

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALFENAS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

YORDAN HUMBERTO VEGA GONZALEZ

**PLANO DE INTERVENÇÃO: REDUÇÃO DA HIPERTENSÃO
ARTERIAL NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA
"JARDIM OLÍMPICO" DO MUNICÍPIO DE MONTES
CLAROS/MG**

**MONTES CLAROS - MINAS GERAIS
2016**

YORDAN HUMBERTO VEGA GONZALEZ

**PLANO DE INTERVENÇÃO: REDUÇÃO DA HIPERTENSÃO
ARTERIAL NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA
JARDIM OLÍMPICO DO MUNICÍPIO DE MONTES
CLAROS/MG**

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

Orientadora: Profa. Dra. Maria Marta Amancio Amorim

**MONTES CLAROS - MINAS GERAIS
2016**

YORDAN HUMBERTO VEGA GONZALEZ

**PLANO DE INTERVENÇÃO: REDUÇÃO DA HIPERTENSÃO
ARTERIAL NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA
JARDIM OLÍMPICO DO MUNICÍPIO DE MONTES
CLAROS/MG**

Banca examinadora

Profa. Dra. Maria Marta Amâncio Amorim - orientadora

Profa. Ms. Maria Dolôres Soares Madureira - examinadora

Aprovado em Belo Horizonte, em 17 de junho de 2016.

DEDICATÓRIA

Honra-me dedicar este trabalho a todas as pessoas que de uma forma incondicional, brindaram seu apoio e sua confiança e aos quais devo o que sou.

À comunidade de Jardim Olímpico: que me acolheu.

À minha equipe: que compartilhou comigo na busca do conhecimento.

Aos meus pais: pelo apoio que me oferecem a cada dia.

Ao meu filho: meu mais apreciado tesouro e minha razão de ser.

Aos meus professores: que com paciência e dedicação me ajudaram.

AGRADECIMENTOS

Toda obra humana por muito humilde que seja, necessita da contribuição de várias pessoas. Jamais o homem alcançou a meta sozinho, sempre foi ajudado de alguma maneira e se algo o enaltece é a gratidão. Ao início de um trabalho desta índole, já são muitos os que colaboram. Mencionar a todos é impossível, esquecer-me de algum seria imperdoável. Portanto quero expressar em estas linhas, meu eterno reconhecimento a quem contribuiu de uma forma ou outra para a realização de este trabalho.

“Medicar o sintoma de qualquer doença sem explorar sua causa inicial é apenas um modo classicamente e ocidental de achar que qualquer um poderia melhorar de verdade”. Elizabeth Gilbert

RESUMO

Estima-se a hipertensão arterial sistêmica (HAS) como uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial, maior/igual 140 por 90 mmHg. 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. O objetivo deste projeto é elaborar um plano de intervenção com vistas a diminuir o alto percentual de usuários com HAS da área de abrangência da Estratégia de Saúde Familiar (ESF) Jardim Olímpico, município de Montes Claros/MG. Para a elaboração do plano de intervenção foi realizada uma pesquisa bibliográfica sobre o tema com base em dados eletrônicos de bibliotecas virtuais como Scientific Electronic Library Online, Biblioteca Regional de Medicina, Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde, Google Acadêmico, por meio dos seguintes descritores: Hipertensão Arterial e Estratégia Saúde da Família. Além disso, utilizaram-se outros sítios eletrônicos relacionados com o Ministério da Saúde; baseado nos módulos do Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, disponíveis na Plataforma Ágora. Foi utilizado o método de planejamento denominado Planejamento Estratégico Situacional, após processados os problemas identificados no diagnóstico situacional da área de abrangência da ESF Jardim Olímpico, foram propostas operações para enfrentamento do problema identificado como prioritário. Para a descrição do problema e melhor explicação do mesmo considerou importante entender a gênese do problema que estamos enfrentando a partir da identificação de suas causas com o objetivo de elaborar um plano de intervenção com vista a diminuir o alto percentual de pessoas com HAS em nossa área de abrangência. Através deste plano pretendemos incrementar o nível de informação da população sobre os fatores de riscos e consequências da HAS assim como modificar os hábitos e estilos de vida de nossa população para obter uma melhor saúde e qualidade de vida.

Palavras-chave: Saúde da Família. Hipertensão.

ABSTRACT

It is estimated the hypertension as a clinical condition characterized by multiple and sustained levels of blood pressure, greater/equal to 140 x 90 mmHg. Is an important risk factor for diseases caused by atherosclerosis and thrombosis, which predominantly passing by cardiac involvement, renal, cerebral and peripheral vascular. The goal of this project is to draw up a contingency plan in order to reduce the high percentage of users with hypertension the area of the family health strategy Olympic Garden municipality of Montes Claros/MG. For the elaboration of action plan was held a bibliographical research on the topic of electronic data-based virtual libraries as Scientific Electronic Library Online, Bibliotheca Regional de Medicine, Latin American literature and the Caribbean Health Sciences, Google Scholar, using the following keywords: Hypertension and the family health strategy. Also used other electronic sites relating to the Ministry of health; based on the modules of the specialization course in basic care in family health, available on Agora Platform. We used the planning method called situational strategic planning. After processed the problems identified in the situational diagnosis of the area covered by the fFamily health strategy Olympic Garden, were proposed operations to confront the problem identified as a priority. For a description of the problem and better explanation of it was considered important to understand the genesis of the problem that we are facing from the identification of its causes in order to draw up a contingency plan in order to reduce the high percentage of people with hypertension in our area. Through this plan we aim to increase the level of information of the population about the risk factors and consequences of hypertension as well as modify the habits and lifestyles of our population for better health and quality of life.

