

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

MICHEL ROSABAL LOBAINA

**INTERVENÇÃO EM HIPERTENSÃO ARTERIAL E NOS FATORES DE
RISCO CARDIOVASCULARES NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE
JARDINÓPOLIS, MUNICÍPIO DIVINÓPOLIS – MINAS GERAIS**

DIVINÓPOLIS – MINAS GERAIS

2016

MICHEL ROSABAL LOBAINA

INTERVENÇÃO EM HIPERTENSÃO ARTERIAL E NOS FATORES DE RISCO CARDIOVASCULARES NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE JARDINÓPOLIS, MUNICÍPIO DIVINÓPOLIS – MINAS GERAIS

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

Orientadora: Profa. Dra. Maria Marta Amâncio Amorim

DIVINÓPOLIS – MINAS GERAIS

2016

MICHEL ROSABAL LOBAINA

**INTERVENÇÃO EM HIPERTENSÃO ARTERIAL E NOS FATORES DE
RISCO CARDIOVASCULARES NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE
JARDINÓPOLIS, MUNICÍPIO DIVINÓPOLIS – MINAS GERAIS**

Banca examinadora

Profa. Dra. Maria Marta Amâncio Amorim - orientadora

Profa. Dra. Maria Rizioneide Negreiros de Araújo - UFMG

Aprovado em Belo Horizonte, em: 21/05/2016

RESUMO

A Hipertensão Arterial Sistêmica é uma doença caracterizada pela elevação dos níveis tensionais no sangue. É uma síndrome metabólica geralmente acompanhada por outras alterações, como obesidade entre outras patologias. O objetivo desse estudo de intervenção é conhecer os fatores de risco mais frequentes associados à hipertensão arterial sistêmica nos usuários da Unidade Básica de Saúde Jardinópolis, município de Divinópolis/MG. O universo deste estudo serão pessoas com o diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica e com idade superior a 18 anos. Depois de identificados e analisados os problemas fundamentais no diagnóstico situacional de saúde na Unidade Básica de Saúde Jardinópolis em Divinópolis, mediante o processo de estimativa rápida, utilizou-se o método do Planejamento Estratégico Situacional para a elaboração de plano de ação sobre o problema prioritário escolhido pela equipe, com poucos gastos e com a participação da comunidade. Desta forma elencaram-se dados que refletem as condições e especificidades locais. Para realizar a Estimativa Rápida utilizaram-se como fonte as consultas, visitas e grupos do Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos além da própria observação da equipe. A partir destas informações, utilizando a Metodologia do Planejamento Estratégico Situacional, foi definido o Plano de Intervenção. O projeto será implementado entre os meses de janeiro de 2016 a dezembro de 2016, em três diferentes etapas: visitas domiciliares de controle e acompanhamento dos usuários com hipertensão arterial sistêmica realizadas pelos agentes comunitários de saúde; consulta de enfermagem com orientação pertinente; entrevista com a finalidade de conhecer os fatores de risco mais frequentes associados à hipertensão arterial sistêmica. Posteriormente, ao se evidenciar a presença relevante de fatores de risco destacaremos a necessidade das modificações no estilo de vida dos usuários com momentos dialógicos e de educação em saúde. Com a execução deste projeto esperamos aprimorar o conhecimento sobre os fatores de risco associados à HAS, reduzindo a mortalidade e os riscos de morbimortalidade desta população.

Palavras-chave: Hipertensão. Fatores de risco. Estilo de Vida.

ABSTRACT

The Hypertension is a disease characterized by elevated blood pressure levels in the blood. It is a metabolic syndrome usually accompanied by other changes, such as obesity and other diseases. The objective of this intervention study is to know the most common risk factors associated with hypertension in users of the Basic Health Unit Jardimópolis, municipality of Divinópolis/MG. The universe of this study will be people diagnosed with hypertension and older than 18 years. Once identified and analyzed the fundamental problems in situational health diagnosis in the Basic Jardimópolis Health Unit in Divinópolis, through the process of rapid assessment, we used the method of Situational Strategic Planning for preparation of action plan on the chosen priority problem by staff with little expense and with community participation. Thus if elencaram data that reflect local conditions and specificities. To perform the Quick Estimates were used as source consultations, visits and groups of Registration System and Hypertensive Diabetics Monitoring beyond own observation team. From this information, using the methodology of the Situational Strategic Planning, the Intervention Plan has been set. The project will be implemented between the months of January 2016 to December 2016, in three different stages: home visits control and monitoring of users with hypertension performed by community health workers; nursing consultation with relevant guidance; interview in order to know the most common risk factors associated with hypertension. Later, while demonstrating the significant presence of risk factors highlight the need for changes in the user's lifestyle with dialogical moments and health education. With the execution of this project we hope to increase awareness about the risk factors associated with hypertension, reducing mortality and the risk of morbidity and mortality in this population.

Key words: Hypertension. Risk factors. Lifestyle.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	6
2 JUSTIFICATIVA	14
3 OBJETIVOS	17
4 METODOLOGIA	18
5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	19
6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO	25
7 CONCLUSÃO	35
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	36

1 INTRODUÇÃO

Histórico de criação do município

A cidade de Divinópolis teve sua origem como Arraial do Espírito Santo da Itapecerica, sendo fundada pelo Manoel Fernandes Teixeira no dia 25 de março de 1770. Pertenceu a cidade de Itapecerica, antes conhecida como São Bento do Tamanduá até sua emancipação em 1 de junho de 1912. Ainda não existem evidências históricas suficientes para explicar como se deu o surgimento do Arraial do Divino Espírito Santo da Itapecerica. As informações registradas foram obtidas pela tradição oral que relaciona o início do povoado aos fugitivos da Guerra dos Emboabas. Em registros datados de 1870, Tomás Teixeira e Francisco de Araújo e Sá são citados como os primeiros moradores civilizados que se estabeleceram no sertão do Espírito Santo do Itapecerica. De acordo com o mesmo documento, os primeiros habitantes teriam chegado aqui por volta de 1760. Em 1770, Manoel Fernandes Teixeira doou o terreno para a construção de uma capela, (inicialmente no terreno hoje pertencente ao Lar dos Idosos). Divinópolis recebeu seu primeiro nome de Distrito de Espírito Santo, e com sua emancipação foi renomeada por Vila Henrique Galvão. Porém teve novamente seu nome alterado em setembro de 1912 para vila Divinópolis, ano de sua fundação, através da lei Estadual 663. Em sequência em 1923, pela lei Estadual 843, teve seu território abrangido com a junção do distrito de Santo Antônio dos Campos, configurando dessa forma o atual território de Divinópolis. Até o ano de 1930 a Câmara Municipal de Divinópolis tinha função executivo e legislativo, pois o presidente da Câmara acumulava essas funções. O presidente do estado de Minas Gerais era Bueno Brandão. Nesse período iniciou-se a construção das oficinas da Estrada de Ferro Oeste de Minas, que antecedeu à Rede Mineira de Viação, atual Ferrovia Centro Atlântica. Divinópolis cresceu à sombra dessas oficinas (MAIA, 2004).

Desde essa época, Divinópolis vem acentuando a sua característica de passagem pousada-paragem, que marcou seus momentos mais importantes. O antigo arraial e a cidade de hoje não guardam semelhanças físicas entre si, mas a história do crescimento e desenvolvimento do lugar sempre esteve vinculada aos transportes, aos caminhos de água, de terra, de ferro e asfalto (MAIA, 2004).

