

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

LEONEL HEBERTO GUERRA SAUCEDO

**PROJETO DE INTERVENÇÃO: FATORES DE RISCO DOS
PACIENTES HIPERTENSOS DA CLÍNICA INTEGRAL NITERÓI DO
MUNICÍPIO DIVINÓPOLIS-MG**

DIVINÓPOLIS/MINAS GERAIS

2016

LEONEL HEBERTO GUERRA SAUCEDO

**PROJETO DE INTERVENÇÃO: FATORES DE RISCO DOS
PACIENTES HIPERTENSOS DA CLÍNICA INTEGRAL NITERÓI DO
MUNICÍPIO DIVINÓPOLIS-MG**

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

Orientador: Isabela Silva Cancio Velloso

Divinópolis. Minas Gerais

2016

LEONEL HEBERTO GUERRA SAUCEDO

**PROJETO DE INTERVENÇÃO: FATORES DE RISCO DOS
PACIENTES HIPERTENSOS DA CLÍNICA INTEGRAL NITERÓI DO
MUNICÍPIO DIVINÓPOLIS-MG**

Banca examinadora

Examinador 1: Profa: Isabela Silva Cancio Velloso - Escola de Enfermagem/UFMG

Examinador 2: Profa: Vanessa Lara de Araújo- Escola de Enfermagem/UFMG

Aprovado em Belo Horizonte, em 21 de junho de 2016

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a minha querida filha Daniela Guerra Herrera.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a todos os pacientes da Clínica Integral Niterói de Divinópolis, Minas Gerais.

RESUMO

A hipertensão arterial é uma das doenças crônicas não transmissíveis de maior prevalência no mundo inteiro, representando um grande desafio para a saúde pública. Essa constitui o principal motivo de consulta nos serviços de saúde da atenção primária. Constitui o principal motivo de consulta nos serviços de saúde da área de abrangência da Clínica Integral Niterói, no município Divinópolis, Minas Gerais. Entretanto essa doença é possível de ser controlada modificando o estilo de vida e combatendo os fatores de risco não apenas com o uso de medicações anti-hipertensivas. Objetivo: Elaborar um plano de intervenção visando à melhoria da qualidade de vida dos pacientes portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica na equipe de saúde da Clínica Integral Niterói. Resultado: Foi organizado um plano de ação com base em encontros que visam educação em saúde para a modificação do estilo de vida e controle dos fatores de riscos para a prevenção e tratamento dos pacientes hipertensos. A orientação da pessoa com hipertensão arterial constitui uma ferramenta útil para uma promoção de saúde personalizada, visando melhorar a adesão ao regime terapêutico e uma melhor qualidade de vida. Conclusão: Espera-se que os pacientes do projeto alcancem um maior conhecimento sobre sua doença, fatores de risco e como enfrentá-los e conseqüentemente possam evitar, dentro do possível, as complicações derivadas da doença.

Palavras-chave: Hipertensão, Fatores de Risco, Intervenção Precoce, Educação em Saúde.

ABSTRACT

Hypertension is of the chronic diseases most prevalent worldwide, and represent a major challenge to public health. This is the main reason for consultation on health services in primary care. service. Furthermore it is also the main reason for consultation on health service in the covered area by the Integral Clinic Niterói, Divinópolis city, Minas Gerais. This disease can be controlled by changing lifestyle and combating the risk factors and not only with the use of antihypertensive medications. Objective: Develop an action plan aimed at improving the quality of life of patients with systemic hypertension in health team Integral Clinic Niterói. Result: An action plan base don meeting about heald education was organized for lifestyle modification and control of risk factors for the prevention and treatment of hypertensive patients. The education of hypertension person is a useful tool for a personalized health promotion, to improve adherence to treatment regimen and a better quality of life. Conclusion: It is expected that the patients of this project achieve a better understanding of their disease, risk factors and how to face them and consequently how to avoid when posible, the complications of the disease.

Keywords: Hypertension, Risk Factors, Early Intervention, Health Education.

LISTA DE ABREVIATURAS

APS: Atenção Primária de Saúde

AVE: Acidente Vascular Encefálico

CISVI: Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região do Vale do Itapeçerica

DCV: Doença Cardiovascular

DIC: Doença Isquêmica do Coração

HAS: Hipertensão Arterial Sistêmica

IDHM: Índice de Desenvolvimento Humano Municipal

PA: Pressão Arterial

UBS: Unidade Básica De saúde

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Tabela 1: Índice de desenvolvimento humano. Município Divinópolis.

Tabela 2: Renda média domiciliar (R\$) per capita segundo Cor/Raça. Município Divinópolis

Quadro 1: Proposta de Plano de Ação

Quadro 2: Principais Problemas encontrados e priorizados no diagnóstico situacional da área de abrangência da Clínica Integral Niterói. Divinópolis/MG

Quadro 3: Operações sobre o “no crítico 1” relacionado ao problema “Estilos de vida pouco saudável” na população sobre a responsabilidade da equipe de saúde da Clínica Integral Niterói do município Divinópolis, estado de Minas Gerais.

Quadro 4: Operações sobre o “no crítico 2” relacionado ao problema “Limitada informação da doença pelos pacientes” na população sobre a responsabilidade da equipe de saúde da Clínica Integral Niterói do município Divinópolis, estado de Minas Gerais.

Quadro 5: Operações sobre o “no crítico 3” relacionado ao problema “Insuficiente promoção y prevenção de saúde por parte da equipe para evitar o aparecimento da doença e complicações” na população sobre a responsabilidade da equipe de saúde da Clínica Integral Niterói do município Divinópolis, estado de Minas Gerais.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	
1.1 Breves informações sobre o município Divinópolis-MG.....	11
1.2 O sistema municipal de saúde do município.....	14
1.3 A Equipe de atendimento da Clínica Integral Niterói, seu território de abrangência e sua população adscrita.....	16
1.4 Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade.....	17
2 JUSTIFICATIVA.....	19
3 OBJETIVOS	
3.1 Objetivo geral	20
3.2 Objetivos específicos.....	20
4 METODOLOGIA.....	21
5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	
5.1 Hipertensão Arterial Sistêmica.....	26
5.2 Educação em Saúde.....	29
6 PLANO DE INTERVENÇÃO	
6.1 Definição dos problemas de saúde do território e da comunidade e priorização dos problemas.....	31
6.2 Descrição do problema selecionado.....	32
6.3 Descrição dos Nós Críticos.....	33
6.4 Desenho das Operações e outras etapas.....	34
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	38
REFERÊNCIAS.....	39
APÊNDICE.....	42

1 INTRODUÇÃO

O autor desse trabalho de conclusão de curso (TCC) é um profissional médico da equipe de atendimento da clínica integral Niterói, do município de Divinópolis, Minas Gerais. O TCC tem como objetivo apresentar um plano de intervenção sobre um dos problemas de saúde do território da equipe e de sua comunidade adstrita. Para isso, serão apresentadas, inicialmente, informações que permitam a compreensão do contexto do município em questão. Nesse sentido de contextualizar a proposta são apresentados inicialmente:

- Breves informações sobre o município: Divinópolis-MG.
- O sistema municipal de saúde de Divinópolis.
- A equipe de atendimento da Clínica Integral Niterói, seu território de abrangência e sua população adscrita.
- Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade.