Keywords: Family health. Hypertension

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
ADSL	Asymmetric Digital Subscriber Line
BIREME	Biblioteca Regional de Medicina
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CCZ	Centro Controle de Zoonoses
CEO	Centro de Especialidade Odontológica
CEMIG	Companhia Energética de Minas Gerais
CEREST	Centro Referência em Saúde dos Trabalhadores
COS	Centro de Oftalmologia Social
COPASA	Companhia de Saneamento de Minas Gerais
DASH	Dietary Approaches to Stop Hypertension
DCV	Doença Cardiovascular
DM	Diabetes Mellitus
DRC	Doença Renal Crônica
ESF	Estratégia Saúde da Família
EBS	Equipe Básica de Saúde
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
ICA	Instituto de Ciências Agrárias
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
LDL	Low Density Lipoproteins
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MG	Minas Gerais
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
SCIELO	Scientific Electronic Library Online
SENAC	Serviço Nacional de Aprendizagem Comercial
SIAB	Sistema de Informações de Atenção Básica
SNA	Sistema Nervoso Autônomo
SNP	Sistema Nervoso Parassimpático

SNS	Sistema Nervoso Simpático
SUS	Sistema Único de Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PA	Pressão Arterial
PES	Planejamento Estratégico Situacional
PIB	Produto Interno Bruto
PNUD	Programa Nações Unidas
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFMG	Universidade Federal Minas Gerais

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	12
1.1 Descrição do município.....	12
1.2 Aspectos sanitários.....	13
1.3 Aspectos socioeconômicos.....	13
1.4 Aspectos demográficos.....	14
2. JUSTIFICATIVA.....	20
3. OBJETIVOS	22
4. METODOLOGIA.....	23
5. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA.....	24
6. PROPOSTA DE INTERVENÇÃO.....	28
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	40
REFERÊNCIAS.....	41

1. INTRODUÇÃO

1.1 Descrição do Município

Montes Claros é um município brasileiro no norte do estado de Minas Gerais. Localiza-se a norte da capital do estado, distando desta cerca de 422 km². Ocupa uma área de 3 582,034 km², sendo que 38,7 km² estão em perímetro urbano e os 3543,334 km² restantes constituem a zona rural. Situa-se a 16°44'06" de latitude sul e 43° 51' 43" de longitude oeste. Está a uma distância de 422 quilômetros ao norte da capital mineira. Faz limites com os municípios de São João da Ponte, a norte; Capitão Enéas, a nordeste; Francisco Sá, a leste; Juramento e Glaucilândia, a sudeste; Bocaiuva e Engenheiro Navarro, a sul; Claro dos Poções, a sudoeste; São João da Lagoa e Coração de Jesus, a oeste; e Mirabela e Patis, a noroeste. (IBGE, 2010).

O município de Montes Claros, até a década de 1760, era habitado apenas pelos índios Anais e Tapuias. Em 1768, a Expedição Espinosa, desbravou a região à procura de pedras preciosas, e embrenharam-se pelo sertão do Norte da Capitania de São Paulo e Minas de Ouro. Fernão Dias Pais, o governador, organizou uma bandeira, para conquistar aquela região. Antônio Gonçalves Figueira, que pertencia à Bandeira de Fernão Dias, abandonou o chefe, que voltou para São Paulo. Por volta do ano de 1707, Antônio Gonçalves Figueira obteve a sesmaria de uma légua de largura por três comprimentos, que constituiu a Fazenda de Montes Claros (uma das três fazendas). Formigas foi o segundo povoado da Fazenda Montes Claros. 124 anos após este arraial já estava suficientemente desenvolvido para tornar-se independente, desmembrando-se de Serro Frio (atual Serro), sendo elevado à categoria de Vila pela Lei de 13 de outubro de 1831, recebendo o nome de "Vila de Montes Claros de Formigas". Em 1857, a então Vila Montes Claros de Formigas possuía pouco mais de 2 mil habitantes, e pela Lei 802 de 3 de julho daquele ano, a Vila passou à cidade - com o nome de Montes Claros. (MONTES CLAROS, 2015).

Atualmente é formada por dez distritos: Aparecida do Mundo Novo, Ermidinha, Miralta, Montes Claros (Sede), Nova Esperança, Panorâmica, Santa Rosa de Lima, São João da Vereda, São Pedro de Garça e Vila Nova de Minas.

Em 2014 sua população foi estimada pelo IBGE em 390 212 habitantes. Na área urbana, a distribuição espacial da população está diretamente relacionada à condição social dos moradores, gerando desigualdade econômica na cidade. Bairros

localizados próximos ao centro possuem população com maior poder aquisitivo, enquanto que a periferia é onde estão localizados os mais subdesenvolvidos (MONTES CLAROS, 2015).

1.2 Aspectos sanitários

Em 2009, o município possuía 224 estabelecimentos de saúde entre hospitais, prontos-socorros, postos de saúde e serviços odontológicos, sendo 83 deles públicos e 141 privados. Neles a cidade possuía 921 leitos para internação, sendo que 241 estão nos públicos e os 680 restantes estão nos privados (IBGE, 2009).

Na cidade existem seis hospitais gerais, sendo um público, dois privados e três filantrópicos. São exemplos de hospitais da cidade o Aroldo Tourinho, Clemente de Farias (Universitário), Fundação Hospitalar Dílson de Quadros Godinho (São Lucas), Alfheu de Quadros e Santa Casa (HOJE EM DIA, 2011).

O município possui água tratada, energia elétrica, esgoto e limpeza urbana. O serviço de abastecimento de água, assim como em toda a região, é feito pela Companhia de Saneamento de Minas Gerais (COPASA), mesma responsável pela coleta de esgoto.

1.3 Aspectos Socioeconômicos

O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) é uma medida comparativa usada para classificar os países pelo seu grau de "desenvolvimento humano" e para ajudar a classificar os países como desenvolvidos (desenvolvimento humano muito alto), em desenvolvimento (desenvolvimento humano médio e alto) e subdesenvolvidos (desenvolvimento humano baixo). A estatística é composta a partir de dados de expectativa de vida ao nascer, educação e Produto Interno Bruto (PIB), como um indicador do padrão de vida, recolhidos a nível nacional. Cada ano, os países membros da Organização Das Nações Unidas são classificados de acordo com essas medidas. O IDH também é usado por organizações locais ou empresas para medir o desenvolvimento de entidades subnacionais como estados, cidades, aldeias, etc.