Em 1967 é inaugurado o Hospital São João De Deus, em 1975 se funda a Cidade Universitária, nos anos de 1976-1999 período de melhoramento e construção de redes rodoviárias e estruturas administrativas, em 1999 se inaugura o Centro de Terapia Intensiva Pediátrica do Hospital São João de Deus, no ano 2000 é inaugurado a Universidade de Alfenas, em 2002 se inaugura o Hospital do Câncer, em 2007 se inaugura O Teatro Municipal "Usina Gravatá", em 2008 é inaugurado a Universidade Federal São João Del Rei Campus Dona Lindu, em março de 2014 chegaram os primeiros médicos intercambistas do programa Federal Mais Médicos para o Brasil (MAIA, 2004).

Descrição do município

O município limita-se ao norte com Nova Serrana, ao noroeste com Perdigoão, a oeste com Santo Antônio do Monte, a sudoeste com São Sebastião do Oeste, ao sul com Cláudio e a leste com Carmo do Cajuru e São Gonçalo do Pará (Figura 1).

Divinópolis é uma região de terras altas, sendo 15% de terrenos montanhosos, 53% de campos e 32% de áreas planas. Localiza-se a 106 km da capital Belo Horizonte na região Centro-Oeste de Minas. Possui uma área de 716 km², equivalente a 0,12% da área do Estado. Em extensão territorial, a área urbana possui 192 km². A população é estimada em 217.404 habitantes (IBGE, 2012) o que o torna o décimo segundo mais populoso de Minas Gerais. Sua altitude máxima é de 1.106 na Serra dos Caetanos e mínima de 670 m na Foz do Morro Grande. Apresenta clima quente e semiúmido com umidade relativa do ar em média de 72%, temperatura no inverno de 18,5°C, no verão de 29°C e temperatura média nas outras estações de 23,8°C. O Índice Médio Pluviométrico Anual é de 1.200 a 1700 mm (MAIA, 2004).

Figura 1 - Mapa do município de Divinópolis



Fonte: Divinópolis (2016).

O município é sede da Administração Regional do Alto São Francisco e da Associação dos Municípios da Microrregião do Vale do Itapeçerica. Está inserida, de acordo com dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e a Secretaria do Planejamento de Minas Gerais (SEPLAN-MG), nas seguintes regiões político-administrativas: Mesorregião Geográfica: Oeste de Minas/ Região Geográfica: Sudeste/ Região de Planejamento: Metalúrgica e Campo das Vertentes/ Macrorregião de Planejamento: Centro-Oeste de Minas/ Região Administrativa: Região Administrativa do Alto São Francisco (MAIA, 2004).

Em se tratando de regionalização da assistência Divinópolis é referenciado como sede da Regional de Saúde, da Microrregião de Saúde (Divinópolis/Santo Antônio do Monte) e da Macrorregional de Saúde Oeste (MAIA, 2004).

Divinópolis tem como principais fontes de renda a indústria de confecções, a metalurgia e a siderurgia. A maior atração da cidade é o turismo de negócios que atrai milhares de compradores do setor vestuário (MAIA, 2004).

Aspectos geográficos e descrição fisiográfica

Divinópolis possui uma área total de 716 km² que comporta 98 bairros aprovados. O número aproximado de domicílios 75.804, a média de moradores por domicílios é 3,2, a altitude máxima é 1.106 m na Serra dos Caetanos e a altitude mínima é de 670 m na Foz do Morro Grande (MAIA, 2004).

O município apresenta um Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de 0,764 segundo a Atlas de Desenvolvimento Humano (2000). De acordo com a Atlas do Desenvolvimento Humano (2013), os municípios podem ser classificados tendo IDHM muito baixo (de 0 até 0,499); baixo (entre 0,5 e 0,599); médio (entre 0,6 e 0,699); alto (de 0,7 a 0,799) e muito alto (de 0,8 a 1). Segundo o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), 2010, no IDH estão equacionados três aspectos direcionados às análises educacionais, renda e de longevidade de uma população (MAIA, 2004).

Com relação à taxa de atividade no município, ou seja, o percentual da população de 18 anos ou mais economicamente ativa passou de 71,78% em 2000 para 70,90% em 2010. Observou-se que a taxa de desocupação reduziu bastante no município, passando de 20,27% em 2000 para 7,27% em 2010. A taxa de desocupação de Minas Gerais foi de 6,33% e em Belo Horizonte foi de 6,07% no ano de 2010 (MAIA, 2004).

Observou-se que as principais atividades produtivas no domicílio foram costureira (23%), comerciantes (23%), cabeleireira (16%) e manicure (10,5%). Estas atividades representaram 73% do trabalho no domicílio. Em relação às principais ocupações no município, destacaram-se pedreiro (22%), doméstica (15%), vendedor (15%) e diarista (12%), em nossa área o comportamento é similar com relações das atividades produtivas e domésticas (MAIA, 2004).

A renda média familiar rural é de R\$450 e urbana R\$606, a densidade demográfica é de 300,82, a taxa de Escolarização: Ensino fundamental 27484, ensino médio 8211, alfabetizada 191839. A proporção de moradores por abaixo da linha de pobreza é 19,4 % e a pobreza subjetiva é 4,4% (MAIA, 2004).

Sistema local de saúde

A Prefeitura Municipal de Divinópolis juntamente com a Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais e o Ministério Público elaboraram um projeto denominado Sistema Integrado Municipal de Saúde (SIM-SAÚDE), que propõe o redesenho do sistema atual com foco na reorganização da Atenção Primária através do fortalecimento da Estratégia Saúde da Família. A meta final para 2016 é a cobertura pela Estratégia Saúde da Família (ESF) em 100%.

O Sistema de Referência e Contrarreferência se fazem através de ficha de referência e contrarreferência dos usuários encaminhados às especialidades: Redes de Média e Alta Complexidade (Diretoria de Saúde Mental: Rede de Atenção Psicossocial; Diretoria de Urgência e Emergência: Rede de Urgência e Emergência (UPA/Hospital); Diretoria de Regulação em Saúde); Rede de Atenção de Assistência Odontológica; Rede de Atenção em Reabilitação Física; Rede SERDI-PIPA (Serviços Especializados de Reabilitação em Deficiência Intelectual; Programa de Intervenção Precoce e Avançado); Rede de Atenção Materno-Infantil (obstetrícia); Rede de alta Complexidade em Oncologia; Rede de Alta complexidade em Nefrologia; Rede de Alta complexidade em Cardiologia; Rede de Alta complexidade em Oftalmologia; Rede de Alta complexidade em Neurologia e Neurocirurgia.

A Unidade Básica de Saúde (UBS) Jardinópolis localiza-se na área urbana periférica, no Distrito Sudeste da cidade de Divinópolis-MG. Está instalada na Rua Angeli, 471, no bairro Jardinópolis. A UBS Jardinópolis teve sua implantação em setembro de 2008. O modelo assistencial adotado é a ESF com saúde bucal modalidade 2.

