POTTER & PERRY, 2001); (SMELTZER E BARE, 2006).

Smeltzer e Bare (2006) enfatizam que, uma vez identificada, a pressão arterial elevada deve ser monitorada a intervalos regulares, porque a HAS é uma

condição para o resto da vida. A meta do tratamento é evitar a morte e as complicações ao atingir e manter a pressão arterial mais baixa que 140/90 mmHg.

Na UBS Sandoval de Azevedo, 219 pacientes, representando 6,83% da população da área adscrita, sofrem desta doença (SIAB, 2014). Mediante os controles realizados e os atendimentos feitos pela equipe de saúde aos pacientes, muitos mantêm níveis pressóricos elevados, principalmente os pacientes do sexo masculino e maiores de 45 anos.

Além disto, muitos não possuem hábitos e estilos de vida adequados, não conhecem a importância da execução de exercícios físicos de forma periódica. Modificações no estilo de vida são de fundamental importância no processo terapêutico e na prevenção da hipertensão.

De acordo com o exposto, consideramos necessária a elaboração de um projeto de intervenção com vistas a diminuir a alta prevalência de hipertensos na área de abrangência da UBS Sandoval de Azevedo.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Elaborar uma proposta de intervenção para diminuição da alta prevalência de hipertensos na população adscrita ao PSF Sandoval de Azevedo, município de Contagem- Minas Gerais.

3.2 Objetivos específicos

Promover ações de saúde que garantam o conhecimento da população sobre a prevenção da HAS.

Realizar intervenções que diminuam os fatores de riscos que incrementam a alta prevalência da HAS.

4 METODOLOGIA

Inicialmente, foi realizado o diagnóstico situacional para identificar os problemas relativos à comunidade adscrita à ESF “Sandoval de Azevedo” por meio do método de estimativa rápida (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010). Os dados foram coletados das seguintes fontes: registros da UBS e de fontes secundárias como Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE); contatos com usuários e observação ativa da área pelos membros da equipe especialmente os agentes comunitários de saúde.

Para a fundamentação teórica, realizou-se revisão de literatura de textos, livros, manuais do Ministério da Saúde e artigos científicos publicados no período de 2000 a 2016 nos seguintes bancos de dados: Google Acadêmico, SciELO (*Scientific Eletronic Library Online*), BIREME (Biblioteca Regional de Medicina), LILACS, MEDLINE.

Dentre os artigos revisados, foram selecionados aqueles que se enquadravam no enfoque deste trabalho e mais relevantes em termos de delineamento e resultados encontrados. Buscaram-se artigos com os seguintes termos: Hipertensão, Estratégia de Saúde da Família, Atenção Primária à Saúde.

Posteriormente à realização do diagnóstico situacional e revisão de literatura propôs-se a construção de um plano de ação para o enfrentamento do problema priorizado pela Equipe de Saúde, baseado nos 10 passos do Planejamento Estratégico Situacional (PES) como método utilizado. De acordo com Campos, Faria e Santos (2010), este método transcorre nos seguintes momentos:

-Primeiro passo: Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade, a partir de informações que permitiram conhecer as causas e consequências.

-Segundo passo: Priorização dos problemas, em que, após a identificação foi necessária à sua priorização, tendo em conta critérios como a importância, urgência e a capacidade para enfrentá-los.

-Terceiro passo: Descrição do problema selecionado, em que, uma vez selecionado o problema priorizado, passamos a descrevê-lo, ou seja, caracterizá-lo para ter a ideia da sua dimensão e de como ele se apresenta na realidade.

-Quarto passo: Explicação do problema, em que se busca entender sua gênese.

-Quinto passo: Seleção dos “nós críticos”, em que a identificação das causas é fundamental porque, para enfrentar um problema, devem-se atacar suas causas e transformá-lo.

-Sexto passo: Desenho das operações. As operações são conjuntos de ações que devem ser desenvolvidas durante a execução do plano.

-Sétimo passo: Identificar os recursos necessários para a concretização das operações.