1.1 Breves informações sobre o município: Divinópolis-MG

O município de Divinópolis, “A cidade do Divino”, é uma cidade pólo do centro-oeste do estado de Minas Gerais, localizado a 121 km da capital Belo Horizonte e a 822 quilômetros de Brasília-DF, capital do Brasil. O Município limita-se ao norte com as cidades de Nova Serrana e Perdigoão; ao sul com Cláudio; a leste com São Gonçalo do Pará e Carmo do Cajuru; a oeste com São Sebastião do Oeste e Santo Antônio do Monte. Encontra-se situado na região das terras altas do Sudeste sendo banhada pelos Rios Itapecerica e Pará, a presença da rica hidrografia foi importante no seu desenvolvimento inicial (IBGE,s/d; MELO, 2012).

Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), sua população estimada de 230.048 mil em 2015, sendo a residente estimada de 213.016 mil habitantes em 2015, sendo o mais populoso município da Mesorregião do Oeste de Minas e o 12^a mais populoso do estado de Minas Gerais, ocupando uma área de pouco mais de 708 quilômetro quadrados. Possui densidade demográfica de 300,82 habitantes por km². Sua população é formada por 103.828 homens e 109.188 mulheres, sendo que do seu total residente 191.839 são pessoas alfabetizadas, ou seja, aproximadamente 83% (IBGE,s/d; 2011).

O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) este diretamente relacionado com a expectativa de vida ao nascer, a média de anos de estudo (adultos) e anos esperados de escolaridade (crianças) a medida da Renda Nacional Bruta (RNB) com base na Paridade de Poder de Compra (PPC) por habitante e Nível de saúde: baseia-se na expectativa de vida da população, reflete as condições de saúde e dos serviços de saneamento ambiental. Nos países de primeiro mundo o IDH é de 0,9. De acordo com dados divulgados em novembro de 2010 pela ONU, o Brasil apresenta IDH de 0,699, valor considerado alto, e atualmente ocupa o 73º lugar no ranking mundial. Na tabela 1, é possível observar o IDH do município que é de 0,764, enquanto o de Belo Horizonte-MG, capital do estado, é de 0,810. Assim, o valor do IDH de Divinópolis aproxima-se ao valor do nacional, mas ainda é inferior ao de Belo Horizonte (IBGE,2011).

Tabela 1-Índice de desenvolvimento humano do Município de Divinópolis-MG.

IDHM	Divinópolis
Renda	0,753
Educação	0,702
Longevidade	0,844
IDH	0,764

Fonte:<http://atlasbrasil.org.br> em 15/10/2013

Renda média domiciliar é a média das rendas domiciliares per capita das pessoas residentes em determinado espaço geográfico, no ano considerado. Considerou-se como renda domiciliar per capita a soma dos rendimentos mensais dos moradores do domicílio dividida pelo número de seus moradores. A renda per capita média de Divinópolis cresceu 107,71% nas últimas duas décadas, passando de R\$418,17 em 1991 para R\$646,77 em 2000 e R\$868,57 em 2010. A taxa média anual de crescimento foi de 54,67% no primeiro período e 34,29% no segundo. A extrema pobreza (medida pela proporção de pessoas com renda domiciliar per capita inferior a R\$ 70,00, em reais de agosto de 2010 passou de 7,40% em 1991 para 1,95% em 2000 e para 0,36% em 2010. Destaca-se que média do percentual de contribuição do rendimento das mulheres no rendimento familiar é 39,2% inferior

ao de Belo Horizonte que é de 43% enquanto da população econômica ativa com mais de 16 anos é de 64.545 são homens e 52.808 (IBGE,2011).

Tabela 2-Renda média domiciliar (R\$) per capita segundo Cor/Raça do Município de Divinópolis-MG.

Ano	Branca	Preta	Amarela	Parda	Indígena	Sem declaração	Total
2010	993,9	993,9	690,5	639,9	996,4	-	870,75

Fonte: <http://atlasbrasil.org.br> em 15/10/2013

O percentual de domicílios atendidos pela rede de abastecimento de água é de 99,18%. A coleta de lixo abrange 99,24% e a energia elétrica 99,90% da população. Já a rede de esgoto atende 88% da população assistida pela rede coletora com uma extensão de 900 km (IBGE,s/d)

A atividade econômica de Divinópolis, MG, caracteriza-se principalmente pela indústria confeccionista e pela metalurgia/siderurgia. A cidade é reconhecida como pólo da moda do estado de Minas Gerais, devido à alta concentração de indústrias do ramo confeccionista e têxtil, além de possuir estratégico papel na logística da região.

Divinópolis também se destaca na região no setor da educação, possuindo escolas públicas e particulares nos níveis de ensino fundamental, médio e superior, atraindo estudantes de vários estados. No ensino médio o Centro Federal de Educação Tecnológica de Minas Gerais (CEFET) oferece formação nas áreas de Eletromecânica e Vestuário, pois as indústrias de Mineração, Siderurgia e Vestuário desempenham papel de grande importância na região. Ainda atendendo às necessidades regionais, em 2006 foi implantado o curso Técnico em Planejamento e Gestão em Tecnologia da Informação e em 2008 o seu primeiro Curso Superior em Engenharia Mecatrônica (IBGE,2011; MELO,2012).

Quanto à formação para saúde de nível médio Divinópolis possui escolas particulares de Curso Técnico de Enfermagem, Farmácia e Patologia Clínica. São quatro as faculdades particulares que oferecem cursos de formação em saúde e o

Campus Dona Lindu da Universidade Federal de São João Del Rei – UFSJ - instalado em 2008, com quatro cursos: Medicina, Enfermagem, Farmácia e Bioquímica (IBGE,2011; MELO,2012).

1.2 O sistema municipal de saúde do município

O município de Divinópolis- MG possui atualmente 13 Unidades Básicas de Saúde (UBS). A UBS é o contato preferencial dos usuários com a rede de Atenção à Saúde do SUS, sendo a principal porta de entrada e o centro de comunicação com toda essa Rede. É instalada perto de onde as pessoas moram, trabalham, estudam e vivem e, com isso, desempenha um papel central na garantia de acesso à população a uma atenção à saúde de qualidade.

Na UBS, é possível receber atendimentos básicos e gratuitos em Pediatria, Ginecologia, Clínica Geral, Enfermagem e Odontologia. Os principais serviços oferecidos são consultas médicas, inalações, injeções, curativos, vacinas, coleta de exames laboratoriais, tratamento odontológico, encaminhamentos para especialidades e fornecimento de medicação básica.

Nessas 13 UBS estão alocadas 23 equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF) que reorganiza o processo de trabalho em saúde mediante operações Inter setoriais e ações de promoção, prevenção e atenção à saúde.

Outros serviços disponíveis no município são: 1 Unidade de Pronto Atendimento (UPA), 1 Farmácia Central e outras 3 descentralizadas, 1 Policlínica, 1 Centro de Especialidades Médicas (CEM), 1 Centro de Referência em Saúde Mental (CERSAM) que constituem o dispositivo principal da política de saúde mental do município e têm como clientela prioritária, os psicóticos e neuróticos graves, muitas vezes egressos hospitalares., 1 Centro de atendimento Psicossocial para álcool e drogas (CAPSAD), 1 Programa de Intervenção Precoce Avançado (APAE) que presta serviços às pessoas com deficiência intelectual e múltipla, 1 Centro Especializado de Fisioterapia (CRER), 1 centro de Reabilitação e Readaptação, 1 Centro de Especialidade Odontológica (CEO) que propicia a continuidade do cuidado em saúde bucal realizado pela rede de Atenção Básica da Equipe de Saúde

Bucal (ESB), 1 central de Abastecimento Farmacêutico (CAF), 1 Ambulatório para a Dengue e 1 Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região do Vale do Itapecerica (CISVI).