A área de abrangência da UBS Jardinópolis se divide em cinco microáreas, englobando o bairro Jardinópolis e as áreas rurais Inhame, Cacoco Acima e Cacoco Baixo. A área de abrangência é caracterizada por ser uma área em expansão com uma população em incremento com pessoas de baixa renda o que demanda maior atenção e dependência do Sistema Único de Saúde; alto número de pessoas idosas; prevalência de doenças crônico-degenerativas como hipertensão e diabetes; grande

parte do território da área de abrangência sem pavimentação ocasionando doenças respiratórias, dificultando o transporte coletivo e aumento de áreas de risco; acentuado número de domicílios sem rede de esgoto, sendo determinante para o aumento da morbidade e elevado número de pessoas com seguimento e tratamento psiquiátrico.

Quanto ao nível de alfabetização na comunidade encontramos com: nível superior completo 12; nível superior incompleto 23; ensino médio completo 251; ensino médio incompleto 595; fundamental completo 876, fundamental incompleto 1116 e analfabeto 207 (NORMANDIA, 2014).

A área adscrita possui seis igrejas evangélicas, duas igrejas católicas e um salão comunitário. Os serviços existentes são luz elétrica, água encanada, telefonia fixa e móvel.

Os recursos humanos são 12 funcionários: quatro Agentes Comunitários de Saúde (ACS), um técnico de enfermagem, um enfermeiro, um médico da ESF, um médico pediatra com horário de 07:00 às 11:00h, um cirurgião dentista, um auxiliar de saúde bucal, um psicólogo com horário 07:00 às 11:00 hs e um auxiliar de serviços gerais. Com a exceção dos horários especificados anteriormente o restante dos funcionários cumprem com no horário de 07:00 às 17:00 h, de segunda a sexta feira. A equipe trabalha com território de abrangência definido e é responsável pelo cadastro e o acompanhamento da população adstrita a esta área. O cadastramento é realizado através de visitas domiciliares no território pré-estabelecido e contém a identificação dos componentes familiares, a morbidade referida, condições de moradia, saneamento e condições ambientais.

A UBS Jardinópolis oferece a população adstrita vários tipos de procedimentos, dentre eles: consulta de clínica médica, consulta de Pediatria, consulta de enfermagem, visitas domiciliares, puericultura, exame preventivo, atendimento psicológico, acompanhamento pré-natal, consulta à pessoa com hipertensão arterial (HAS) e diabetes mellitus (DM) e atendimento odontológico. Oferece também diversos procedimentos técnicos como: imunização, curativo, retirada de pontos,

teste do pezinho, glicemia capilar, aferição de pressão arterial, medidas antropométricas entre outras.

A UBS conta com a seguinte área física: uma sala de vacinas, uma sala de curativos, um consultório de enfermagem, um consultório médico, um consultório odontológico, um escovódromo e recepção, recepção e sala de espera, espaço para pôs consulta, banheiro para usuários, área privativa para servidores, com cozinha e banheiros, sala de arquivo morto e o quintal. Área física da unidade não cumpre com uma estrutura física adequada, funciona em uma casa alugada, não tem muito espaço para todos, sendo um pouco pequena, o que dificulta bastante a organização do trabalho, já que tem dias que a enfermagem não conta com uma sala para o atendimento, principalmente quando o pediatra está atendendo.

A UBS Jardinópolis possui hoje 3080 pessoas cadastradas, distribuídas em 962 famílias espalhadas em quatro microáreas. No Quadro 1 pode-se observar a totalidade da população cadastrada de acordo com a faixa etária (NORMANDIA, 2014).

Quadro 1 - População cadastrada na UBS Jardinópolis por faixa etária e sexo

Faixa Etária e Sexo											
Idade/ Sexo		1 a 4	5 a 6	7 a 9	10 a 14	15 a 19	20 a 39	40 a 49	50 a 59	> 60	Tot al
Masculino	13	65	47	85	134	155	526	221	153	163	1552
Feminino	8	67	38	61	136	146	529	220	152	151	1508
Total	21	132	85	146	270	306	1065	456	305	322	3080

Fonte: IBGE (2015).

2 JUSTIFICATIVA

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 (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

A HAS é uma doença "democrática". Ataca homens e mulheres, brancos e negros, ricos e pobres, idosos e crianças, gordos e magros, pessoas calmas e nervosas. É muito comum e acomete uma em cada quatro pessoas adultas. Assim, estima-se que atinja em torno de, no mínimo, 25 % da população brasileira adulta, chegando a mais de 50% após os 60 anos e está presente em 5% das crianças e adolescentes no Brasil. É responsável por 40% dos infartos, 80% dos derrames e 25% dos casos de insuficiência renal terminal (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

A HAS tem alta prevalência e baixas taxas de controle, sendo considerado um dos principais fatores de risco modificáveis e um dos mais importantes problemas de saúde pública. 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).

Existe no sistema de informação de atenção básica (SIAB) um registro de 3080 pessoas cadastradas na Unidade Básica de Saúde da Família de Jardinópolis, com uma estimativa de 5000 pessoas, das quais somente 450 são classificadas com risco cardiovascular (equivalente a 14,6% na população total registrada). A maioria

deles possui mais de um fator de risco associado, o que dificultou a estratificação de risco individual, refletindo-se assim nos resultados mostrados. Os fatores de riscos modificáveis avaliados, segundo a prevalência foram: 1- Cifras de pressão arterial alta, 303 pessoas (9,8%), 2- Obesidade e sobrepeso segundo cintura abdominal, 326 pessoas (10,5%), 3- Sedentarismo, 221 pessoas (7,1%), 4- História familiar de Acidente vascular cerebral, Infarto agudo do miocárdio e morte súbita, 194 pessoas (6,2%), 5- Estresse, 180 pessoas (5,84%), 6- Hábitos alimentação inadequados, 194 pessoas (6,29%), 7- Dislipidemia, 136 pessoas (4,41%), 8- Cifras de glicose anormais, 99 pessoas (3,21), 9- Tabagismo, 49 pessoas (1,59%), 10- História familiar e alcoolismo, com 34 pessoas cada um, (1,1%) (NORMANDIA, 2014).

Segundo a observação ativa feita e os poucos registros existentes na UBS Jardinópolis, os resultados achados não se afastam muito da realidade do país todo. A HAS, doenças cardiovasculares e a DM contemplam aproximadamente 80% das doenças crônicas não transmissíveis, atribuindo-se 60% das causas de óbitos e incapacidade físico-motora. Durante o processo de observação foram achados muitos fatores de risco associados e sobre os quais poderemos trabalhar para conseguir modificar e obter resultados positivos na conquista da saúde da comunidade, a família e o indivíduo.

Devido á alta prevalência e incidência de problemas cardiovasculares em indivíduos portadores de HAS, estes são responsáveis por uma alta incidência dos óbitos no Brasil. Esta patologia se tornou um problema de saúde pública, sendo seu controle e prevenção essenciais. Este trabalho tem por finalidade diminuir a elevada prevalência e incidência de HAS, fazendo uma estratégia de intervenção e de controle e dando a conhecer as graves consequências de suas complicações para a saúde. Diante da importância das considerações aqui apresentadas proponho um projeto de intervenção na UBS Jardinópolis para tratar esta patologia considerada um problema de saúde pública, identificando os principais fatores de riscos que causam HAS nestes usuários. Caso a experiência tenha êxito, pode-se utilizá-la como modelo para a ampliação do projeto para outros bairros da cidade. Com essa intervenção pretende-se conhecer 100% da população da nossa UBS que apresenta HAS, ter uma noção dos principais fatores de riscos que apresentam os usuários com HAS de nossa comunidade, mudar os estilos de vida que influenciam sobre os

fatores de riscos e assim levar a um melhor controle da PA, diminuir complicações fatais para a vida como as doenças cérebro vasculares e o infarto agudo do miocárdio com o controle da PA, vincular os ACS no trabalho do controle e tratamento aos usuários com HAS, programação periódica das consultas e visitas domiciliares aos usuários com HAS, incorporação ao grupo de HAS os usuários com a doença descompensada para diminuir cifras de pressão de maneira imediata.