-Oitavo passo: Análise de viabilidade do plano. Neste momento, foi preciso identificar os atores que controlam recursos críticos, analisando seu provável posicionamento (motivação) em relação à solução proposta no plano e, se necessário, desenvolver alguma ação estratégica, para obter essa adesão.

-Nono passo. Elaboração do plano operativo. Aqui são designados os responsáveis pelo acompanhamento de cada operação e definidos os prazos para a execução das operações.

-Décimo passo. Gestão do plano, em que desenhamos um modelo de gestão do plano de ação, definindo como será feito o processo de acompanhamento do plano e seus respectivos instrumentos, garantindo a eficiente utilização dos recursos e promovendo a comunicação entre os planejadores e executores.

Em reuniões de equipe, verificamos os problemas mais comuns da comunidade e, em seguida, priorizamos a HAS. A partir da sua importância e da nossa capacidade de enfrentamento, descrevemos o problema e a elaboração de estratégias para combatê-la.

5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

O Programa Saúde da Família (PSF) foi implantado no Brasil, pelo Ministério da Saúde em 1994. É conhecido hoje como "Estratégia de Saúde da Família", por não se tratar mais apenas de um "programa". A Estratégia de Saúde da Família visa à reversão do modelo assistencial vigente, onde predomina o atendimento emergencial ao doente, na maioria das vezes em grandes hospitais. A família passa a ser o objeto de atenção, no ambiente em que vive, permitindo uma compreensão ampliada do processo saúde/doença (SANTANA *et al*, 2009).

Para Santana *et al* (2009), a ESF é um projeto dinamizador do SUS, condicionada pela evolução histórica e organização do sistema de saúde no Brasil. Nesse contexto assistencial em que atua a ESF, encontra-se o cuidado da pessoa com Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS).

Oliveira (2004) enfatiza que a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) somente passa a provocar sintomas quando os órgãos-alvo começam a não mais suportar as alterações que sofreram para se adaptar aos níveis tensionais elevados. Entretanto, tais alterações não são precoces, surgem geralmente após mais de dez anos de presença da doença por meio de complicações graves, fato justificado pela evolução assintomática que a HAS apresenta. Este autor afirma que se deve ter como objetivo uma conduta preventiva que pode ser conseguida mediante o diagnóstico precoce e o tratamento da HAS.

A Hipertensão arterial é o fator de risco mais conhecido para o desenvolvimento de aterosclerose, produzindo múltiplos efeitos adversos no sistema cardiovascular. A mortalidade é quase três vezes superior nas pessoas hipertensas do que as normotensas. (ALVAREZ, 2008).

A pressão arterial elevada afeta não somente o coração, mas também pode provocar doenças sérias no cérebro, rins e extremidades; aliás, como às vezes não causa sintomas, é conhecida como a "assassina silenciosa" (ALVAREZ, 2008).

A hipertensão arterial sistêmica é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial (PA) $\geq 140 \times 90$ mmHg. Associa-se, frequentemente a alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo (coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos) e alterações metabólicas (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

Estudos observacionais e experimentais epidemiológicos identificaram uma série de fatores que estão intimamente relacionados a HAS; os mais importantes são: idade, sexo, hereditariedade, raça, consumo de sal, consumo de álcool, acima do peso, tabagismo, dislipidemia, etc (STEVENS; DIAS; THOMAS, 2008).

A prevalência de HAS aumenta progressivamente com a idade e também está relacionada à cor da pele, história familiar de hipertensão e hábitos comportamentais. Mudanças no estilo de vida, tais como, realização de atividade física, perda de peso, redução da ingestão de sal e álcool, além de dieta rica em frutas e vegetais e pobre em gorduras, contribuem para reduzir os níveis da pressão arterial (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

No Brasil, nos últimos anos, as patologias cardiovasculares são a principal causa de mortalidade, tendo a hipertensão arterial como um dos seus principais fatores de risco. Estudos populacionais realizados em diversos locais do país revelam que, entre os indivíduos com 60 anos de idade ou mais, a hipertensão arterial apresenta uma frequência em torno de 60% (BRASIL, 2011). Das doenças cardiovasculares, a hipertensão arterial é a doença com maior prevalência e responde como a quarta causa de afastamento do trabalho no Brasil (BRASIL, 2011).