O IDH mede um território segundo a Longevidade, Educação e Renda de seus habitantes. O IDH-M de Montes Claros é considerado alto pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD). Seu valor é de 0,770, sendo o 227º maior de todo país (entre 5 565 municípios). A cidade possui a maioria dos indicadores médios e parecidos com os da média nacional segundo o PNUD, tem com uma taxa de urbanização da ordem de 90 % (PNUD, 2013).

O PIB de Montes Claros é o maior de sua microrregião, destacando-se na área de prestação de serviços. A economia de Montes Claros é diversificada pelas atividades agropecuárias, industriais e de prestação de serviços. A principal fonte econômica está centrada no setor terciário, com seus diversos segmentos de comércio e prestação de serviços de várias áreas, como na educação e saúde. Em seguida, destaca-se o setor secundário, com complexos industriais de grande porte, além das unidades produtivas de pequeno e médio portes. A agricultura é o setor menos relevante da economia de Montes Claros (MONTES CLAROS, 2011).

No município, assim como em quase todo o estado de Minas Gerais, o serviço de abastecimento de energia elétrica é feito pela Companhia Energética de Minas Gerais (CEMIG). Ainda há serviços de *internet* discada e banda larga (ADSL) sendo oferecidos por diversos provedores de acesso gratuitos e pagos. O serviço telefônico móvel, por telefone celular, também é feito por várias operadoras.

Considerada um polo universitário, Montes Claros também conta com a presença de duas universidades públicas e diversas faculdades privadas que oferecem cursos nas diversas áreas. São elas a Universidade Estadual de Montes Claros (UNIMONTES) e a Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), por meio do Instituto de Ciências Agrárias – ICA (MONTES CLAROS, 2015).

1.4 Aspectos Demográficos

Em 2010, a população do município foi contada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em 361 915 habitantes, sendo o sexto mais populoso do estado e o 62º do país e apresentando uma densidade populacional de 101,05 habitantes por km² (IBGE, 2009). Na Tabela 1 estão descritos os aspectos demográficos do município: Segundo o censo de 2010, 174 249 habitantes eram homens e 187 666 habitantes mulheres. Ainda segundo o mesmo censo, 344 479 habitantes viviam na zona urbana e 17 492 na zona rural (IBGE, 2009).

Tabela 1: Aspectos Demográficos do Município:

Idade	Total	Número de Indivíduos	
		Masculino	Feminino
Menor 1 ano	5170	2598	2572
1 – 4	20583	10466	10117
5 – 9	27637	13957	13680
10 – 14	31553	15854	15699
15-19	34143	16797	17346
20-24	37278	17947	19331
25-29	35505	17160	18345
30-34	31608	15173	16435
35-39	26940	12884	14056
40-44	24411	11585	12826
45-49	21592	10168	11424
50-54	18223	8634	9589
55-59	14243	6596	7647
60 ou mais	33029	14430	18599
TOTAL	361915	174249	187666

Fonte: DATASUS (2010).

1.5 Atenção Primária à Saúde

A rede de saúde da Atenção Básica conta com 59 Equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF), 14 Equipes de Agentes Comunitários da Saúde (ACS), 13 Centros de Saúde, 2 Policlínicas, 2 Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), 1 Centro de Controle de Zoonoses (CCZ), 1 Centro de Referência em Doenças Infecciosas, 1 Centro de Oftalmologia Social (COS), 1 Centro Referência em Saúde dos Trabalhadores (CEREST), 24 Consultórios Odontológicos em Escolas, 15 Consultórios odontológicos em Centro de Saúde, 45 Consultórios Odontológicos em (ESF), 2 Farmácias Populares, 1 Hospital – Doutor Alpheu de Quadros.

Promove uma assistência humanizada e integral a 213.000 habitantes, correspondendo a uma cobertura de 59% da população geral. As áreas definidas

para a implantação dessas equipes foram áreas localizadas no cinturão periférico da parte leste, nordeste, norte, noroeste e sul do município (SIAB, 2009).

A estrutura administrativa responsável pela gestão da assistência à saúde é a Secretaria Municipal de Saúde, que atua em consonância com as diretrizes definidas pelo SUS, objetivando a promoção da saúde e a qualidade de vida da população, implementando políticas que, direta ou indiretamente, estão relacionadas à saúde, através de ações integrais e Inter setoriais, de forma resolutiva, humanizada, com equidade e participação popular. Atualmente o município tem gestão plena da atenção básica. Montes Claros município considerado polo da macrorregião de saúde, presta assistência à saúde da população do próprio município e de vários municípios da macrorregião e Bahia. Isso acarreta uma sobrecarga ao sistema de saúde municipal, dificulta o acesso da população, como consequência, temos hospitais superlotados. Montes Claros hoje atende os municípios vizinhos desde a baixa até a média complexidade.

Nossa UBS Jardim Olímpico foi inaugurada há cerca de dois anos e funciona em uma casa alugada que foi adaptada para ser uma unidade de saúde. A casa é moderna, porém bem conservada. Sua área pode ser considerada inadequada, considerando-se a demanda e a população coberta (2631 pessoas cadastradas), embora o espaço físico seja muito bem aproveitado. Está situada na Rua 26, número 41, bairro Novo Delfino, município de Montes Claros.

A área destinada à recepção é pequena, razão pela qual nos horários de pico de atendimento ocorre certo tumulto na unidade. Não existe espaço nem cadeiras para todos e muitos têm que aguardar o atendimento em pé. Não existe sala de reuniões, elas se fazem na mesma sala de espera, e as conversas se ouvem dentro de consultório médico, igual acontece com a sala de procedimentos de enfermagem que é muito pequena e as aerosolterapias tem lugar na mesma sala de espera atrapalhando o trabalho, porque o aparelho de fazer as inalações faz muito barulho.

A UBS é bem localizada e de fácil acesso para a comunidade. Quantos aos funcionários são habilitados para o seu cargo. Os equipamentos de trabalho são de acordo com cada profissional. A população usa o SUS quase 100 %

A área de abrangência da ESF Jardim Olímpico inclui: Santo Antônio, Camilo Prates, Vila Anália, Jardim Palmeiras e Delfino Magalhães e conta com seis micro áreas com as seguintes composições. Na Tabela 2 estão descritas as micro áreas da UBS Jardim Olímpico.