O CISVI atende exames e consultas especializadas ao município e outros municípios da região pertencentes ao consórcio, sendo uma Sociedade Civil de Direito Privado, sem fins lucrativos, criada para promover o planejamento, a coordenação de esforços e a execução de serviços e ações de saúde, de acordo com as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS). O Consórcio destina-se à organização do sistema microrregional de saúde dentro da área de jurisdição dos Municípios Consorciados, segundo as diretrizes do SUS. Os municípios que constituem o CISVI são Carmo do Cajuru, Cláudio, Conceição do Pará, Divinópolis, Itapecerica, Perdígão, Pedra do Indaiá, São Gonçalo do Pará e São Sebastião do Oeste.

Destaca-se que a UPA está cadastrado no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) como Unidade de Pronto Atendimento Central - UPA Central - com tipo de unidade Pronto Socorro Regional e não possui leitos cadastrados. Insere-se no módulo básico – nível de atenção ambulatorial: atenção básica e média complexidade. Sendo o atendimento prestado: Ambulatorial, Serviço de Apoio à Diagnose e Terapia (SADT) e Urgência. Oferece atendimento à demanda espontânea e referenciada. Entretanto, tradicionalmente os servidores e a comunidade em geral conhecem o referido serviço como Pronto Socorro Regional de Divinópolis. Embora no cadastro do Ministério da Saúde, o Serviço não conte com leitos, ele se estrutura funcionalmente em PS 1 (ambulatório), PS 2 (internação), PS 3 (emergência e leitos “CTI”). São 65 (sessenta e cinco) leitos no total, dos quais 12 (doze) são de Pediatria e 8 (oito) de Unidade de Terapia Intensiva mantidos pelo município (MELO,2012).

UPA 24h do município de Divinópolis possui uma estratégia de atendimento diretamente relacionada ao trabalho do Corpo de Bombeiros Militar, devido ao Serviço Médico de Urgência (SAMU) ainda se encontrar em fase de implantação, portanto o Corpo de Bombeiros Militar do município é quem organiza o fluxo de atendimento e encaminha o paciente ao serviço de saúde adequado à situação.

A rede privada conta com 3 (três) hospitais gerais privados, 1 (um) hospital geral filantrópico credenciado ao SUS, 1 (um) hospital psiquiátrico e 4 (quatro) prontos-socorros privados.

1.3 A equipe de atendimento da Clínica Integral Niterói, seu território de abrangência e sua população adscrita.

Clínica Integral é uma UBS que encontra-se em período de transição a uma ESF. Está situada na rua Esmeralda nº 160, é uma casa adaptada da prefeitura municipal de Divinópolis-MG de dois pavimentos sem acessibilidade para cadeirantes do primeiro para segundo andar, mas possui acessibilidade para se locomover dentro da unidade no primeiro andar. Ela é constituída por vários serviços da atenção primária à saúde incluindo ginecologia, pediatria, psicologia, sala de vacinação, consulta de dentista, consulta médica, consulta de enfermagem, sala de curativo, farmácia.

No ambiente externo possui uma rampa de acesso com corrimão, porém dificulta o acesso devido aos degraus existentes. O primeiro andar no ambiente interno está dotado de dois banheiros para usuários sendo um feminino e um masculino, um banheiro para funcionários (unissex), uma recepção, uma sala da administração, uma sala de triagem, uma farmácia ampla, um almoxarifado, uma sala de atendimento ginecológico com banheiro, dois consultórios para atendimentos diversificados e um espaço amplo onde será inaugurada a nova farmácia que já está em fase de acabamento.

No segundo andar há um consultório dentário para atendimento com duas cadeiras odontológicas, um escovodromo, uma sala para atendimento da pediatria, uma sala de vacina, uma sala de triagem, três consultórios para atendimento, uma sala da vigilância sanitária, uma cozinha, um banheiro para funcionários, um banheiro para usuários, uma sala de reuniões, uma sala para atendimento da assistente social e uma sala para atendimento da psicologia.

Além disso, o ambiente físico é composto por cartazes informativos, murais divulgando as atividades e campanhas e banners divulgando sobre o atendimento da residência multiprofissional em saúde do adolescente da Universidade Federal de São João Del Rei –Campus Centro Oeste. A higienização e limpeza da UBS é feita todos os dias por duas auxiliares de serviços gerais. Assim, o ambiente é organizado e limpo.

A Clínica Integral Niterói atende a uma população estimada de 17 mil habitantes, entretanto possui apenas 10400 cadastradas já que ainda não conta com o funcionamento de uma ESF.

1.4 Estimativas rápida: problemas de saúde do território e da comunidade

A Estimativa Rápida deve, além de identificar os principais problemas de saúde da área de abrangência, produzir informações que permitam conhecer as causas e as consequências do problema. Diagnosticar é compreender o processo de causa e ação de um problema (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

Ao identificar um problema, deve-se considerar se ele é determinante. Uma vez realizado o diagnóstico situacional e identificados os principais problemas da sua comunidade, a próxima etapa é pensar nas intervenções que a equipe deve fazer. Após a identificação dos problemas, torna-se necessária a seleção ou priorização dos problemas que serão enfrentados, uma vez que dificilmente todos poderão ser resolvidos ao mesmo tempo. Como critérios para seleção dos problemas, o grupo pode considerar: a importância do problema, sua urgência, a própria capacidade para enfrentá-los (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

A identificação e priorização dos problemas não são suficientes para que se possa definir as intervenções na perspectiva de solucioná-los. É preciso avançar mais na compreensão ou explicação de cada problema, caracterizá-lo e descrevê-lo melhor (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

Nesse sentido, uma vez que não há ESF na Clínica Integral Niterói e o atendimento é realizado por meio de demanda espontânea, os dados foram levantados por meio de observação do cotidiano de trabalho de forma empírica.

2 JUSTIFICATIVA

Este trabalho justifica-se pelo fato da Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) ser a doença crônica não transmissível de maior ocorrência de atendimentos diários na Clínica Integral Niterói. Além desse dado foram considerados os avanços realizados pelas ações da equipe sobre a Abordagem Comunitária e Planejamento das Ações Locais de Saúde, que também encontraram como o principal problema de saúde da comunidade a HAS como mais prevalente, coincidindo com a alta prevalência a nível mundial. A destarte desses dados sabe-se que a HAS é um dos principais fatores de riscos das doenças circulatórias e cardíacas bem como constitui a causa mais frequente das demandas espontâneas e programadas de atendimento da população adulta. Nesse sentido para seu controle faz-se necessário um acompanhamento minucioso dos portadores de HAS por ser também uma doença de difícil controle e adesão ao tratamento. Assim o trabalho pretende contribuir para que pessoas conheçam melhor os fatores de risco, principalmente, os que podem ser modificados para o controle da HAS e adotem hábitos de vida mais saudáveis diminuindo as complicações decorrentes da doença.

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Elaborar um plano de intervenção visando a melhoria da qualidade de vida dos pacientes portadores de HAS da Clínica Integral Niterói em Divinópolis-Minas Gerais.

3.2 Objetivos específicos

Realizar caracterização sócio demográfica dos pacientes hipertensos que participam na intervenção educativa na Clínica Integral Niterói.

Identificar o conhecimento dos pacientes hipertensos sobre HAS.

Propor uma intervenção educativa para modificar os fatores de risco modificáveis dos pacientes hipertensos.