Os fatores de risco para as doenças cardiovasculares são condições que provocam um aumento do aparecimento de uma doença do coração ou dos vasos sanguíneos os quais podem ser mutáveis e imutáveis. São fatores imutáveis aqueles que não podem ser mudados, embora não seja possível reverter totalmente esses fatores, podem-se buscar maneiras de aprender a conviver com eles: idade, hereditariedade, sexo e raça. Os fatores mutáveis são

aqueles possíveis de serem transformados, na vigência de mudanças no estilo de vida, como são: a hipertensão, o diabetes, o sedentarismo, o tabagismo, o alcoolismo, a Hipercolesterolemia, e a obesidade (ALVAREZ, 2008).

A alta prevalência de sedentarismo na sociedade moderna tem sido apontada como um importante problema de saúde pública a ser combatido e é um fator de risco bem definido para o desenvolvimento de aterosclerose. O exercício regular aumenta os níveis de colesterol bom (HDL colesterol), diminui o sobrepeso, ajuda o desenvolvimento da circulação colateral, diminui a pressão arterial, melhora o controle da glicemia em diabéticos, normaliza os fatores de coagulação, diminui a probabilidade de formação de trombos, dentre outros (ALVAREZ, 2008). No Brasil entre 2006 e 2014 aumentou a prevalência de obesidade com predomínio em indivíduos de 35 a 64 anos (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2016).

A forma de aumentar o HDL e equilibrar a proporção entre LDL e HDL, ou seja, de diminuir o risco de doenças cardíacas, é substituir a ingestão de gorduras saturadas por monoinsaturadas e aumentar o exercício físico (ALVAREZ, 2008). Alvarez (2008) alerta que o consumo elevado de álcool aumenta, significativamente, o risco de doença isquêmica cardíaca, hipertensão arterial e acidentes cerebrovasculares e produz dano ao miocárdio.

Muitos pacientes encontram-se desinformados quanto aos riscos da doença. A equipe de saúde deve orientá-los quanto aos riscos a que se expõem e a importância das mudanças no estilo de vida para prevenção de complicações. Suas ações devem centrar-se nas abordagens preventivas, diagnósticas e também nas terapêuticas para manter um controle clínico dos pacientes de forma a prevenir complicações da doença e promover a qualidade de vida dos pacientes, além de trabalhar a conscientização e responsabilização do paciente sobre a própria saúde (ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DO CEARÁ, 2016).

6 PLANO DE INTERVENÇÃO

6.1 Descrição e explicação do problema selecionado

Uma vez priorizado o problema, passamos a descrevê-lo. Cabe aqui ressaltar as deficiências dos nossos sistemas de informação e da necessidade da equipe produzir informações adicionais para auxiliar no processo do planejamento.

O modelo de desenvolvimento econômico e social estabelecido determina tanto o ambiente político, cultural, ambiental e socioeconômico, assim como as políticas públicas, que por sua vez influenciam: hábitos e estilos de vida inadequados como o sedentarismo, os hábitos alimentares impróprios, o tabagismo e alcoolismo; o incremento da pressão social provocado pelo desemprego. Por não existir um funcionamento adequado, não se consegue modificar adequadamente o desenvolvimento de riscos ou agravos das doenças. Hábitos e estilos de vida inadequados unidos a fatores hereditários estão associados à ocorrência de HAS e DM e ao incremento de risco cardiovascular, podendo causar Infarto Agudo de Miocárdio, Acidente Vascular Encefálico e Doença renal crônica assim como invalidez (BRASIL, 2001).

No território de abrangência da UBS foi detectado pouco conhecimento sobre a doença e sobre o tratamento não farmacológico pela comunidade, além de inadequados hábitos alimentares que constitui risco cardiovascular. Foram detectados nas consultas, muitos pacientes sem contrarreferência de cardiologia, falta de informação sobre o uso do medicamento e autocuidado precário. Portanto, para o controle e a prevenção da HAS e suas complicações, as equipes de Atenção Básica devem oferecer à comunidade práticas educativas, preventivas e de promoção da saúde.