Tabela 2. Micro áreas da UBS Jardim Olímpico

Micro área	Famílias	Habitantes
01	118	392
02	122	425
03	122	414
04	114	532
05	111	437
06	133	435
Total	720	2635

Fonte: Dados fornecidos pela UBS Jardim Olímpico

Neste território, a UBS onde atua a ESF está localizada na área periferia da zona urbana, sendo o seu horário de funcionamento de 07h30min as 17h00min horas. Todos os profissionais da equipe trabalham 8 horas diárias, o que totaliza 40 horas semanais. A composição da equipe é um médico, uma enfermeira, uma técnica de enfermagem e seis ACS.

Na UBS tem uma agenda para o médico e para a enfermeira, no horário da manhã o médico faz atendimento de demanda espontânea levantada após escuta da enfermeira no acolhimento. Normalmente as demandas programadas são atendidas no turno vespertino, como por exemplo, pré-natal, puericultura, consulta de usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM) e retornos e demandas postas pelos indivíduos em algumas circunstâncias como a realização de alguns exames preventivos ou o tradicional check-up, também as visitas domiciliares várias vezes por semana de acordo com as necessidades dos usuários. Os usuários que são avaliados depois de uma conduta terapêutica e precisam encaminhamentos vão para outros centros de atenção especializada, mantendo o fluxo do município e acessibilidade.

A enfermeira realiza a escuta programada em horário definido pela secretaria de saúde de segunda feira a sexta feira de 07h30min as 09h00min horas para agendamento das consultas de demanda espontânea, após de esse horário ao longo do dia todos os usuários que procuram a unidade são acolhidos por alguém da equipe e pela enfermeira para triagem das urgências a ser encaminhadas ao médico. A agenda da enfermeira é feita mensalmente dividida em atividades de atendimento no consultório (pré-natal, puericultura, consulta de enfermagem),

grupos operativos, visita domiciliar, capacitação de equipe e dois turnos semanais para atividades administrativas.

A técnica de enfermagem realiza visitas domiciliares para acompanhamentos de usuários com HAS e DM em quatro turnos semanais, os demais turnos são para realização de procedimentos de enfermagem na unidade, realização de curativos domiciliares, limpeza, preparo e esterilização de materiais.

Todos os dias os ACS fazem visitas para coletar informações e ações preventivas e educativas individuais e coletivas na casa daquelas pessoas que é impossível assistir a consulta por apresentar deficiências físicas, aqueles que moram sozinhos e acompanhamentos de usuários com doenças crônicas, gestantes e crianças. Outra coisa muito importante são os grupos operativos das atividades de promoção e prevenção para contribuir a melhorar a saúde da comunidade.

As características do território adscrito à UBS apresentam áreas de risco com lotes vagos, construções inacabadas, algumas ruas sem pavimentação, mato, esgoto a céu aberto, pontos de venda de drogas. O bairro é bem situado, há luz elétrica, telefonia fixa e móvel. O bairro Jardim Olímpico é parcialmente coberto por esgoto, água filtrada e tratada pela COPASA. Os recursos da comunidade são poucos porque os governantes não importam muito com a periferia da cidade, somente o básico.

A população adstrita à UBS é de classe média e baixa em geral, tem um índice alto em pobreza. O nível de alfabetização varia entre ensino fundamental e médio, 90% da população é alfabetizada. No bairro existem duas escolas municipais, dois particulares e uma creche, no bairro há várias igrejas evangélicas e somente uma igreja católica. Também possui um hospital de pronto atendimento no bairro vizinho, há laboratórios, bancos e Correios nos bairros mais próximos.

A população em geral vive bem dentro dos seus recursos, de acordo com a renda de cada um. A renda familiar é em torno de um salário mínimo. A taxa de emprego das pessoas acima de 25 anos é de mais ou menos de 70 %. E os jovens de 18 a 25 de um 50 %. Os principais postos de trabalho são no comércio e serviços gerais como pedreiros e funcionários públicos do estado e da prefeitura. A UBS tem 720 famílias e 2635 pessoas que são atendidas pela UBS.

Os agravos que mais acometem a população são: HAS, consumo excessivo de medicamentos estupefacientes, dislipidemias, doenças somáticas (tendinite,

bursite, lombalgias e artroses), doenças respiratórias (rinofaringite, sinusite, amigdalite, bronquite e otite aguda) e parasitoses.

2. JUSTIFICATIVA

A HAS 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. Essa multiplicidade de consequências coloca a Hipertensão Arterial na origem das doenças cardiovasculares e, portanto, caracteriza-a como uma das causas de maior redução da qualidade e expectativa de vida dos indivíduos (PASSOS, ASSIS, BARRETO, ,2006).

A HAS é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial (PA), PA maior/igual 140 x90 mmHg. Associa-se frequentemente, às alterações e/ou estruturais dos órgãos-alvo (coração, encéfalo, rins, e vasos sanguíneos) e as alterações metabólicas, com o risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais. (BRASIL, 2013).

A prevalência no Brasil varia entre 22% e 44% para adultos (32% em média), chegando a mais de 50% para indivíduos com 60 a 69 anos e 75% em indivíduos com mais de 70 anos (BRASIL, 2013).

As doenças cardiovasculares são importantes causas de morbimortalidade e geram altos custos econômicos, e que aumentam progressivamente com o aumento da PA.

O controle adequado dos usuários com HAS deve ser uma das prioridades da Atenção Básica a partir do princípio de que o diagnóstico precoce, o bom controle e o tratamento adequado dessa afecção são essenciais para diminuição dos eventos cardiovasculares adversos indivíduos com mais de 70 anos (NOBRE *et al.*, 2010).

A HAS tem alta prevalência e baixas taxas de controle. “A mortalidade por doença cardiovascular aumenta progressivamente com a elevação da PA a partir de 115/ 75 mmHg de forma linear, contínua e independente” (NOBRE *et al.*, 2010).