3 OBJETIVOS

3.1 Geral

Elaborar um plano de intervenção para diminuir a elevada prevalência e incidência de HAS e risco cardiovascular aumentado nos usuários da UBS Jardinópolis.

3.2 Específicos

Identificar o total de usuários com hipertensão arterial sistêmica e os fatores de riscos cardiovasculares na população estudada.

Capacitar a população de risco sobre os fatores de risco e complicações da hipertensão arterial sistêmica e doenças cardiovasculares.

4 METODOLOGIA

O projeto de intervenção será desenvolvido na área da UBS Jardimópolis, em Divinópolis. Dentre os recursos humanos necessários. Foram realizadas pesquisas bibliográficas em artigos científicos, livros e textos indexados sobre o tema. As bases de dados informatizadas consultadas foram os sites nacionais que trabalham com políticas de saúde, como o da Organização Mundial da Saúde (OMS), do Ministério da Saúde (MS) e outros, assim como as bases de dados da LILACS (Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde) e da Biblioteca Virtual do Núcleo de Educação em Saúde Coletiva (NESCON).

Para a consulta foram utilizados os seguintes descritores:

Hipertensão.

Fatores de risco.

Estilo de Vida.

Depois de identificados e analisados os problemas fundamentais no diagnóstico situacional de saúde na UBS Jardimópolis em Divinópolis, mediante o processo de estimativa rápida, utilizou-se o método do Planejamento Estratégico Situacional (PES) para a elaboração de plano de ação sobre o problema prioritário escolhido pela equipe, com poucos gastos e com a participação da comunidade. Desta forma elencaram-se dados que refletem as condições e especificidades locais (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

Para realizar a Estimativa Rápida utilizaram-se como fonte as consultas, visitas e grupos do Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos (HIPERDIA), além da própria observação da equipe. A partir destas informações, utilizando a metodologia do PES foi definido o Plano de Intervenção (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

4 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

A HAS é definida como pressão arterial sistólica maior ou igual a 140 mmHg e uma PA diastólica maior ou igual a 90 mmHg. É uma doença caracterizada pela elevação dos níveis tensionais no sangue. É uma síndrome metabólica geralmente acompanhada por outras alterações, como obesidade. Cerca de 20% da população brasileira é portadora de HAS, sendo que 50% da população com obesidade tem a doença. A HAS pode acontecer quando as artérias sofrem algum tipo de resistência, perdendo a capacidade de contrair e dilatar, ou então quando o volume se torna muito alto, exigindo uma velocidade maior para circular. Hoje, a HAS é a principal causa de morte no mundo, pois pode favorecer uma série de outras doenças (SAÚDE, 2006).

Quando o coração bate, ele contrai e bombeia sangue pelas artérias para o resto do seu corpo. Esta força cria uma pressão sobre as artérias. Isso é chamado de PA sistólica, cujo valor normal é 120 mmHg (milímetro de mercúrio). Uma PA sistólica de 140 ou mais é considerada HAS. Há também a PA diastólica, que indica a pressão nas artérias quando o coração está em repouso, entre uma batida e outra. Um número normal de PA diastólica é inferior a 80, sendo que igual ou superior a 90 é considerada HAS. Essa patologia é herdada dos pais em 90% dos casos. Em uma minoria, a HAS pode ser causada por uma doença relacionada, como distúrbios da tireoide ou em glândulas endócrinas, como a suprarrenal. Entretanto, há vários outros fatores que influenciam os níveis de PA, entre eles: álcool, estresse, obesidade, diabetes e fumo. Além desses fatores de risco, sabe-se que a incidência da HAS aumenta com a idade. Isso porque com o passar do tempo nossas artérias começam a ficar envelhecidas, calcificadas, perdendo a capacidade de dilatar - são chamados de vasos menos complacentes. Com isso a HAS é mais fácil de acontecer - cerca de 70% dos adultos acima dos 50 ou 60 anos possuem a doença. Os sintomas da HAS costumam aparecer somente quando a pressão sobe muito: podem ocorrer dores no peito, dor de cabeça, tonturas, zumbido no ouvido, fraqueza, visão embaçada e sangramento nasal (BARROSO; KUNZ, 2013).

A HAS é a mais prevalente de todas as doenças cardiovasculares afetando mais de 36 milhões de brasileiros adultos, é um dos principais fatores de risco para a

ocorrência do acidente cérebro vascular, tromboembólico ou hemorrágico, infarto agudo do miocárdio, aneurisma arterial (por exemplo, aneurisma da aorta, doença arterial periférica), além de ser uma das causas de insuficiência renal crônica e insuficiência cardíaca. É a terceira causa de invalidez assim como envolvida em 50% das mortes causadas por doença cardiovascular. Mesmo moderado, o aumento da pressão sanguínea arterial está associado à redução da esperança de vida. Está associada a fatores de risco não modificáveis como idade, sexo, etnia/raça e hereditariedade, e a fatores de risco modificáveis clínicos quanto comportamentais e nutricionais (CIPULLO; MARTIN; SOUZA, 2010).

A HAS tem alta prevalência e baixas taxas de controle, é considerado um dos principais fatores de risco modificáveis e um dos mais importantes problemas de saúde pública. 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 (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

A HAS é um dos principais agravos à saúde no Brasil. Sabe-se que a hipertensão e suas complicações são responsáveis por alta frequência de internações, que corresponde a 600 mil casos entre 2000 e 2004, sendo a Insuficiência Cardíaca a principal causa de hospitalização entre as afecções cardiovasculares (SBC/SBH/SBN, 2010). 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. As DCV são ainda responsáveis por alta frequência de internações, ocasionando custos médicos e socioeconômicos elevados (WILLIAMS, 2010).

Uma importante consequência do envelhecimento da população mundial é a eclosão das doenças cardiovasculares, que constitui a causa mais frequente de óbito entre os idosos. No Brasil, cerca de 17 milhões de indivíduos têm hipertensão arterial, representando, assim, 35% da população de 40 anos ou mais. Além disso, estima-

se que cerca de 4% das crianças e adolescentes também sejam portadores dessa enfermidade (BRASIL, 2006).

A implantação e desenvolvimentos de políticas públicas adequadas são pilares importantes para a prevenção da HAS, dos seus fatores de risco e o cuidado ao hipertenso, pela atenção básica e vigilância epidemiológica de suas políticas. As estratégias de saúde para a prevenção e cuidados integrados a pacientes com HAS são: promover uma vida saudável (alimentação saudável, atividade física e cessação do tabaco); Prevenir invalidez e mortes prematuras devido a doenças crônicas; Tratamento eficaz e disponível para todos; Cuidar e apoiar aos indivíduos, famílias e comunidades e desenvolver autonomia para o autocuidado. É importante que a ESF esteja atenta às especificidades da população adulta de seu território e promova hábitos saudáveis, baseada nas políticas de promoção de saúde, objetivando reduzir a incidência de doenças crônicas. Grande parte da população adulta possui alguma doença crônica. Diante desta realidade, algumas ações em saúde podem ser particularmente úteis para promover o cuidado às pessoas com tais problemas, assim como para grupos de pessoas que possuam um problema em comum (BRASIL, 2015).