Os grupos de HIPERDIA na Unidade Básica de Saúde são importantes para aumentar a adesão ao tratamento. Melo Filho (2010) e Campos (2005) salientam que as UBS são espaços que privilegiam a troca de experiências

entre os membros do grupo de hipertensos, identificados pela condição comum que é a doença e exerce considerável efeito terapêutico sobre eles.

Modificações de estilo de vida são de fundamental importância no processo terapêutico e na prevenção da hipertensão. Alimentação adequada, sobretudo quanto ao consumo de sal, controle do peso, prática de atividade física, tabagismo e uso excessivo de álcool são fatores de risco que devem ser adequadamente abordados e controlados, sem o que, mesmo doses progressivas de medicamentos não resultarão alcançar os níveis recomendados de pressão arterial.

6.2 Seleção dos “nós críticos”.

A identificação das causas é fundamental para enfrentar um problema. A seguir, listamos as principais causas que interferem no aparecimento/agravamento da HAS:

- 1) Pouco conhecimento do usuário sobre a doença.
- 2) Hábitos e estilo de vida da população pouco saudáveis – sedentarismo, alimentação inadequada (alto consumo de sal).
- 3) Processo de trabalho da equipe de saúde (pouca informação ao usuário; não realização de grupo operativo; poucas atividades para a educação permanente em saúde).
- 4) Alcoolismo e tabagismo.
- 5) Obesidade.

6.3 Desenho das operações

Nos quadros a seguir, apresentamos os desenhos das operações referentes aos nós críticos detectados.

Quadro 4 – Operações sobre o “nó crítico 1”, relacionadas ao problema “Alta Prevalência de Hipertensos”, na população sob responsabilidade da ESF Sandoval de Azevedo, no município de Contagem, estado Minas Gerais.

Nó crítico 1	Pouco conhecimento do usuário sobre a doença
Operação (operações)	Aumentar o conhecimento dos usuários sobre a doença.
Projeto	Saber +
Resultados esperados	O usuário torna-se mais bem informado para prevenir a doença e evitar os agravos
Produtos esperados	<p>Maior informação sobre a HAS e como preveni-la, por meio da realização de programas educativos e avaliação do nível de informação da população.</p> <p>Avaliação e monitoramento de mudanças no estilo de vida (dieta saudável, atividade física, adesão ao tratamento, consultas programadas)</p>
Recursos necessários	<p>Cognitivo: Conhecimento sobre o tema</p> <p>Financeiro: Disponibilização de materiais educativos.</p> <p>Político: Parceria com associações de bairro e gestores municipais.</p>
Recursos críticos	<p>Político: Promover a articulação intersetorial.</p> <p>Financeiro: Disponibilização de materiais educativos.</p>
Controle dos recursos críticos	Ator que controla- Secretaria Municipal de Saúde e Ministério daSaúde

	Motivação-Favorável
Ações estratégicas	Carta de apresentação do Projeto. Mostrar que já existem projetos de incentivo e buscar parceiros para viabilização.
Prazo	Início em 6 meses e finalização em 12 meses.
Responsável (eis) pelo acompanhamento das operações	Agentes comunitários, técnico de enfermagem, enfermeiro e médico.
Processo de monitoramento e avaliação das operações	O acompanhamento do projeto será feito por meio de reuniões mensais. Avaliação em 12 meses, com elaboração do relatório.

Quadro 5 – Operações sobre o “nó crítico 2”, relacionadas ao problema “Alta Prevalência de Hipertensos”, na população sob responsabilidade da ESF Sandoval de Azevedo, no município de Contagem, estado Minas Gerais.

Nó crítico 2	Hábitos e estilos de vida da população pouco saudáveis
Operação	Melhorar os hábitos e estilos de vida da população, principalmente, os hábitos alimentares e a prática sistemática de exercícios físicos
Projeto	Cuidar melhor, +Saúde
Resultados esperados	Modificar os hábitos alimentares da população e diminuir o sedentarismo
Produtos esperados	Programa de alimentação saudável e apoio nutricional. Programas educativos na rádio e nas escolas.