Apesar de apresentar uma redução significativa nos últimos anos, as doenças cardiovasculares tem sido a principal causa de morte no Brasil (BRASIL, 2013).

A mortalidade por doença cardíaca hipertensiva cresceu 11%, fazendo aumentar para 13% o total de mortes atribuíveis a doenças cardiovasculares, sendo responsáveis por 33% dos óbitos com causas conhecidas. Estão associados com a ocorrência desta doença crônica os fatores hereditários que tem um papel muito importante e todas estas causas trazem como consequência mais adiante infarto,

Acidente Vascular Cerebral, doença renal crônica e isto pode provocar o aumento de invalidez, aposentadoria precoce, aumento do desemprego e aumento na mortalidade (BRASIL, 2013).

Negligenciar o tratamento da HAS pode, segundo o Conteúdo Técnico da Linha-Guia de HAS, DM e Doença Renal Crônica (BRASIL, 2013) acarretar as seguintes complicações crônicas (lesões em órgãos-alvo): hipertrofia ventricular esquerda, doença arterial coronariana, insuficiência cardíaca, doença vascular periférica, nefropatia hipertensiva, ataque isquêmico transitório e acidente vascular cerebral, retinopatia hipertensiva.

Desta forma, considerando o percentual significativo de usuários com HAS residentes na área de abrangência da ESF Jardim Olímpico (11,35%), torna-se necessário elaborar um plano de intervenção a fim de diminuir a alta incidência de pessoas com HAS na área e conseqüentemente reduzir a morbimortalidade por essa doença no território.

Neste contexto, ressalta-se que das 2635 pessoas residentes na área de abrangência da equipe, 233 tem HAS, o que corresponde a 11,35% da população (dados fornecidos pela equipe), sendo que, de acordo com os registros da equipe, a maioria das pessoas com HAS é do sexo feminino, tem mais de 50 anos.

Sendo assim, considerando as causas do alto percentual de pessoas com HAS a equipe identificou como nós críticos desse problema: hábitos e estilos de vida inadequados, estrutura dos serviços de saúde, nível de informação (falta de entendimento sobre o uso correto da medicação e pouco conhecimento sobre os riscos da não adesão ao tratamento medicamentoso).

3. OBJETIVOS

São os seguintes os objetivos desse trabalho:

Objetivo geral

Elaborar um plano de intervenção com vistas a diminuir o alto percentual de usuários com HAS da área de abrangência da ESF Jardim Olímpico município de Montes Claros/MG.

Objetivos específicos

Incrementar o nível de informação da população sobre os fatores de riscos e consequências da HAS na área de abrangência da Equipe Jardim Olímpico do município de Montes Claros/MG

Modificar os hábitos e estilos de vida dos usuários com HAS para que possam ter uma melhor saúde e qualidade de vida.

4. METODOLOGIA

Para a elaboração do plano de intervenção foi realizada uma pesquisa bibliográfica sobre o tema com base em dados eletrônicos de bibliotecas virtuais como SCIELO (Scientific Electronic Library Online), BIREME (Biblioteca Regional de Medicina), LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), Google Acadêmico, por meio dos seguintes descritores: Hipertensão Arterial e Estratégia Saúde da Família. Além disso, utilizaram-se outros sítios eletrônicos relacionados com o Ministério da Saúde; baseado nos módulos do Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, disponíveis na Plataforma Ágora,

Foi utilizado o método de planejamento denominado Planejamento Estratégico Situacional (PES), desenvolvido pelo chileno Carlos Matus, (MATUS, 2004). Após processados os problemas identificados no diagnóstico situacional da área de abrangência da ESF Jardim Olímpico, foram propostas operações para enfrentamento do problema identificado como prioritário.

5. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Segundo Nobre *et al.* (2010), define-se HAS como uma afecção clínica multifatorial, que se caracteriza por elevados níveis de PA, sendo um dos principais fatores de risco modificáveis relacionado às Doenças Cardiovasculares (DCV) e outras doenças crônicas.

A prevalência estimada da HAS em Minas Gerais é de 20% na população maior ou igual a 20 anos de idade (MEIRELES *et al.*, 2013).

A hipertensão arterial é uma afecção considerada um dos principais problemas de saúde pública, devido a sua alta prevalência e a elevação do risco cardiovascular individual e o aumento da mortalidade por DCV (NOBRE *et al.*, 2010).

De acordo com a VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão (NOBRE *et al.*, 2010) a linha demarcatória que define HAS, em adultos, considera valores de PA sistólica ≥ 140 mmHg e/ou de PA diastólica ≥ 90 mmHg, medidas em consultório. O diagnóstico deverá ser sempre validado por medidas repetidas, em condições ideais, em, pelo menos, três ocasiões. A utilização de diferentes índices de PA ou de menor número de aferições de PA para diagnóstico de HAS pode variar de acordo com o risco cardiovascular individual. Por exemplo, usuários com PA $\geq 140/90$ mmHg com risco cardiovascular alto, muito alto ou PA $\geq 180/110$ mmHg já podem ter o diagnóstico de HAS confirmado com aferições em duas ocasiões diferentes, enquanto, usuários com menores índices de PA e risco cardiovascular baixo ou médio, devem ter o diagnóstico validado apenas após medidas repetidas de PA, em pelo menos três ocasiões.

Para detecção precoce, o rastreamento da HAS deve ser realizado por meio da medida da PA em toda consulta clínica, a partir dos 3 anos de idade, idade a partir da qual deve ser aferida a PA pelo menos anualmente (MEIRELES *et al.*, 2013).

Segundo Roese *et al.* (2011), os municípios que possuem a ESF realizam o cadastro e o acompanhamento à população adstrita com HAS. Apesar disso, o número de usuários acompanhados, em geral, é menor do que o de usuários cadastrados, algumas vezes devido à dificuldade de acesso aos serviços de saúde, ou a busca pelos mesmos apenas em momentos de agudização da doença.

Segundo Nobre *et al.* (2010) e Meireles *et al.* (2013), o diagnóstico e o controle adequado da HAS são essenciais para diminuição a incidência das DCV.