Dentro dos fatores de risco da HAS temos aqueles que não são modificáveis e outros que podem ser modificados. Como fatores de risco não modificáveis temos a idade, a hereditariedade e o sexo.

Quanto à idade, Lessa (2006) afirma que as idades elevadas constituem um dos fatores de risco biológico associados para a HAS. A presença de HAS em idosos merece maior atenção devido à vulnerabilidade frente às complicações cardiovasculares determinadas, não somente pela HAS, como também por outros fatores de risco que se acumulam com o passar do tempo.

Inquéritos populacionais em cidades brasileiras nos últimos 20 anos apontaram uma prevalência de HAS acima de 30%. Considerando-se valores de PA \geq 140/90 mmHg, 22 estudos encontraram prevalências entre 22,3% e 43,9%, (média de 32,5%), com mais de 50% entre 60 e 69 anos e 75% acima de 70 anos (SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO, 2010).

O caráter hereditário aparece entre os fatores envolvidos na fisiopatogênese da HAS, um terço deles pode ser atribuído a fatores genéticos. Temos como exemplo o sistema regulador da PA e a sensibilidade ao sal. A HAS pode ser entendida como uma síndrome multifatorial, de patogênese pouco elucidada, na qual interações complexas entre fatores genéticos e ambientais causam elevação sustentada da pressão. Dentre os fatores envolvidos na fisiopatogênese da HAS, um terço deles pode ser atribuído aos fatores genéticos (SAN JULIANI, 2002).

Entre os gêneros, a prevalência foi de 35,8% nos homens e de 30% em mulheres, semelhante à de outros países. 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). As taxas de morbidade e mortalidade associadas a qualquer nível de PA são menores nas mulheres do que nos homens até os 45 anos (MARTIN, 2004).

Os fatores de risco modificáveis são o tabagismo, o sedentarismo e obesidade, o stress, o consumo excessivo de sódio.

É evidente que os efeitos do tabagismo são maléficos em curto ou longo prazo para saúde. O fator vasoconstricção é o mais relevante, além de acelerar o processo de arteriosclerose. Geralmente, o fumante busca o famoso “cafezinho”, nas situações estressantes e também condicionam ao consumo de cafeína, afirma que “a cafeína e a nicotina elevam agudamente a PA” (OPARIL, 1997).

O consumo de álcool eleva a PA tanto agudo quanto cronicamente. Padrões de consumo e comportamento são os principais fatores de risco para HAS. Destacam-se o consumo excessivo de calorias e de bebidas alcoólicas, a inatividade física (OPARIL, 1997). O consumo de álcool, na idade avançada e tabagismo contribuem para o desenvolvimento da HAS ao estimular o sistema simpático, ocasionando estresse oxidativo e efeito vasoconstritor associado ao aumento de inflamações ligadas a HAS (WENZEL, SOUZA E SOUZA, 2009).

Um estudo realizado no Sul do Brasil identificou que indivíduos que ingeriam menos de 30 g de álcool por dia apresentaram menos HAS em relação aos que não consumiam (COSTA, 2007).

A Sociedade Brasileira de Hipertensão (SBH) manifesta a sua preocupação com os últimos dados divulgados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) sobre o sedentarismo no Brasil. A pesquisa revela que 46% dos adultos – um total de 67,2 milhões – são sedentários mulheres (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

A obesidade é descrita como dos principais fatores de risco para a HAS. Estudos realizados entre adolescentes de 18 anos identificaram associação positiva entre a distribuição de gordura corporal e as doenças cardiovasculares (KUSCHNIR; MENDONÇA, 2007).

Em estudo realizado por Figueiredo (2008) observou-se que a localização abdominal da gordura (obesidade abdominal) se mostrava mais associada aos distúrbios metabólicos, como as dislipidemias, a HAS, resistência a insulina e aos riscos cardiovasculares.

Já Wagnacker e Pitanga (2007) descrevem que a inatividade física se tem tornado como um fator determinante para a ocorrência de mortes e doenças. Estudo realizado na Região Sul do País identificou que em longo prazo a realização de atividade física regular possui efeito protetor para as doenças crônicas (COSTA, 2007). Além do sedentarismo, o estresse, maus hábitos alimentares, excesso de peso e a idade são fatores de risco para a HAS, que tem estimativa de acometer 5 a 10% da população com até 18 anos, ou seja, 7 milhões de crianças e adolescentes e cerca de 30% da população adulta, chegando a mais de 50% na terceira idade. Já o estresse, por exemplo, está associado diretamente às doenças do coração e à HAS – somente no Brasil, 70% da população economicamente ativa sofre deste mal. Nas crianças e adolescentes a HAS já está francamente associada ao excesso de peso e sedentarismo (BRASIL, 2015).

O índice de brasileiros com excesso de peso em 2006 era de 43%, ou seja, nos últimos nove anos o Brasil obteve um aumento significativo de 23% em relação ao período anterior. (BRASIL, 2015).

Lipp (2007) em um estudo realizado na Inglaterra com 1.259 homens identificou alterações nos níveis pressóricos entre os hipertensos durante sessões experimentais em virtude do estresse psicológico, chegando a ser considerado como um dos principais fatores do meio ambiente que contribuem para a HAS.

O consumo médio de sal no Brasil (12g/dia) é duas vezes maior que o recomendado pela Organização Mundial da Saúde (OMS). Segundo o Ministério da Saúde, a meta é reduzir até 2022 para 5g/dia (BRASIL, 2015). Segundo Molina (2003) entre os fatores nutricionais identificados, a alta prevalência de HAS está relacionada ao consumo excessivo de sódio e ao sobrepeso. Segundo estudos realizados por Figueiredo *et al.* (2008) entre populações ocidentais, o elevado consumo de sal contribuiu para que os indivíduos apresentassem maior risco para o desenvolvimento da HAS.

5 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

1º Passo: Identificação dos problemas na comunidade de Jardinópolis

Os problemas de saúde na população da área de abrangência foram identificados em reunião onde participaram a equipe da UBS Jardinópolis e uma equipe representando a comunidade. Após reunião foram identificados os seguintes problemas de saúde:

- Elevada prevalência e incidência de HAS e risco cardiovascular aumentado.
- Aumento da DM.
- Condições higiênico-ambientais desfavoráveis.
- Prática da polifarmacoterapia.
- Uso de álcool e drogas.
- Aumento do consumo de psicofármacos.
- Consumo de álcool e drogas.

2º passo: Priorização dos problemas

Depois de identificados e analisados os problemas fundamentais no diagnóstico situacional de saúde na UBS Jardinópolis em Divinópolis, mediante o processo de estimativa rápida, que possibilita obter informações sobre determinado problema de maneira rápida, com poucos gastos e com a participação da comunidade apresenta-se o Quadro 2 com a classificação de prioridades para os problemas identificados na UBS Jardinópolis.