	<p>Programa de caminhada orientada.</p> <p>Programa de academia ao ar livre e para a terceira idade.</p> <p>Criação de grupo operativo para os pacientes com HAS.</p>
Recursos necessários	<p>Cognitivo: Conhecimento e informação sobre o tema.</p> <p>Financeiro: Disponibilização de materiais educativos e recursos necessários.</p> <p>Político: Conseguir a articulação intersectorial.</p> <p>Organizacional: Organização dos encontros para as caminhadas e academia ao ar livre.</p>
Recursos críticos	<p>Organizacional: Mobilização social para a promoção da alimentação saudável, da prática sistemática de exercícios físicos.</p> <p>Político: Articulação intersectorial.</p> <p>Financeiros: Disponibilização de recursos e materiais necessários.</p>
Controle dos recursos críticos	<p>Ator que controla- Equipe da unidade básica de saúde.</p> <p>Associações dos bairros e escolas.</p> <p>Secretário Municipal de Saúde</p> <p>Motivação-Favorável</p>
Ações estratégicas	<p>Palestras e realização de grupos operativos</p> <p>Carta de apresentação do projeto.</p>
Prazo	<p>3 a 5 meses para apresentar o projeto.</p> <p>6 meses para início das atividades e finalização em 12 meses</p>
Responsável (eis) pelo acompanhamento das operações	<p>Agentes comunitários de saúde, técnico de enfermagem, enfermeiro, médico.</p> <p>Educador físico</p> <p>Nutricionista</p>
Processo de monitoramento e avaliação das	<p>O acompanhamento do projeto será feito por meio de reuniões mensais.</p>

operações	Avaliação em 12 meses, com elaboração de relatório.
-----------	---

Quadro 6 – Operações sobre o “nó crítico 3”, relacionadas ao problema “Alta Prevalência de Hipertensos”, na população sob responsabilidade da ESF Sandoval de Azevedo, no município de Contagem, estado de Minas Gerais.

Nó crítico 3	Processo de trabalho da equipe de saúde (pouca informação ao usuário; não realização de grupo operativo, poucas atividades para a educação permanente em saúde).
Operação	Melhorar o processo de trabalho da equipe
Projeto	Linha de cuidado
Resultados esperados	A equipe deverá ser capaz de acolher e oferecer maior informação ao usuário, sendo partícipe das ações para obter mudanças
Produtos esperados	Curso de capacitação para a equipe de saúde da família. Palestras e grupos operativos para a população com maior risco. Programa educativo na rádio. Recursos humanos mais capacitados
Recursos necessários	Organizacional: Organização da agenda junto à equipe Político: Articulação entre os setores da saúde e da educação. Financeiros: Garantir os recursos e materiais necessários para alcançar os objetivos desejados.
Recursos críticos	Político: Articulação entre os setores da saúde e demais setores na cidade. Financeiros: Disponibilização de recursos e materiais necessários.

Controle dos recursos críticos	Ator que controla- Equipe da unidade básica de saúde Secretário Municipal de Saúde Motivação-Favorável
Ações estratégicas	Reuniões com a equipe. Carta de apresentação do projeto, apresentando os benefícios.
Prazo	Início em 6 meses e finalização em 12 meses.
Responsável (eis) pelo acompanhamento das operações	Agentes comunitários de saúde, técnico de enfermagem, enfermeiro, médico
Processo de monitoramento e avaliação das operações	O acompanhamento do projeto será feito por meio de reuniões mensais. Avaliação em 12 meses, com elaboração de relatório

Quadro 7 – Operações sobre o “nó crítico 4”, relacionadas ao problema “Alta Prevalência de Hipertensos”, na população sob responsabilidade da ESF Sandoval de Azevedo, no município de Contagem, estado Minas Gerais.