Os resultados encontrados por Moraes e Freitas (2012) evidenciaram elevada prevalência de doença isquêmica do coração na população por eles estudada, e fatores potencialmente modificáveis, como a HAS, estiveram associados ao desfecho. No entendimento de Lessa (2010), a HAS é a doença vascular mais prevalente e o fator de risco mais potente para doenças cerebrovasculares, que são predominante causa de morte no Brasil.

Segundo Costa *et al.* (2008, p.1700), um número elevado de hospitalizações evitáveis, pela HAS, dentre outras, pode “ser indicativo de problemas relacionados com a rede de Atenção Básica, seja na gestão, na quantidade insuficiente de serviços, na falta de medicamentos para o controle de doenças crônicas”, nas dificuldades de oferta de recursos diagnósticos ou nas deficiências no manejo, e também no acompanhamento ambulatorial e no sistema de referência.

Nobre *et al.* (2010) apontam que os fatores de risco para HAS são: idade, gênero e etnia, excesso de peso e obesidade, ingestão de sal, ingestão de álcool, sedentarismo, fatores socioeconômicos e genética. Moreira *et al.* (2013) afirmam que existe relação de causa e efeito entre aumento de massa corporal e de PA que já foi demonstrada em diversos estudos. Sabe-se que, em nível individual, dieta rica em sódio e álcool e pobre em potássio e fibras está relacionada com o aumento dos níveis de PA.

Segundo Moreira *et al.* (2013), a HAS em adolescentes associou-se à obesidade e linearmente à circunferência abdominal, o que evidencia a relevância do excesso de peso como fatores de risco associados à HAS, já nessa faixa etária. De acordo com os resultados encontrados por Ferreira *et al.* (2009), associações da HAS com cor de pele poderiam representar predisposição genética, enquanto que consumo exagerado de certos alimentos ou sedentarismo poderiam refletir hábitos de vida pregressos favoráveis à elevação da PA; enquanto que, o encontro de maior chance de eventos cardiovasculares entre pessoas com HAS sinalizaria a ocorrência da principal complicação da HAS, os fenômenos tromboembólicos na doença aterosclerótica.

Sendo assim, as medidas não medicamentosas, como mudanças no estilo de vida e prática de hábitos de vida saudáveis são certamente recomendadas pois, além de reduzir a PA e, conseqüentemente, a mortalidade cardiovascular, possibilitam a prevenção primária e a detecção precoce, que devem ser as metas primárias dos profissionais de saúde, já que são as formas mais efetivas de evitar

doenças (NOBRE *et al.*, 2010). As ações de prevenção devem visar estimular mudanças no comportamento e no estilo de vida, reduzindo a exposição tanto individual quanto coletiva aos fatores de risco.

Conforme Oliveira e Moraes (2011) o tratamento da HAS precisa pôr em pratica tanto o tratamento farmacológico anti-hipertensivo associado as mudanças no estilo de vida que possam levar à diminuição da dosagem dos medicamentos ou até mesmo à sua dispensa. A promoção de saúde adequada para aqueles usuários com HAS, como uma intervenção para a prevenção e o tratamento da HAS apresenta implicações clínicas importantes, uma vez que pode reduzir ou mesmo abolir a necessidade do uso dos medicamentos, evitando, assim, os efeitos adversos do tratamento farmacológico e reduzindo o custo do tratamento para o usuário e para as instituições sanitárias.

A mudança no estilo de vida o também chamado tratamento não-medicamentoso “tem, como principal objetivo, diminuir a morbidade e a mortalidade cardiovasculares por meio de modificações do estilo de vida que favoreçam a redução da PA” (OLIVEIRA, MORAES, 2011).

Dentre essas modificações estão a redução do peso corporal, ingestão do sal e do consumo de bebidas alcoólicas, prática de exercícios físicos com regularidade, e a não-utilização de drogas (OLIVEIRA, MORAES, 2011).

Segundo Souza *et al.* (2011), os usuários com HAS com excesso de peso devem emagrecer até atingir uma circunferência abdominal (inferior a 94 cm nos homens e 80 cm nas mulheres) e um índice de massa corporal inferior a 25 kg/m².

A dieta para os usuários de HAS deverá ser pobre em sal, com 4 colheres rasas de café de sal para o preparo dos alimentos por dia. Deve-se evitar conservas, frios, enlatados, embutidos, molhos prontos, sopas de pacote, queijos amarelos, salgadinhos, etc (OLIVEIRA, MORAES, 2011).

Conforme Souza (2011) uma dieta, chamada de DASH (Dietary Approaches to Stop Hypertension), composta de frutas, verduras, fibras, alimentos integrais, leite desnatado, pobre em colesterol e gorduras saturadas, demonstrou ser capaz de reduzir a PA sistólica em 8 a 14 mmHg.

Segundo Amodeo e Lima (1996), uma perda considerável de 10 kg pode diminuir a PA sistólica de 5 a 20 mmHg, sendo a medida não-medicamentosa de melhor resultado.

Uma dieta pobre em sal pode reduzir a pressão arterial sistólica em 2 a 8 mmHg. Assim como uma dieta rica em potássio e magnésio mediante uma ingestão rica de feijões, ervilhas, vegetais verdes escuros, banana, melão, cenoura, beterraba, frutas secas, tomates, batata inglesa e laranja (SOUZA, 2011).

Citado por Rondon, Brum (2003) ter uma dieta rica em vegetais, frutas, verduras, grãos, fibras, alimentos com baixa densidade calórica e baixo teor de gorduras saturadas (alimentos cozidos, assados, grelhados ou refogados, com temperos naturais) são considerados padrões alimentares adequados.

Bebidas alcoólicas não são recomendadas, mas se o usuário for consumi-las, a orientação é que não ultrapasse 30g de etanol/dia para homens e 15g/dia para mulheres (SILVEIRA; NAGEM; MENDES, 2007).