4 METODOLOGIA

Utilizou-se do Diagnóstico Situacional para a construção do Plano de Ação, seguindo os dez passos propostos no Módulo Planejamento e Avaliação das Ações de Saúde do Curso de Especialização em Estratégia Saúde da Família. Os dez passos são a definição do problema; priorização do problema; descrição do problema selecionado; explicação do problema; seleção dos nós críticos; desenho das operações; identificação dos recursos críticos; análise de viabilidade do plano; elaboração do plano operativo e gestão do plano (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010)

Para a pesquisa de dados teóricos realizou-se revisão narrativa da literatura, através de consulta de artigos científicos com os descritores “adesão à medicação” e “hipertensão arterial sistêmica” nas bases de pesquisa LILACS, SCIELO e MEDLINE. Também foi utilizado o documento VI Diretrizes Brasileiras da abordagem da Hipertensão (2010) e o Caderno de Atenção Básica N°5: Hipertensão Arterial Sistêmica, além de dados de dados do banco de dados do DATASUS e IBGE.

Na definição do problema é o momento em que se determina o que, o quando, o onde e o quem, bem como é realizada a caracterização da população segundo as variáveis: Demográficas (sexo e idade), Sócio-econômicas (renda, condições de vida, mercado de trabalho, etc), Políticas (interesses, desejos, necessidades, demandas, etc) e Culturais (hábitos, comportamentos, etc) (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

Na priorização do problema deve ocorrer a seleção dos problemas a serem priorizados para a intervenção. Podem ser utilizados os seguintes critérios de: Magnitude – tamanho do problema / volume da população afetada(+); Valorização social – impacto do problema na percepção dos diversos grupos da população (+); e Disponibilidade tecnológica – capacidade operacional (técnico administrativa, médica-sanitária) do sistema(+) e Custo estimado (-) (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

A descrição do problema selecionado é o momento de caracterizá-lo para ter-se a ideia da sua dimensão e de como ele se apresenta numa determinada realidade. Portanto, da forma mais precisa possível, deve-se identificar o que caracteriza o problema, inclusive pela sua quantificação. Este é um passo muito importante, por duas razões: para afastar qualquer ambiguidade diante do problema que se quer enfrentar; para obter indicadores que serão utilizados para avaliar o impacto alcançado pelo plano (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

A explicação do problema tem como objetivo entender a gênese do problema que queremos enfrentar a partir da identificação das suas causas e a seleção dos nós críticos é para a identificação das causas mais importantes na origem do problema e que precisam ser enfrentadas (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

No desenho das operações são pensadas as soluções e estratégias para o enfrentamento do problema, iniciando a elaboração do plano de ação propriamente dito. São objetivos desse passo: descrever as operações para o enfrentamento das causas selecionadas como “nós críticos”; identificar os produtos e resultados para cada operação definida; identificar os recursos necessários para a concretização das operações. Outro ponto importante é a Identificação dos recursos críticos para analisar a viabilidade de um plano. São considerados recursos críticos aqueles indispensáveis para a execução de uma operação e que não estão disponíveis e, por isso, é importante que a equipe tenha clareza de quais são esses recursos, para criar estratégias para que se possa viabilizá-los (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

Na análise de viabilidade do plano inicialmente devem ser identificadas três variáveis fundamentais: quais são os atores que controlam recursos críticos das operações que compõem o plano; quais recursos cada um desses atores controla; qual a motivação de cada ator em relação aos objetivos pretendidos com o plano (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

Por fim, tem-se a elaboração do plano operativo propriamente com a designação de responsáveis pelos projetos e operações estratégicas, além de estabelecer os prazos para o cumprimento das ações necessárias. E na Gestão do plano deve-se desenhar um modelo de gestão do plano de ação e discutir e definir o processo de

acompanhamento do plano e seus respectivos instrumentos. É preciso desenvolver e estruturar um sistema de gestão que dê conta de coordenar e acompanhar a execução das operações, indicando as correções de rumo necessárias. Esse sistema de gestão deve também garantir a eficiente utilização dos recursos, promovendo a comunicação entre os planejadores e executores (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

4.1 Público-alvo

A intervenção envolve 60 pacientes dos 482 cadastrados como hipertensos da equipe de CI Niterói. A equipe envolvida está composta por médico, enfermeira e agentes de saúde.

4.2 Desenho da operação

Na clínica integral Niterói existe um número acentuado de pacientes que assistem a consulta por hipertensão arterial descompensada, o inadequado controle sobre os fatores de risco como principal causa de a não compensação.

Os pacientes não realizavam acompanhamento adequado e não conhecem os fatores de risco. Quando os pacientes foram questionados com perguntas simples do estilo de vida, na maioria dos casos aceitaram seu desconhecimento sobre alguns aspectos do tema.

As ações dirigidas aos usuários hipertensos dar-se-ão na própria unidade de saúde (consultório e sala de reuniões) o no local destinado para grupo de hipertensos.

Etapa 1

Essa investigação será através de abordagem no momento do acolhimento na unidade de saúde e durante as consultas e a entrevista. Inicialmente será necessária a identificação da população com hipertensão arterial e fatores de risco mais frequentes, presente entre os pacientes cadastrados na unidade, para assim, direcionar as ações preventivas.

Etapa 2

Os selecionados, então, serão convocados para uma reunião na UBS, para descrição rápida do objetivo e a importância do projeto de intervenção.

Etapa 3

Agendamento de consultas individuais para conscientização da importância da consulta periódica, monitoramento da tensão arterial e avaliação dos fatores de risco.

Etapa 4

Serão realizadas reuniões quinzenais, na UBS, nas quais cada dia será discutido um tema relacionado com os fatores de risco mais frequentes, de acordo com o tema selecionado para essa data.

Quadro 1. Esquema da proposta da ação de intervenção

DIA	TEMA	Palestrante
1º dia	Acolhimento e explicação do projeto.	Equipe de Saúde
2º dia	Indicação de exercícios físicos adequados, sua importância.	Médico
3º dia	Alimentação saudável, sua importância	Médico
4º dia	Propostas de medidas alternativas, não farmacológicas para controlar a pressão arterial.	Enfermeira
5º dia	Como evitar as principais complicações da HAS.	Médico
6º dia	Discussão analítica e global do projeto; Aplicação do questionário; Confraternização.	Equipe de Saúde

Fonte: Elaborado pelo autor e sua equipe

4.3 Parcerias Estabelecidas

Nestas parcerias atuaram: médico, enfermeira, ACS, técnica de enfermagem.

4.4. Recursos Necessários.

- a) Papel ofício;
- b) Canetas;
- c) Data show;
- d) Notebook Básico.

- e) Outros profissionais: enfermeiros, ACS
- f) Local para a entrevista e as reuniões
- h) Material instrucional
- i) Aparelhos de pressão e estetoscópio

5 REFERENCIAL TEÓRICO

5.1 Hipertensão Arterial Sistêmica

A HAS é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial (PA). Associa-se frequentemente a alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo (coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos) e a alterações metabólicas, com consequente aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais. Essa doença tem alta prevalência porém baixas taxas de controle. É considerada um dos principais fatores de risco modificáveis e um dos mais importantes problemas de saúde públicas que interfere diretamente nas doenças circulatórias e cardíacas (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

[...] A mortalidade por doença cardiovascular (DCV) aumenta progressivamente com a elevação da PA a partir de 115/75 mmHg de forma linear, contínua e independente. Em 2001, cerca de 7,6 milhões de mortes no mundo foram atribuídas à elevação da PA (54% por acidente vascular encefálico – AVE e 47% por doença isquêmica do coração – DIC), sendo a maioria em países de baixo e médio desenvolvimento econômico e mais da metade em indivíduos entre 45 e 69 anos. Em nosso país, as DCV têm sido a principal causa de morte. Em 2007 ocorreram 308.466 óbitos por doenças do aparelho circulatório. Entre 1990 a 2006, observou-se uma tendência lenta e constante de redução das taxas de mortalidade cardiovascular (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010, p 1-2).