Nó crítico 4	Alcoolismo e tabagismo
Operação	Melhorar os hábitos e estilos de vida da população, e diminuir hábitos tóxicos
Projeto	Cuidar melhor, + Saúde
Resultados esperados	Diminuir o número de alcoolistas e tabagistas
Produtos esperados	Programas educativos na rádio e nas escolas. Criação de grupo de tabagismo. Encaminhamento aos Alcoólicos Anônimos

Recursos necessários	<p>Cognitivo: Conhecimento e informação sobre os temas.</p> <p>Financeiro: Disponibilização de materiais educativos e recursos necessários.</p> <p>Político: Conseguir a articulação intersectorial.</p> <p>Organizacional: Organização dos encontros para o grupo.</p>
Recursos críticos	<p>Organizacional: Mobilização social para a promoção das atividades.</p> <p>Político: Articulação intersectorial.</p> <p>Financeiros: Disponibilização de recursos e materiais necessários.</p>
Controle dos recursos críticos	<p>Ator que controla- Equipeda unidade básica de saúde.</p> <p>Associações dos bairros e escolas.</p> <p>Secretário Municipal, de Saúde.</p>
Ações estratégicas	<p>Palestras e realização de grupos operativos</p> <p>Carta de apresentação do projeto.</p>
Prazo	<p>3 a 5 meses para apresentar o projeto.</p> <p>6 meses para início das atividades e finalização em 12 meses</p>
Responsável (eis) pelo acompanhamento das operações	<p>Agentes comunitários de saúde, técnico de enfermagem, enfermeiro, médico, psicólogo.</p>
Processo de monitoramento e avaliação das operações	<p>O acompanhamento do projeto será feito por meio de reuniões mensais.</p> <p>Avaliação em 12 meses, com elaboração do relatório</p>

Quadro 8 – Operações sobre o “nó crítico 5”, relacionadas ao problema “Alta Prevalência de Hipertensos”, na população sob responsabilidade da ESF Sandoval de Azevedo, no município de Contagem, estado Minas Gerais.

Nó crítico 5	Obesidade
Operação	Melhorar os hábitos e estilos de vida da população, e diminuir o número de obesos.
Projeto	Cuidar melhor, + Saúde
Resultados esperados	Modificar os hábitos alimentares da população e diminuir o sedentarismo e obesidade
Produtos esperados	Programa de alimentação saudável e apoio nutricional. Programas educativos na rádio e nas escolas. Programa de caminhada orientada.
Recursos necessários	Cognitivo: Conhecimento e informação sobre o tema. Financeiro: Disponibilização de materiais educativos e recursos necessários. Político: Conseguir a articulação intersetorial. Organizacional: Organização dos encontros para as atividades
Recursos críticos	Organizacional: Mobilização social para a promoção da alimentação saudável, da prática sistemática de exercícios físicos. Político: Articulação intersetorial. Financeiros: Disponibilização de recursos e materiais necessários.
Controle dos	Ator que controla- Equipe da unidade básica de saúde.

recursos críticos	Secretário Municipal de Saúde.
Ações estratégicas	Palestras e realização de grupos operativos Carta de apresentação do projeto.
Prazo	3 a5 meses para apresentar o projeto. 6 meses para início das atividades e finalização em 12 meses
Responsável (eis) pelo acompanhamento das operações	Agentes comunitários de saúde, técnico de enfermagem, enfermeiro, médico Educador físico Nutricionista Psicólogo
Processo de monitoramento e avaliação das operações	O acompanhamento do projeto será feito por meio de reuniões mensais. Avaliação em 12 meses, com elaboração do relatório

O acompanhamento do projeto será feito por meio de reuniões mensais. O sistema de gestão deve garantir a eficiente utilização dos recursos, com comunicação eficiente entre os planejadores e executores e observação do cumprimento do prazo. É importante saber qual é o estado de satisfação da população com as mudanças e se há alguma nova sugestão.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Temos que fazer ações de promoção de saúde em larga escala, com foco na educação e no conhecimento da hipertensão, de modo a preveni-la, tendo como público a população em geral. Estas ações podem ser implementadas por meio de campanhas educativas e visam conscientizar a população a adotar hábitos saudáveis de vida e conseqüentemente reduzir, retardar ou mesmo impedir o aparecimento dos fatores de risco para HA, ou seja, a etapa inicial do processo.