Quadro 2 - Classificação de prioridades para os problemas identificados na UBS Jardinópolis/Divinópolis

Principais Problemas	Importância	Urgência	Capacidade enfrentamento	Seleção
Elevada prevalência e incidência de HAS e risco cardiovascular aumentado	Alta	9	Parcial	1
Polifarmacoterapia	Alta	6	Parcial	2
Elevado número de população idosa	Alta	5	Parcial	3
Alcoolismo	Alta	4	Parcial	3
Drogadição	Alta	3	Parcial	4

3º passo: Descrição do problema

Dentre os diversos problemas levantados escolheu-se a elevada incidência e prevalência de HAS e risco cardiovascular.

4º passo: Explicação do problema

A prevalência da HAS é elevada, estimando-se que cerca de 15 a 20 % da população brasileira adulta possa ser rotulada como hipertensa. Embora predomine na fase adulta sua prevalência em crianças e adolescentes não é desprezível. Considerada um dos principais fatores de riscos de morbidade e mortalidade cardiovasculares, seu alto custo social é responsável de 40% dos casos de aposentadoria precoce e de absenteísmo no trabalho em nosso meio (KOHLMANN JR., 1999).

A HAS constitui uns dos problemas fundamentais de nossa área de saúde, secundário ao elevado número de fatores de risco que estatisticamente acontece no país. Isto tem relação aos costumes e estilos de vida da população brasileira e latina, pelo qual decidimos fazer este trabalho e com ele modificar e diminuir a doença em nossa comunidade.

5º passo: identificação dos nós críticos

Os problemas considerados como nós críticos por nossa equipe de trabalho de Jardinópolis foram os seguintes:

- Processo de trabalho da equipe de saúde
- Níveis de informação da população
- Costumes, hábitos e estilos de vida da população.
- Políticas sociais e estruturas dos serviços básicos de saúde e educação.

Detalhamento de cada nó crítico.

Processo de trabalho da equipe de saúde.

Operação/Projeto: Mais Saúde. Linhas de trabalho. Acrescentar o conhecimento sobre HAS e o cuidado para diminuir o risco cardiovascular.

Resultados Esperados: Elevar 100% da sua capacidade de trabalho da equipe como gestor principal das ações de saúde na comunidade, garantindo a cobertura de 80% da população com HAS arterial e risco cardiovascular aumentado em período de 1 ano.

Produtos: Programa de capacitação individual e coletivo de educação no trabalho. Desenvolvimento dos protocolos de trabalho estabelecidos e linhas de cuidado para o risco cardiovascular modificável e hipertensão arterial

Recursos necessários:

Organizacional - Planejamento das aulas e pessoal treinado.

Cognitivos - Informações científicas e estratégicas a ser desenvolvidas. Elaboração de protocolos e projeto de linhas de trabalho

Políticos - Espaço físico, apoio da Secretaria de Saúde Municipal e da gerência de saúde local e adesão dos profissionais, com parceria do setor educação.

Nível de informação da população

Operação/Projeto: Mais Saúde. Acrescentar o conhecimento sobre HAS e o cuidado a ter para diminuir o risco cardiovascular.

Resultados Esperados: Acrescentar em 50% o número de pessoas com risco cardiovascular ao programa Hiperdia e elevar 75% de adesão ao tratamento aos usuários com HAS cadastrados.

Produtos: Avaliação do nível de informação da população de risco. Uso da rádio local e campanha educativa coletiva e individual.

Recursos Necessários:

Cognitivo - Maior conhecimento sobre as estratégias da informação, comunicação e educação para a saúde.

Organizacional - Melhor planejamento e organização da agenda de trabalho.

Político - Participação intersetorial, com apoio comunitário e do setor político local.

Financeiros - Para folhetos educativos e aquisição de recursos audiovisuais.

Costumes, hábitos e estilos de vida da população.

Operação/Projeto: Saber mais. Ampliar o conhecimento individual e coletivo para melhorar, modificar e promover costumes, hábitos e estilos de vida saudáveis.

Resultados esperados: Acrescentar em 30% a incorporação dos usuários com HAS e com pessoas com risco cardiovascular modificável aos programas de exercícios físicos e alimentação saudável em período de 1 ano.

Produtos: Programa desenhado de fomento da cultura alimentar, prática periódica de exercícios físicos com apoio da televisão e rádio local e grupos da pastoral de idoso, Uni-biótica, etc. Avaliar o nível de informação do grupo acerca das práticas alimentares saudáveis e a prática de exercícios físicos

Recursos Necessários:

Organizacional - Definir agenda e organizar atividades para promover a prática de exercícios físicos no ar livre e uma cultura de alimentação saudável.

Cognitivo - Conhecimento científico acerca dos temas abordados

Políticos - Articulação intersetorial, parceria com setor educação, a igreja, ativistas políticos locais, líderes formais e informais e mobilização social.

Financeiro - Para aquisição de folhetos e recursos audiovisuais

Políticas sociais e estruturas dos serviços de saúde.

Operação/Projeto: Viver Melhor. Melhorar a estrutura dos serviços básicos de saúde e a sua inter-relação com os níveis de atenção secundária para garantir atenção integral dos usuários com HAS e portadores de risco cardiovascular.

Resultados Esperados: Lograr o acompanhamento integral de 90% das pessoas com HAS e pessoas com risco cardiovascular atendidos, assim como garantir-lhes os medicamentos e exames previstos segundo os protocolos de trabalho.

Produtos: Contratação e capacitação de pessoal para garantir a cobertura total dos serviços básicos de saúde, assim como de recursos materiais necessários e de consultas especializadas para garantir uma atenção integral às pessoas com HAS hipertensos e pessoas com risco cardiovascular aumentado.

Recursos Necessários:

Organizacional - Adequação dos fluxos de atendimento e melhorar a referência e contra referência.

Políticos - Vontade política. Decisão e disponibilidade de recursos para estruturar os serviços de saúde com uma maior participação social.

Cognitivo - Elaboração de projetos e programas assim como sua adequação na situação atual de saúde.

Financeiro - Maior oferta de serviços de saúde e exames.

6º passo: Desenho das operações

No primeiro momento os ACS deverão levantar todos os usuários com HAS na UBS Jardínópolis. Nas reuniões de equipe farei uma capacitação aos ACS em relação à HAS. Os ACS deverão fazer visita domiciliar a todos os usuários com HAS de nosso bairro, recolhendo dados como: uso correto da terapia medicamentosa, presença de ansiedade gerada por (dificuldade econômica, laboral, familiar, de moradia, etc.), obesidade, tabagismo, sedentarismo, consumo excessivo de sal, alcoolismo. Depois disto faremos uma palestra com os usuários que possuem HAS da comunidade para informar o objetivo de nosso trabalho e influência dos fatores de risco desta doença e as complicações que ela pode gerar. Seguimento em consulta e visita domiciliar programada a cada 4 meses a todos os usuários com HAS.

Como tarefas finais tentaremos fazer mudanças nos fatores de risco presentes em cada usuário, para diminuir assim as cifras de PA de cada um deles, além da quantidade de medicamentos consumidos por dia. Pretendemos abrir agenda específica para atendimento de usuários com HAS que irão consultar-se pela primeira vez. Pode-se também incluir esses usuários em grupos operativos

específicos, realizando educação e informação sobre doença, explicando, por exemplo, a forma de uso correto dos medicamentos, bem como fazendo uma abordagem dos principais sintomas e complicações.