Revisão sistemática quantitativa de 2003 a 2008, de 44 estudos em 35 países, revelou uma prevalência global de 37,8% em homens e 32,1% em mulheres (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

A hipertensão arterial é um importante fator de risco para doenças decorrentes de aterosclerose e trombose, que se exteriorizam, predominantemente, por acometimento cardíaco, cerebral, renal e vascular periférico. É responsável por 25 e 40% da etiologia multifatorial da cardiopatia isquêmica e dos acidentes vasculares cerebrais, respectivamente (FUCHS,2004)

No Brasil as taxas de prevalência mostram que cerca de 20% dos adultos apresentam hipertensão arterial mas os estudos ainda restritos as Regiões Sul e Sudeste. Inquéritos populacionais realizados em cidades brasileiras revelam

prevalência média de 32.5 % de hipertensão na faixa etária acima de 18 anos, mais de 50 % entre 50 e 69 anos e 75 % acima de 70 anos (LESSA, 2001)

Estudos recentes sobre o tema revelam dados sobre as complicações que justificam fazer todas as ações possíveis para prevenir esta doença, responsável por 80% dos casos de acidente cérebro vascular, 60% dos casos de infarto agudo do miocárdio e 40% das aposentadorias precoces, além de significar um custo de 475 milhões de reais gastos com 1,1 milhão de internações por ano (SILVA, 2011).

Destaca-se que a ampliação das ações com esse grupo de risco deve ser preconizada, em virtude do custo-benefício do controle da hipertensão arterial (consultas periódicas, grupos educativos, visitas domiciliares) em detrimento do custo do tratamento dos agravos (hemodiálise, cirurgias de reperfusão em infarto cardíaco, tratamento da retinopatia hipertensiva, internações, fisioterapia, etc.). Percebe-se que os gastos em saúde são minimizados se a intervenção for feita na atenção primária, e não na secundária ou terciária, havendo possibilidade de promover melhor qualidade de vida para a comunidade (BRASIL, 2002).

A prevenção de danos que acometem o indivíduo hipertenso é uma das principais abordagens realizadas pela Estratégia de Saúde da Família. O caráter crônico da doença e sua instalação insidiosa, que pode permanecer assintomática por 15 a 20 anos, confirma a importância do acompanhamento e da adesão ao tratamento pelos pacientes. Os médicos de família são capacitados para identificar os casos que necessitam de outros níveis de atenção à saúde, mas a maioria dos hipertensos consegue controlar-se na Atenção Primária à Saúde (APS) (BRASIL, 2002). Entretanto, na assistência integral à saúde é necessário tratar o indivíduo como um todo, neste contexto, se insere as ações de prevenção, promoção e assistência, a fim de evitar complicações muitas vezes incapacitantes (BRASIL, 2002)

Há a necessidade de uma mudança de estilo de vida dos pacientes (hábitos alimentares, prática de exercícios), uma vez que é uma doença de difícil controle apenas no âmbito ambulatorial. É importante que não só o hipertenso, mas toda sua família se conscientize acerca da importância dos hábitos saudáveis de vida como principais medidas de prevenção contra a hipertensão (SARAIVA et al, 2009)

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), a APS tem como função central do sistema de saúde levar a assistência o mais próximo possível do local onde as pessoas vivem e trabalham, constituindo o primeiro elemento de um processo de atenção continuada à saúde. É, portanto, o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade que permite conhecer de perto os riscos que condicionam as doenças neste caso a Hipertensão arterial com uma elevada prevalência na área de abrangência da Clínica Integral Niterói, pertencente ao município Divinópolis do estado Minas Gerais.

No Brasil, estudos realizados demonstraram que os fatores de risco mais comuns para a hipertensão arterial são a obesidade e sobrepeso, alto consumo de sal, consumo de álcool, estresse psicoemocional, baixos níveis de atividade física, além do tabagismo (FUNDAÇÃO PORTUGUESA DE CARDIOLOGIA, 2014). A obesidade predispõe a hipertensão arterial e duplicou de 1980 a 2008, mais de 500 milhões de pessoas são consideradas obesas no mundo, ou seja, 12% da população. América é o continente de mais pessoas obesas com 26% dos adultos (MONTEIRO, 2007)

Weschenfelder e Gue (2012) referem que a implementação de estilos de vida que afetam de forma favorável a população tanto pode prevenir o risco de desenvolver como contribuir para o tratamento da hipertensão arterial. Assim faz-se necessário uma atenção especial a cada fator de risco modificável, como, o controle do peso e obesidade, porque sabe-se que mesmo uma modesta perda de peso pode diminuir consideravelmente nos níveis da PA.

Um estudo realizado por Puccini et.al (2012) demonstrou que a proporção de pacientes hipertensos descompensados foi significativamente menor entre os que foram orientados para manter um peso ideal, realizar atividade física e diminuir a quantidade de sal na alimentação. Nesse sentido, percebe-se a importância do papel dos profissionais de saúde para o auxílio nas mudanças de comportamento por meio do conhecimento desses fatores de risco.

5.2 Educação em saúde

É importante considerar que a educação em saúde é um campo que abrange conceitos tanto da área da educação, quanto da saúde, as quais expressam diferentes compreensões do mundo, delineadas por distintas posições político-filosóficas sobre o homem e a sociedade. A educação em saúde tem um conceito mais amplo que o da própria promoção da saúde, uma vez que aquele é mais amplo, que abrange a participação da população no contexto de sua vida cotidiana, não se restringindo apenas às pessoas com risco de adoecimento (SCHALL; STRUCHINE, 1999).

No entanto, o que se observa no contexto das práticas de saúde é que, diante dessa noção ampliada de saúde, diversos modelos ou diferentes paradigmas de educação em saúde têm sido evidenciados e têm levado a uma diversidade de práticas que requerem, por parte dos profissionais de saúde, questionamentos sobre a sua importância, bem como quanto ao seu alcance na perspectiva de ações mais integradas e participativas. A educação em saúde ampliada abarca as políticas públicas, ambientes apropriados, além de reorientação dos serviços de saúde que extrapolem os limites dos tratamentos clínicos e curativos (SCHALL; STRUCHINE, 1999).

Os processos de adoecimento vivenciados pelas pessoas são influenciadas pela forma como os indivíduos se inserem na sociedade e pela subjetividade dos grupos sociais dos quais fazem parte. A compreensão das necessidades de saúde da população podem auxiliar para que se compreenda as formas inserção social vivenciadas, as quais trazem consigo diversas condições de vida, com todo o potencial saúde e de sobrevivência que elas acarretam aos sujeitos. Nesse sentido, uma concepção de educação deve ser aquela que instrumentalize os grupos e classes sociais a compreender as raízes da desigualdade na produção da saúde-doença. Entretanto, é preciso que quem esteja no papel de educar tenha consigo a disponibilidade para o diálogo, estabelecendo uma posição democrática entre educandos e si mesmo, para que a mudança de práticas possa ocorrer (MELINA Mafra Toledo, SANDRA de Cássia Rodrigues, ANNA MARIA Chiesa, 2007).