Segundo Gravina, Grespane Borges (2007), a pessoa com HAS deve evitar uma ingestão regular de bebidas alcoólicas e, quando isto ocorrer, esta ingestão deverá ser limitada a 30 gramas de etanol nos homens (700 ml de cerveja = 2 latas de 350 ml ou 300 ml de vinho = 2 taças de 150 ml ou 100 ml de destilado = 3 doses de 30 ml) e 15 gramas de etanol nas mulheres, ou seja, 50% da quantidade permitida para homens. A diminuição da ingestão excessiva de bebidas alcoólicas pode diminuir a PA sistólica em 2 a 4 mmHg.

O tabagismo aumenta muito o risco de complicações cardiovasculares em usuários com HAS, logo, deverá ser abandonado (FORJAZ *et al.*, 2003). Abandono ao tabagismo, que pode ser imediato ou gradual, sendo esse último um tratamento psicológico ou reposição de nicotina (BALDISSERA; CARVALHO; PELLOSO, 2009).

Os resultados encontrados por Gallo e Castro (1997), evidenciaram que as pessoas sedentárias apresentam maior probabilidade de desenvolver HAS comparadas às pessoas fisicamente ativas. Das diversas intervenções não medicamentosas, o exercício físico está associado a múltiplos benefícios. Bem planejado e orientado de forma correta, quanto a sua duração e intensidade, pode ter um efeito hipotensor importante. Uma única sessão de exercício físico prolongado de baixa ou moderada intensidade provoca queda prolongada na PA. Tem sido amplamente demonstrado que o treinamento físico aeróbio provoca importantes alterações autonômicas e hemodinâmicas que vão influenciar o sistema cardiovascular (FORJAZ *et al.*, 2003).

O treinamento físico reduz significativamente a pressão arterial em usuários com HAS (BALDISSERA; CARVALHO; PELLOSO, 2009).

6. PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

Definição dos problemas

Por meio do diagnóstico situacional da área de abrangência da ESF Jardim Olímpico, realizado neste ano, foram identificados os seguintes problemas: alto percentual de HAS, consumo excessivo de medicamentos estupefacientes, alto percentual de dislipidemias, incremento das doenças respiratórias, parasitoses, e doenças somáticas.

Priorização dos problemas

Após considerar a importância, urgência e capacidade de enfrentamento, a equipe selecionou como problema prioritário para enfrentamento o alto percentual de HAS na população adstrita. No quadro 1 é apresentada a classificação de prioridades para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade de saúde Jardim Olímpicos.

Quadro 1. Classificação de prioridades para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade de saúde Jardim Olímpicos.

Montes Claros - Equipe Jardim Olímpico				
Principais Problemas	Importância	Urgência	Capacidade enfrentamento	Seleção
Alto percentual de HAS	Alta	7	Parcial	1
Consumo excessivo de medicamentos estupefacientes	Alta	6	Parcial	2
Alto percentual de dislipidemias	Alta	6	Parcial	2
Parasitoses	Alta	4	Parcial	3
Incremento das doenças Respiratórias	Alta	4	Parcial	3
Doenças somáticas	Alta	3	Fora	4

Atribuimos valor alto, médio e baixo para importância do problema. Distribuímos pontos conforme a sua urgência. Definimos se a solução do problema está dentro, fora ou parcialmente dentro da capacidade de enfrentamento de nossa

equipe. Numeramos os problemas por ordem de prioridade a partir do resultado da aplicação dos critérios (Seleção).

Descrição do problema selecionado

O problema definido como prioridade número 1 de nossa equipe foi a alta incidência de HAS. Para descrição do problema priorizado a equipe Jardim Olímpico utilizou alguns dados fornecidos pelo Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) e outros foram produzidos pela equipe. Cabe aqui ressaltar as deficiências de nosso sistema de informação e da necessidade da equipe produzir informações adicionais para auxiliar no processo de planejamento. Chegamos à conclusão que 11.35 % das pessoas com 15 anos e mais tem HAS. Existem muitos fatores de risco em nossa população que favorecem o aparecimento desta doença crônica, entre eles temos: sobrepeso (178), obesidade (76), dislipidemias (133), sedentarismo (283), maus hábitos dietéticos e estilos de vida, pouca prática ou nenhuma de exercício físico, nível alto de pressão social, nível baixo de informação. Também tem influência do ambiente político cultural, ambiental, e socioeconômico, assim como o modelo de desenvolvimento econômico e social, o qual é determinante na política pública e tem influência no modelo assistencial, interferindo na estrutura dos serviços de saúde e no processo de trabalho. E isto além de interferir no uso de protocolos, apoio ao diagnóstico, assistência farmacêutica, referência e contra referência assim como a capacitação do pessoal.

Explicação do problema

Geralmente, a causa de um problema é outro problema ou outros problemas. Descobrir o modo pelo qual algo é produzido significa conhecer suas causas. A identificação das causas é fundamental porque, para enfrentar um problema, devem-se atacar suas causas. É necessário fazer uma análise capaz de identificar, entre as várias causas, aquelas consideradas mais importantes na origem do problema, as que precisam ser enfrentadas (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

O baixo nível de informação à população dificulta uma adequada informação sobre os fatores de risco e agravos assim como que a população conheça sobre seus direitos sociais. A estrutura dos serviços de saúde inadequada como não uso de protocolo, apoio diagnóstico, assistência farmacêutica, referência contra

referência e capacitação do pessoal dificulta uma boa atenção. Os hábitos e estilos de vida inadequados como sedentarismo, consumo excessivo de álcool, tabagismo, dieta inadequada e estresse emocional leva a um alto percentual de doenças crônicas da população.

Identificação dos “nós críticos”

Um “nó crítico” é a causa de um problema que, quando “atacado”, é capaz de impactar o problema principal e efetivamente transformá-lo. O “nó crítico” traz também a ideia de algo sobre o qual eu posso intervir, ou seja, que está dentro do meu espaço de governabilidade (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010). Entre os nós críticos de nosso problema destacam-se os hábitos e estilos de vida inadequados como (tabagismo, dieta inadequada, consumo excessivo de álcool, estresse emocional e sedentarismo) estruturação dos serviços de saúde inadequados e baixo nível de informação à população.