Em relação ao desenho das operações pretende-se aumentar o nível de informação dos usuários sobre os principais fatores de risco relativos à sua doença com o objetivo de aumentar o conhecimento dos usuários e incentivar a redução do número destes em cada um. Para isso serão criados grupos operativos específicos, e estratégias de comunicação serão necessárias para que se tenha mobilização da população participante. Para a realização desse projeto de intervenção será preciso articular parceria entre a UBS e o Centro de Referência Secundária e articular parceria entre UBS e Secretaria de Saúde do município. Outro ponto importante é o de garantir distribuição dos medicamentos necessários para tratamento da HAS.

A implantação de um dia reservado para atendimento dos usuários com diagnóstico de HAS permite acompanhar o início da doença. Existe a necessidade de manter contato direto com o Centro de Referência Secundário do município para que seja possível alcançar bons resultados.

Outra operação necessária é de modificar hábitos e estilos de vida dos usuários selecionados: incluindo cessação do tabagismo, incentivo as práticas de atividade física e boa alimentação. Mudanças no estilo de vida entram como aliado no tratamento desses usuários. Para isso é preciso de parceria com educadores físicos e fisioterapeutas na tentativa de abordar esses usuários. Serão necessários recursos financeiros e espaço apropriado para as atividades.

7º passo: Identificação dos recursos críticos.

No Quadro 3 é descrito o desenvolvimento das operações definidas para o enfrentamento dos “nos” críticos do problema “Intervenção em HAS e nos fatores de risco cardiovasculares na UBS Jardinópolis”.

Quadro 3 - Identificação dos recursos críticos

Operação/Projeto	Recursos críticos
+ Saúde	Político: conseguir o espaço na rádio local; Financeiro: aquisição de recursos audiovisuais, folhetos educativos, etc.
Juntos para vencer a Hipertensão Arterial	Cognoscitivo: conhecimento sobre o tema Político: parceria, mobilização social, disponibilização de materiais. Organizacional: auxiliar a equipe nas divulgações dos grupos
Saber +	Político: articulação intersetorial.
Viva com prazer	Cognitivo: conhecimento sobre o tema. Político: parceria da equipe de saúde, mobilização social, disponibilização de materiais. Organizacional: auxiliar a equipe nas divulgações dos grupos.
Cuidar Melhor	Político: decisão de aumentar os recursos para estruturar o serviço; Financeiro: recursos necessários para a estruturação do serviço (custeio e equipamentos).
Linha de Cuidado	Político: articulação entre os setores da saúde e adesão dos profissionais.

8º passo: Análise de viabilidade.

Foi discutida a viabilidade do projeto com a direção da assistência primária da Secretaria Municipal de Saúde (SEMUSA), os representantes do bairro e a equipe da UBS Jardinópolis, determinando que estariam garantidos por parte da SEMUSA os recursos como o fornecimento de medicamentos, a equipe de saúde garantirá as visitas dos ACS na população da abrangência, com o consequente acompanhamento e avaliação sistemática dos usuários por parte da equipe toda, em parceria com o técnico de fisioterapia da unidade tradicional São Jose. A representação do bairro garantirá um local de sua competência onde poderá ser feita as palestras para a população. No Quadro 4 é apresentado a análise de viabilidade do plano

Quadro 4 - Análise de viabilidade do plano para o problema “Alta incidência de pessoas com diabetes descompensadas.

Operações/ Projetos	Recursos críticos	Controle dos recursos críticos		Ação estratégica
		Ator que controla	Motivação	
+ Saúde Modificar hábitos de vida. da população sobre qualidade de vida. -Capacitação da equipe de saúde.	Político: conseguir o espaço na rádio local; Financeiro: para aquisição de recursos audiovisuais, folhetos educativos, etc.;	Secretário de Saúde Equipe de saúde	Favorável	Não há
Juntos para vencer a hipertensão Aumentar o nível de conhecimento dos pacientes e familiares sobre as doenças relacionadas à HAS	Cognitivo: conhecimento sobre o tema. Político: parceria, mobilização social, disponibilização de materiais. Organizacional: auxiliar a equipe nas divulgações	Secretaria Municipal de Saúde. -Equipe de Saúde. Secretaria de Educação (nutricionista).	Favorável.	Necessário apresentar o Projeto para Secretária de Educação através de ofício.
Saber + Aumentar o nível de informação da população sobre os riscos da HAS e fatores de risco cardiovascular. Conhecimento dos usuários com melhor acompanhamento da equipe de saúde.	Político: articulação com a Secretaria de Educação e Comunicação	Secretaria de Educação e Comunicação Equipe multidisciplinar: Farmacêutico, nutricionista e educador físico.	Favorável	
Viva com prazer -Aumentar o nível de conhecimento dos usuários e familiares sobre o	Cognitivo: Conhecimento sobre o tema. Político: parceria da	Secretaria Municipal de Saúde. -Equipe de	Favorável.	Não há

uso correto das medicações antihipertensivas	equipe de saúde, mobilização social, disponibilização de materiais. Organizacional: auxiliar a equipe nas divulgações dos grupos.	Saúde.		
Cuidar Melhor Estruturar os serviços de saúde para melhorar a efetividade do cuidado.	Político: decisão de aumentar os recursos para estruturar o serviço; Financeiro: recursos necessários para o equipamento da rede e para custeio (medicamentos, exames e consultas especializadas).	Prefeito Municipal Secretário de Saúde	Favorável	Apresentar projeto de estruturação da rede
Linha de Cuidado Reorganizar o processo de trabalho para melhorar a efetividade do cuidado.	Político: articulação entre os setores assistenciais da saúde.	Secretário Municipal de Saúde e equipe multidisciplinar	Favorável	

9º passo: Plano operativo

Na avaliação e monitoramento começarei com os usuários com HAS que apresentem fatores de riscos e cifras de PA descompensada. Posteriormente com todo o universo da população de estudo. A identificação destes será realizada pelos ACS ou em consulta médica de seguimento. Depois deverão ser avaliados em consulta, com registro de cifras de PA, identificando os principais fatores de riscos que podem desencadear a HAS. Posteriormente serão encaminhados à consulta de grupo para um melhor controle e seguimento em curto prazo da vigilância da PA e

avaliação do cumprimento do tratamento indicado. Essas pessoas participarão em palestras que serão feitas com o objetivo de aumentar o conhecimento dos usuários das características da HAS, causas, sintomas e complicações e os principais fatores de risco cardiovascular. Agendamento a cada quatro meses em consulta de seguimento com exames de rotina para um melhor controle da PA para avaliar se houve uma estabilização das cifras de PA e uma melhoria ou diminuição dos fatores de risco cardiovascular.

7 CONCLUSÃO

O presente projeto visa construir uma atenção mais humanizada e qualificada ao portador de HAS, onde profissionais inseridos na ESF venham proporcionar o que chamamos de educação/ promoção à saúde visando a prevenção das várias complicações que acometem os usuários que possuem essa doença. Com a execução deste projeto esperamos aprimorar o conhecimento sobre os fatores de risco associados à HAS nos usuários da UBS, intuindo uma melhoria nas cifras de PA, reduzir a incidência de doenças cardiovasculares em pessoas com HAS, obtendo mudanças no estilo de vida dos usuários e um aumento do conhecimento dos fatores de risco cardiovascular.