Projeto de intervenção e/ou educação em saúde como o próprio título alude, fundamenta-se nos pressupostos da pesquisa-ação. Tem como base a ideia de uma

relação dialética entre pesquisa e ação, supondo ainda que a pesquisa deve ter como função a transformação da realidade. No campo educacional, essa modalidade de pesquisa é bastante enfatizada, devido à relevância de seu caráter pedagógico: os sujeitos, ao pesquisarem sua própria prática, produzem novos conhecimentos e, ao fazê-lo, apropriam-se e ressignificam sua prática, produzindo novos compromissos, de cunho crítico, com a realidade em que atuam. Tanto pesquisador como pesquisados estão diretamente envolvidos em uma perspectiva de mudança.

6. PLANO DE INTERVENÇÃO

Essa proposta refere-se ao problema priorizado “Risco aumentado para a hipertensão arterial e doenças cardiovasculares” para o qual se registra uma descrição, explicação e descrição de seus nós críticos de acordo com a metodologia do Planejamento Estratégico Simplificado (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010), destaca-se que algumas etapas foram agrupadas a fim de ser mais sintética a apresentação do plano:

6.1 Definições dos problemas de saúde do território priorizado e da comunidade; e a priorização dos problemas

Após realizada a análise dos problemas de saúde da comunidade e do território por meio da participação de diferentes atores sociais, foram identificados como principais problemas de saúde:

- 1- Risco aumentado para a hipertensão arterial e doenças cardiovasculares.
- 2- Falta de adesão da população às atividades de promoção de saúde e prevenção de doenças.
- 3- Prevalência aumentada do consumo de ansiolíticos e antidepressivos.

Risco aumentado para a hipertensão arterial e doenças cardiovasculares

1. Alta prevalência de obesidade (dos 298 hipertensos assistidos, 221 tem um IMC acima de 30 kg/m² de SC).
2. Muitas pessoas bebem socialmente, algumas têm risco de alcoolismo, outras têm consumos prejudiciais e dependentes de álcool.
3. Alta prevalência de pacientes Diabéticos (155 cadastrados).
4. Fumantes.
5. Pouca prática de exercícios físicos (sedentarismo).
6. A população em geral come pouca quantidade de alimentos ricos em potássio e cálcio.

7. Exagerada ingestão de alimentos com alto conteúdo de colesterol, gorduras saturadas e sal.

Falta de adesão da população às atividades de promoção de saúde e prevenção de doenças. Os pacientes somente procuram atendimento quando estão doentes.

Prevalência aumentada do consumo de ansiolíticos e antidepressivos. O 92 % dos pacientes maiores de 20 anos atendidos usam antidepressivos ou ansiolíticos.

Dentre esses problemas identificados como principais o que apresentou maior pontuação foi risco aumentado para a hipertensão arterial e doenças cardiovasculares, como pode ser observado no Quadro 2 abaixo.

Quadro 2: Principais Problemas encontrados e priorizados no diagnóstico situacional da área de abrangência da Clínica Integral Niterói. Divinópolis/MG.

Principais Problemas	Importância	Urgência	Capacidade de enfrentamento	Seleção/ Priorização
Risco aumentado para a hipertensão arterial e doenças cardiovasculares	Alta	9	Parcial	1
Falta de adesão da população às atividades de promoção de saúde e prevenção de doenças	Alta	7	Parcial	2
Prevalência aumentada do consumo de ansiolíticos e antidepressivos	Alta	6	Parcial	3

Fonte: Reunião de equipe

6.2 Descrição do Problema

Na Clínica Integral Niterói há uma alta prevalência de pacientes hipertensos, a maioria deles com pouco conhecimento sobre os fatores de risco para a doença, o que constitui para a não realização do tratamento dietético adequado, bem com a manutenção de hábitos de vida inadequados como ingestão excessiva de sal, a obesidade e o sedentarismo.

A HAS é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de PA. Associa-se frequentemente a alterações funcionais e/ou

estruturais dos órgãos-alvo (coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos) e a alterações metabólicas, com consequente aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais (FUNDER et. al, 2008).

A mortalidade por DCV aumenta progressivamente com a elevação da PA a partir de 115/75 mmHg de forma linear, contínua e independente, além de serem responsáveis por alta frequência de internações, ocasionando custos médicos e socioeconômicos elevados (EISENHOFER et.al, 2008).

Os fatores de risco identificados com maior magnitude são:

1. Existe relação direta e linear da PA com a idade (SLEIGHT et al,2009).
2. Excesso de peso e obesidade: O excesso de peso se associa com maior prevalência de HAS desde idades jovens. Na vida adulta, mesmo entre indivíduos fisicamente ativos, incremento de 2,4 kg/m no índice de massa corporal (IMC) acarreta maior risco de desenvolver hipertensão. A obesidade central também se associa com PA (HALPERIN et.al, 2006).
3. Ingestão de sal: A ingestão excessiva de sódio tem sido correlacionada com elevação da PA. A população brasileira apresenta um padrão alimentar rico em sal, açúcar e gorduras. Em contrapartida, em populações com dieta pobre em sal como a dos índios brasileiros yanomami, não foram encontrados casos de HAS. Por outro lado, o efeito hipotensor da restrição de sódio tem sido demonstrado (HAFFNER et al, 2001).
4. Sedentarismo: A atividade física reduz a incidência de HAS, mesmo em indivíduos pré-hipertensos, bem como a mortalidade e o risco de DCV (FUNDER et al,2008) .

Nesse sentido, percebe-se que se modificar todos esses fatores de risco que a maioria da população possui poderia diminuir a incidência da HAS e o risco de DCV tanto em quem já é hipertenso quanto prevenir que outros venham a ser.

6.3 Identificação dos nós críticos

Foram identificados como nós críticos na população assistida por meio das fichas de atendimento os seguintes abaixo:

1. Estilos de vida pouco saudável dos pacientes hipertensos.

80 % dos pacientes hipertensos da área de abrangência da clínica são sedentários, 82 % mantêm alimentação inadequada como consumo excessivo de sal, e mais do 70 % não faz nenhum tipo de exercício.

2. Informação limitada sobre a doença pelos pacientes hipertensos.

91% dos pacientes hipertensos desconhece as complicações da doença, e a importância do tratamento ser baseado não apenas nos remédios, mas sim no tratamento não farmacológico.

3. Ações insuficiente de promoção e prevenção de saúde por parte da equipe para evitar o aparecimento da doença e as complicações.

A equipe ainda não tem o funcionamento de uma ESF o que dificulta a formação de vínculo com a população bem como a realização de atividade de promoção e prevenção. Essas atividades de promoção e prevenção são ainda insuficientes.

6.4 Desenho das operações e outras etapas

Com base na descrição e análise dos nós críticos encontrados para o problema selecionado que foi risco aumentado para a hipertensão arterial e doenças cardiovasculares foram propostas as seguintes operações para cada nó crítico.

Quadro 3: Operações para o “nó crítico 1 “Estilos de vida pouco saudável” na população sobre a responsabilidade da equipe de saúde da Clínica Integral Niterói do município Divinópolis, estado de Minas Gerais.