Por meio da aplicação do projeto das atividades de intervenção educativa aumenta-se o conhecimento sobre os principais fatores de risco, tais como o fumo, o álcool, a dieta inadequada, a falta de exercícios físicos, e como eles podem ser modificados, reduzindo as complicações, a morbidade e mortalidade; aumentando a qualidade de vida dos pacientes com diagnóstico de hipertensão arterial; diminuindo as complicações e os agravos de órgãos alvos de pacientes hipertensos atendidos na unidade básica de saúde Sandoval de Azevedo.

REFERENCIAS

ALMEIDA, K. M. S. **Compreensão dos hipertensos sobre sua doença e motivação para o autocuidado em um grupo do PSF no município de Nova Cruz- RN.** 2004. Monografia (Especialização em Saúde Coletiva). Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2004.

ALVAREZ, S. R. Medicina Geral Integral. Principais afecções nos contexto familiar e social. Havana, **Editorial Ciências Médicas**, v. 2, n. 70, p. 83 - 86. 2008.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Hipertensão Arterial Sistêmica para o Sistema Único de Saúde.** Cadernos de Atenção Básica, n.16. Brasília, 2006. p58. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcd15.pdf> acesso: 4 jan. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. **Plano Nacional de Saúde – PNS: 2012-2015 /** Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus:** hipertensão arterial e diabetes mellitus/ Departamento de Ações Programáticas Estratégicas - Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

CAMPOS, E. P.. Quem cuida do cuidador: uma proposta para os profissionais da saúde. Petrópolis, RJ : Vozes, 2005. Disponível em: <http://www.editorapontocom.com.br/livro/48/eugeniocampos_48_584edcebb73c1.pdf>. Acesso em: 5 mar. 2017.

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

ESCOLA DE SAUDE PUBLICA DO CEARA, 2016. Disponível em: <<http://www.esp.ce.gov.br/>>. Acesso em 20 jan. 2018.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. IBGE Cidades@. Brasília, 2014. Disponível em: <http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/home.php>. Acesso em 20 dez. 2017.

MELO-FILHO, J. Psicossomática hoje. Artmed, 2010, p.318-342. Disponível em: <<http://blogdapsicologia.com.br/unimar/wp-content/uploads/2016/03/Psicossomatica-Hoje-1.pdf>>. Acesso em: 5 mar. 2017.

OLIVEIRA, N. M. C. M. **Prevalência e fatores de risco da hipertensão arterial numa comunidade de periferia urbana no município de João Pessoa, PB**. 2004. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2004.

POTTER, P. A.; PERRY, A. G. **Grande tratado de enfermagem prática**. 3 ed. São Paulo: Editora Santos Livraria, 2001.

SIAB, 2017. Município de Contagem. Minas Gerais. Disponível em: <www2.datasus.gov.br/SIAB/index.php?area=0201>. Acesso em: 3 mar. 2017.

SMELTZER, S. C.; BARE, B. G. **Tratado de enfermagem médico-cirúrgica**. 10 ed. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan, 2006.

SOUZA, E. R. F. **Vivência de hipertensos no município de Narazerinho no que concerne ao seu tratamento**. 2003. Monografia (Curso de Especialização em Saúde da Família). Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2003.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, v. 95, n. 1, p. 1-51, 2010. Suplemento 1.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. 7 Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**. Volume 107, Nº 3, Suplemento 3, 2016. Disponível em: <http://publicacoes.cardiol.br/2014/diretrizes/2016/05_HIPERTENSAO_ARTERIAL.pdf>. Acesso em: 10 jan. 2018.

SANTANA, J. C. B. et al. Agente comunitário de saúde: percepções na estratégia saúde da Família. **Cogitare Enferm.**, Curitiba, v.14, n.4, p. 645- 652, dic. 2009.

STEVENS, G; DIAS, R; THOMAS, K. et al. Characterizing the epidemiological transition in Mexico: national and subnational burden of diseases, injuries, and risk factors. **Plos Med**, v. 5, n. 6, 2008.