Pretende-se, no término desta proposta educativa, corroborar com modificações no estilo de vida dos usuários estudados, com redução do excesso de peso, a ingestão prolongada de álcool, tabagismo, incrementar a prática de atividade física, melhorar os hábitos alimentares e de vida e com eles diminuir os fatores de risco e complicações da HAS e doenças cardiovasculares e uma diminuição do número de fatores de risco cardiovascular, melhorando a qualidade de vida dos pacientes que apresentam doença hipertensiva evitando a aparição cedo de complicações que produzem um alto número de internações e um aumento da mortalidade nos pacientes com HAS.

REFERENCIAS

BARROSO, S; KUNZ. W. Sociedade Brasileira de Cardiologia. **Presidentes das SBC/DHA**. v. 101, n. 6, Suplemento 2, 2013. Disponível em <<http://www.arquivosonline.com.br>>. Acesso em: dezembro 2015.

BRASIL. Agencia Nacional de Saúde Suplementar. **Manual Técnico de Promoção da saúde e Prevenção de Riscos e Doença na Saúde Suplementar**. 2015. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br>>. Acesso em: 15 Maio. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. III Consenso Brasileiro de Hipertensão Arterial. **Hipertensão Arterial: diagnóstico e classificação**. Capítulo I. Brasília, 2001. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/bvs/publicacoes/III_consenso_bras_hip_arterial.pdf>. Acesso em: 15 jan.2016.

CAMPOS, C. C.; FARIA, H. P.; SANTOS, M. A. **Planejamento e avaliação das ações de Saúde**. 2 ed. Belo Horizonte: NESCON/UFMG, Coopmed, 2010. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0273.pdf>>. Acesso em: 04 jan. 2016.

CIPULLO, J.P., MARTIN, J.F.; SOUZA, L. A. Prevalência e Fatores de Risco para Hipertensão em uma População Urbana Brasileira. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 94, n.4, p. 519-526, 2010. Disponível em <<http://www.scielo.br/scielo.php>>. Acesso em: 04 jan. 2016.

COSTA, J. S. D. Prevalência da hipertensão arterial em adultos e fatores associados: um estudo de base populacional urbana em Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. **Arquivo Brasileiro de Cardiologia**, v. 88, n.1, p.59-65, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0066-782X2007000100010&script=sci_arttext>. Acesso em:05 jan. 2016

DIVINÓPOLIS. 2016. Mapas. Disponível em: <<https://www.google.com.br/maps/place/Divinópolis/MG>> Acesso em: 02 jan. 2016.

FIGUEIREDO, R.C. Obesidade e sua relação com fatores de risco para doenças cardiovasculares em uma população Nipo-Brasileira. **Arquivo Brasileiro de Endocrinologia Metabólica**, v. 52, n. 9, p.52-9, 2008. Disponível:

<http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S000427302008000900011&script=sci_arttext&tlng=es>. Acesso em: 05 jan. 2016

KOHIMANN. O. JR, **III Consenso Brasileiro de Hipertensão Arterial**. Disponível em: <<https://www.scielo.br/scielo.php?...2730199900040000>>. Acesso em: 02 jan. 2016.

KUSCHNIR, M. C. C.; MENDONÇA, G. A. S. Fatores de risco associados à hipertensão arterial em adolescentes. **Jornal de Pediatria**, v. 83, n. 4, 2007. Disponível:
<http://www.scielo.org/scielo.php?pid=S003489102009005000059&script=sci_abstract&tlng=em>. Acesso: 05 jan. 2016

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. 2015. Disponível em: < <http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em: 11 de Jan. 2016

LIPP, M. E. N. Controle do estresse e hipertensão arterial sistêmica. **Revista Brasileira de Hipertensão**, v.14, n.4, p.89-93, 2007. Disponível em: < http://www.puc-campinas.edu.br/rep/pos/docentes/producao_cientifica/AP_Marilda_Lipp_Control_e_S_tress>. Acesso em: 11 de Jan. 2016

LESSA, B. I. Hipertensão arterial na população adulta de Salvador (BA)- Brasil. **Arquivo Brasileiro de Cardiologia**, v. 87, n. 6, p.747-59, 2006. Disponível: <<http://www.scielo.br/pdf/%0D/abc/v87n6/11.pdf> >. Acesso em: 11 de Jan. 2016

MAIA, D.O.D. Secretaria de Saúde de Divinópolis. **Plano de Saúde Municipal**. Município Divinópolis 2014.

MARTIN, J.F.V. Perfil de crise hipertensiva. Prevalência e Apresentação Clínica. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 83, n. 2, p.125-130, 2004. Disponível: <<http://www.scielo.br/pdf/abc/v83n2/v83n2a04.pdf>>. Acesso em: 04 jan 2016

MOLINA, M. C. B. Hipertensão arterial e consumo de sal em população urbana. **Revista de Saúde Pública**, v. 37, n. 6, p. 743-50, 2003. Disponível: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0066782X2008001800008&script=sci_arttext> Acesso em: 11 de Jan. 2016.

SANJULIANI, A. F. Fisiopatologia da hipertensão arterial: conceitos teóricos úteis para a prática clínica. Sociedades 2002. **Revista da SOCERJ**, 2002. Disponível em <<https://>

www.sociedades.cardiol.br/socerj/revista/2002.../a2002_v15_n04_art02.pdf>. Acesso em: 04 jan 2016.

NORMANDIA, M. Diagnóstico de saúde ESF Jardinópolis. 2014. Diagnóstico da unidade de estratégia de Saúde da família Jardinópolis. Divinópolis 2014. (Material Impresso)

OPARIL, S. Hipertensão arterial. In: BENNETT, J. C. *et al.* **Cecil. Tratado de medicina interna**. 20^a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1997. v.1, p. 285-301

SAÚDE, B. M. **Hipertensão Arterial**. Caderno de Atenção Básica n. 15. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: dab.saude.gov.br/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcad15.pdf> p. 6–24. Acesso em: 02 jan. 2016.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão 2010. **Arquivos Brasileiros Cardiologia**, v. 95 (supl 1), p. 1–51 Disponível em: <[publicações.cardiol/consenso/2010_diretriz_hipertensao_associados.pdf](http://publicacoes.cardiol/consenso/2010_diretriz_hipertensao_associados.pdf)>: pag 1–48. Acesso em: 02 jan. 2016.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSAO 2016. Disponível em: <<https://www.sbh.org.br/geral/oque-e-hipertensao.asp>, 1-2>. Acesso em: 02 fev. 2016.

WAGMAKER, D.S.; PITANGA, F. J. G. Atividade física no tempo livre como fator de proteção para a hipertensão arterial sistêmica. **Revista Brasileira de Ciência e Movimento**, v. 15, n. 1, p.69-74, 2007. Disponível: <<http://portalrevistas.ucb.br/index.php/RBCM/article/view/1027/933>>. Acesso: 05 jan. 2016

WENZEL, D; SOUZA, J.M.P; SOUZA, S.B. Prevalência de hipertensão arterial em militares jovens e fatores associados. **Revista de Saúde Pública**, v. 43, n. 5, p. 789-95, 2009. Disponível: <http://www.scielo.org/scielo.php?pid=S0034-89102009005000059&script=sci_abstract&tlng>. Acesso em: 05 jan. 2016.

WILLIAMS, B. The year in hypertension. **Journal of the American College of Cardiology**, v. 55, n. 1, p. 66–73, 2010.