Nó crítico 1	Estilos de vida pouco saudável
Operação-Projeto	Mais Saúde Modificar estilos de vida
Resultados esperados	Diminuir em 30% o número de sedentários e obesos no prazo de 1 ano.
Produtos esperados	Campanha de Caminhada, educação em saúde sobre dieta e exercício

	(vida saudável)
Recursos necessários	Estrutural: local para organizar as caminhadas. Cognitivo: informação sobre o tema e estratégias de comunicação. Financeiro: aquisição de recursos audiovisuais, folhetos educativos. Político: conseguir o espaço nos meios de comunicação local, mobilização social e articulação intersetorial com a rede de ensino
Recursos críticos	Estrutural: mais campanha das caminhadas Cognitivo: mais informação sobre vida saudável e estratégias para lográ-la Financeiro: mais para recursos audiovisuais, folhetos educativos Político: mais espaço nos meio de comunicação local.
Viabilidade / controle dos Recursos críticos	Setor de comunicação social Secretário de Saúde
Ação estratégica	Programa de caminhada Campanha educativa
Responsáveis pelas operações	Médico, enfermeira, técnica de enfermagem.
Prazo	Três meses para o início
Gestão acompanhamento e avaliação das operações	Programa de caminhada, exercício e alimentação adequada com o grupo de hipertensos. O acompanhamento e avaliação do Plano de Intervenção baseado em dados levantados no momento. O acompanhamento será mensal e a avaliação será seis meses após a implantação e, se necessário, implementar alguma outra ação. Ao final do primeiro ano, será analisado se o objetivo proposto foi alcançado. Planilha de acompanhamento e avaliação com a porcentagem dos pacientes hipertensos com fatores de risco modificável atualmente, em 6 meses e em 1 ano.

Quadro 4: Operações para o “nó crítico 2” “Informação limitada sobre a doença pelos pacientes hipertensos” na população sobre a responsabilidade da equipe de saúde da Clínica Integral Niterói do município Divinópolis, estado de Minas Gerais.

Nó crítico 2	Informação limitada sobre a doença pelos pacientes hipertensos
Operação- Projeto	Aumentar o nível de informação da população sobre os fatores de riscos da hipertensão arterial e das doenças cardiovasculares
Resultados esperados	População mais informada sobre os riscos da hipertensão arterial e das doenças cardiovasculares.
Produtos esperados	Avaliação do nível de informação da população sobre risco da hipertensão arterial e das doenças cardiovasculares. (Questionário anexo) Campanha educativa nos meios de comunicação local

	Capacitação dos ACS e dos cuidadores.
Recursos necessários	Cognitivo: conhecimento sobre o tema e sobre estratégias de Comunicação e pedagógicas Estrutural: organização da agenda Político: articulação Intersetorial (parceria com o setor educação) e mobilização social Financeiro: para recursos audiovisuais, folhetos educativos
Recursos críticos	Cognitivo: conhecimento sobre os riscos. Organizacional: organização da agenda e priorizar a promoção Político: articulação Inter setorial Financeiro: para recursos audiovisuais, folhetos educativos.
Viabilidade / controle dos Recursos críticos	Secretaria de Educação
Ação estratégica	Campanha educativa sobre fatores de risco e complicações da doença
Responsáveis pelas operações	Médico, enfermeira, técnica de enfermagem.
Prazo	Início em dois meses
Gestão acompanhamento e avaliação das operações	Avaliação do nível de informação da população sobre os fatores de riscos de adoecimento pela Hipertensão arterial. Planilha de avaliação no início, a os 3 meses, 6 meses e 1 ano

Quadro 4: Operações para o “nó crítico 3” “Ações insuficiente de promoção e prevenção de saúde por parte da equipe para evitar o aparecimento da doença e as complicações” na população sobre a responsabilidade da equipe de saúde da Clinica Integral Niterói do município Divinópolis, estado de Minas Gerais.

Nó crítico 3	Ações insuficiente de promoção e prevenção de saúde por parte da equipe para evitar o aparecimento da doença e as complicações.
Operação- Projeto	Cuidar Melhor
Resultados esperados	Garantia das consultas, medicamentos e os exames previstos nos protocolos para o 90% dos pacientes hipertensos e com risco de doença cardiovascular aumentada
Produtos esperados	Linha de cuidado para risco de hipertensão arterial e doença cardiovascular implantada; protocolos implantados; recursos humanos capacitados.
Recursos	Organizacional: adequação de fluxos (referência e contra referência).

necessários	Político: articulação entre os setores da saúde adesão dos profissionais; Cognitivo: elaboração de projeto da linha de cuidado e de protocolos.
Recursos críticos	Financeiros: recursos necessários para o equipamento da rede e para custeio (medicamentos, exames e aumento da oferta de consultas especializadas). Políticos: decisão de aumentar os recursos para estruturar o serviço Financeiros: aumento da oferta de consultas e exames Cognitivo: adequação de cuidados sobre os riscos para as complicações da hipertensão arterial
Viabilidade / controle dos Recursos críticos	Prefeito Municipal Secretário de Saúde Secretário Municipal de Saúde Fundo Nacional de Saúde
Ação estratégica	Apresentar projeto de estruturação da rede, capacitação do pessoal, garantia das consultas especializadas complementares do atendimento.
Plano operativo. Responsáveis pelas operações	Médico, enfermeira, técnica de enfermagem. ACS.
Prazo	Três meses para o início das atividades.
Gestão acompanhamento e avaliação das operações	Capacitação de recursos humanos, programa de vigilância dos agravos da Hipertensão Arterial. Fazer a vigilância dos agravos da Hipertensão Arterial através dos indicadores do SIAB mensalmente.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante do exposto, espera-se que a população possa conhecer a importância da redução e/ou eliminação dos fatores de risco para combater a hipertensão e/ou obter o seu melhor controle. Dentre esses fatores risco destacam-se aqueles que também contribuem para que a população leve uma vida mais saudável como uma alimentação rica em frutas e verduras, baixa em sal e com os benefícios da atividade física.

Acredita-se na melhoria do nível de conhecimento das pessoas que participarão da intervenção educacional sobre os fatores de risco da hipertensão, a necessidade de uma dieta saudável, a importância da realização de atividade física, bem como o tratamento e complicações da doença. Espera-se assim alcançar 90% do controle da hipertensão nos pacientes cadastrados da equipe de saúde, trazendo com isto a não diminuição do aparecimento das complicações.

Assim, evidencia-se a utilidade das intervenções educativas, a fim de aumentar o conhecimento na população bem como a necessidade de uma atitude ativa, persistente e duradoura de toda a equipe, para que os pacientes do projeto alcancem um maior conhecimento sobre a sua doença, seus fatores de risco e como enfrentá-los e conseqüentemente evitem no possível as complicações derivadas da doença. Tornando, assim, os usuários mais independentes e prontos para o autocuidado em saúde.

REFERÊNCIAS

- BRASIL, Ministério da Saúde. Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão arterial e ao Diabetes Mellitus. Manual de Hipertensão arterial e Diabetes mellitus. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Norma operacional de assistência à saúde –NOAS-SUS -01/02. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.
- CAMPOS, F. C. C.; FARIA, H. P.; SANTOS, M. A. Planejamento e avaliação das ações em saúde. 2a. Belo Horizonte: NESCON/UFMG, 2010.
- EISENHOFER, G. et al. Current progress and future challenges in the biochemical diagnosis and treatment of pheochromocytomas and paragangliomas. *Hormone and metabolic research= Hormon-und Stoffwechselforschung= Hormones et métabolisme*, 2008;40(5):329.
- FUCHS, F. D. Hipertensão arterial sistêmica. In: DUNCAN, B. B.; SCHIMIDT, M. I.; GIULIANI, E. R. J. et al. Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseada em evidências. Porto Alegre: Artmed; 2004. p.641-56.
- FUNDER, J. W. et al. Case detection, diagnosis, and treatment of patients with primary aldosteronism: an endocrine society clinical practice guideline. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 2008;93(9): 3266-3281.
- HAFFNER, S. M. et al. Metabolic precursors of hypertension: the San Antonio heart study. *Archives of Internal Medicine*. 1996; 156(17):199-2001.
- HALPERIN, R. O. et al. Dyslipidemia and the risk of incident hypertension in men. *Hypertension*. 2006; 47(1):45-50.
- IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. IBGE - cidades @. Disponível em:<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=312230&search=minas-gerais|divinopolis|infograficos:-informacoes-completas> . Acesso em: 06 jun. 2016.
- IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Indicadores sociais municipais: uma análise dos resultados do universo do censo demográfico 2010. Rio de Janeiro ,2011. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/> Acesso em: 06 jun.2016.
- LESSA, I. et al. Epidemiologia da hipertensão arterial sistêmica e da insuficiência cardíaca no Brasil. *Rev Bras Hipertens*. 2001; 8 (4): 383-92.
- LIMA E COSTA, M. F. F. et al..Diagnóstico da situação de saúde da população idosa brasileira: um estudo da mortalidade e das internações hospitalares públicas. *Informe Epidemiológico do SUS* 2000;9(1):23-41.
- MELINA M. T., RODRIGUES, S. C. R., CHIESA, A. M. Educação em saúde no enfrentamento da hipertensão arterial: uma nova ótica para um velho problema.

Texto contexto Enferm. 2007; 16(2): 233-8. <https://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072007000200004>

MELO, M. F. C. Condições para a humanização da gestão do trabalho na Secretaria Municipal de Saúde de Divinópolis/MG: uma agenda Imaterial. Dissertação (Mestrado). Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2012.

MONTEIRO, H. L. et al. Efetividade de um programa de exercícios no condicionamento físico, perfil metabólico e pressão arterial de pacientes hipertensos. Revista Brasileira de Medicina do Esporte. 2007; 13(2):107-112.

PUCCINI, R. X., FACCINI, L. A., TOMASI, E., SIQUEIRA, F. V., SILVEIRA, D. S. Proporção, prevenção e cuidados da hipertensão arterial no Brasil. Rev. Saúde Pública. 2012; 46 (3):.543-50.

SARAIVA, K. R. O, SANTOS, Z. M. S. A., LANDIM, F. L. P., TEIXEIRA, A. C. Saber do familiar na adesão da pessoa hipertensa ao tratamento: análise com base na educação popular em saúde. Texto e Contexto Enferm. 2007, 16(2): 263–70.

SCHALL, V. T., STRUCHINE, M. Educação em saúde: novas perspectivas. Cad. Saúde Pública vol.15 suppl.2 Rio de Janeiro 1999”.

SILVA, D. B. Hipertensão arterial e complicações associadas: análise do risco cardiovascular e da adesão ao tratamento em usuários do Sistema Único de Saúde. Dissertação de Mestrado. Fortaleza: UFC, 2011.

SLEIGHT, P. et al. Prognostic value of blood pressure in patients with high vascular risk in the Ongoing Telmisartan Alone and in combination with Ramipril Global Endpoint Trial study. Journal of hypertension. 2009; 27(7):1360-1369.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. Arq Bras Cardiol, n. 95, supl.1, p. 1-51, 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2010001700001&lng=es&nrm=iso&tlng=pt Acessado em: 06 jun 2016

WESCHENFELDER, M., D.; GUE, M. J. Hipertensión arterial: principales factores de riesgo modificables en la estrategia salud de la familia. Enfermería Global. 2012;11(26): 344-353.

APÊNDICE

Bom dia com este questionário que você deve responder com a maior veracidade possível se pretende revisar que fatores de risco apresentam os pacientes da área de abrangência da Clínica Integral Niterói que provocam hipertensão arterial ou complicações da doença.

Questionário Exploratório

PROJETO DE INTERVENÇÃO: FATORES DE RISCO DOS PACIENTES HIPERTENSOS DA CLÍNICA INTEGRAL NITERÓI DO MUNICÍPIO DIVINÓPOLIS-MG.

NOME:

Telefone: _____

Idade: _____

Sexo: Feminino () Masculino ()

Raça: Branco () Negro () Pardo () Amarelo ()

Peso: _____

Altura: _____

IMC: _____

Fuma? () Não () Sim. **Quantos cigarros por dia?** _____

1. Marque os alimentos que você consome:

Pão <input type="checkbox"/> todos os dias <input type="checkbox"/> três vezes por semana <input type="checkbox"/> duas vezes por semana <input type="checkbox"/> nunca	<input type="checkbox"/> Ovos <input type="checkbox"/> mais de duas vezes por semana
Macarrão <input type="checkbox"/> todos os dias <input type="checkbox"/> três vezes por semana <input type="checkbox"/> duas vezes por semana <input type="checkbox"/> nunca	<input type="checkbox"/> Maionese
<input type="checkbox"/> Carne de porco <input type="checkbox"/> mais de duas vezes por semana	<input type="checkbox"/> Margarina
<input type="checkbox"/> Carne de boi <input type="checkbox"/> mais de uma vez por semana	<input type="checkbox"/> Verduras
<input type="checkbox"/> Bacon	<input type="checkbox"/> Vegetais (tomate, cenoura, abóbora, quiabo, espinafre, repolho)

<input type="checkbox"/> Pele de Frango	<input type="checkbox"/> Frutas (laranja, limão, mexerica, melancia, melão)
<input type="checkbox"/> Pele de Peixe	<input type="checkbox"/> Sal – mais do que uma colher de sobremesa por dia
<input type="checkbox"/> Linguiça	<input type="checkbox"/> Gordura de porco para cozinhar
<input type="checkbox"/> Salame, presunto	<input type="checkbox"/> Derivados do leite (Manteiga, queijo, creme de leite, iogurte)
<input type="checkbox"/> Vísceras de qualquer animal (fígado, rim, coração)	<input type="checkbox"/> Bolacha

2. Marque as bebidas que você CONSOME:

Refrigerante

todos os dias
 três vezes por semana
 duas vezes por semana
 uma vez por semana
 nunca

Suco de frutas (natural)

todos os dias
 três vezes por semana
 duas vezes por semana
 uma vez por semana
 nunca

Cerveja

mais de uma latinha de 350ml por dia

Bebidas destiladas (cachaça, rum, vodka, etc)

mais de 45ml por dia

Vinho

mais de 150ml por dia

3. Marque as atividades físicas que você pratica:

Caminhada

todos os dias
 três vezes por semana
 duas vezes por semana
 uma vez por semana
 nunca

Futebol

todos os dias
 três vezes por semana
 duas vezes por semana
 uma vez por semana
 nunca

Corrida	<input type="checkbox"/> todos os dias
	<input type="checkbox"/> três vezes por semana
	<input type="checkbox"/> duas vezes por semana
	<input type="checkbox"/> uma vez por semana
	<input type="checkbox"/> nunca

Academia/Ginástica	<input type="checkbox"/> todos os dias
	<input type="checkbox"/> três vezes por semana
	<input type="checkbox"/> duas vezes por semana
	<input type="checkbox"/> uma vez por semana
	<input type="checkbox"/> nunca