Hábitos e estilos de vida inadequados. É frequente a existência de usuários com estilos de vida não saudáveis, vinculadas a outras causas que propiciam o aparecimento e a persistência das cifras de PA alta. Os principais fatores de riscos associados a HAS são: tabagismo, dieta inadequada, consumo excessivo de álcool, estresse emocional e o sedentarismo (RÔAS *et al.*, 2012).

Tabagismo. O tabagismo é um importante fator de risco para as doenças cardiovasculares. Diversos mecanismos têm sido apontados para explicar os efeitos pressores e vasoconstritores do cigarro. A nicotina pode aumentar a PA diretamente por aumento dos tônus do músculo liso vascular ou por aumento da vasopressina. O fumo reduz as propriedades elásticas dos vasos arteriais por agir sobre os tônus do músculo liso, tanto por ação direta, quanto por redução da produção de óxido nítrico pelo endotélio. O aumento da rigidez arterial pode aumentar a pressão de pulso e o estresse de cisalhamento em arteríolas, contribuindo para o desenvolvimento de lesões em órgãos-alvo (DANTE, 2011).

Dieta inadequada. Cada vez mais o prato típico na mesa do brasileiro como o arroz, feijão, bife e salada dão lugar a outros alimentos, como os lanches e as refeições de *fast food*, mais rápidas de preparar e comer embora faltam vitaminas e minerais, essenciais para manter uma vida saudável. O resultado da falta desses nutrientes se

reflete diretamente na piora da saúde da população, que apresenta maior incidência de obesidade, diabetes, doenças cardiovasculares, HAS e osteoporose (EINSTEIN, 2011).

Consumo excessivo de álcool: O consumo abusivo de álcool traz inúmeras consequências negativas para a saúde e qualidade de vida, aumentando a frequência de morbidades que causam morte ou limitações funcionais, sem deixar de esquecer que o alcoolismo, por si só, é considerado uma doença. Além disso, a dependência do álcool aumenta o risco para transtornos familiares e ocasiona uma baixa adesão ou abandono ao tratamento da HAS (JUVENAL *et al.*, 2004).

Estresse emocional: “O estresse contribui para grande número de enfermidades, tanto de ordem psíquica como orgânica, e nesta se enquadra a HAS”. O estresse, quando é persistente e exagerado, poderá ser danoso à saúde do indivíduo; ele pode ser de natureza física, psicológica ou social, podendo desencadear um conjunto de reações fisiológicas, inclusive agravar uma patologia já existente, ou facilitar o seu aparecimento, desde que o indivíduo tenha uma predisponibilidade a desenvolver tal patologia (FONSECA *et al.*, 2009).

O sistema nervoso autônomo (SNA) também conhecido como involuntário, está dividido em sistema nervoso simpático (SNS) e parassimpático (SNP). O SNS tem, como principal neurotransmissor, a noradrenalina, e o parassimpático, a acetilcolina; esses dois sistemas apresentam, na maioria das vezes, respostas fisiologicamente antagônicas (Vasoconstrição- Vaso dilatação) respectivamente. Nas situações de emergência, o SNS envolve respostas ao estresse, prepara o organismo para ação por meio da elevação da PA, frequência cardíaca e da respiração. Já o SNP busca recuperar a homeostasia, prepara o organismo para o equilíbrio e repouso.

O meio oferece oportunidades diversas ao ser humano e dependerá de ele avaliar as situações, elaborá-las e direcioná-las em prol de seu crescimento e desenvolvimento dentro de seu contexto de vida (FONSECA *et al.*, 2009).

Sedentarismo: Uma vida com hábitos sedentários tende a tornar mais propícia o aparecimento das condições ideais para que haja o aparecimento das placas de gordura e, conseqüentemente, de uma possível HAS. Algo que é mais difícil de ocorrer, que é mais facilmente evitado em pessoas que praticam regularmente

alguma atividade física, já que gastam mais energia (metabolizam, por exemplo, mais gorduras, minimizando a quantidade dela no sangue) do que as pessoas que nada fazem. O sedentarismo facilita para que haja um acúmulo de placas de gordura (ateromas) nas artérias, formada por partículas de LDL colesterol, que entram no espaço subendotelial e tornam-se oxidáveis atraindo os monócitos, que uma vez na camada subíntima são transformados em macrófagos que unidos a partículas ricas em lipídeos formam uma massa adiposa que passa a se desenvolver, criando as placas de gordura que obstruem as paredes das artérias, diminuindo a circulação do sangue dentro destas aumentando assim, a PA (ROSA, 2012).

Estrutura dos serviços de saúde inadequados: Existem muitas dificuldades na estrutura do serviço para o atendimento dos portadores e os casos novos de HAS, aquisição e a garantia de medicamentos, realização de exames, avaliação por especialistas (consultas de cuidado continuado) uma vez ao ano.

Nível de informação: Em nosso município existe um baixo nível de informação da população sobre HAS e os riscos desta, independentemente da realização dos grupos operativos que sistematicamente são realizados.

Desenhos das operações

Com o problema bem explicado, e identificado as causas consideradas as mais importantes, é necessário pensar as soluções e estratégias para o enfrentamento do problema, iniciando a elaboração do plano de ação propriamente dito. O plano de ação é composto de operações desenhadas para enfrentar e impactar as causas mais importantes (ou os “nós críticos”) do problema selecionado (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010). No quadro 2 é descrito o desenho das operações para enfrentar o alto percentual de pessoas com HAS na ESF Jardim Olímpico-Montes Claros.

Quadro 2. Desenho das operações para enfrentar o alto percentual de pessoas com HAS na ESF Jardim Olímpico-Montes Claros.

Nós críticos	Operação/projeto	Resultados esperados	Produtos esperados	Recursos Necessários
Hábitos e estilos de vida inadequados	Mais Saúde / Modificar hábitos e estilos de vida da população	<p>-Reduzir até um 15 % a obesidade e o sedentarismo e até 30 % as dislipidemias no prazo de 1 ano</p> <p>-Diminuir a ingestão de alimentos gordurosos e ricos em carboidratos</p> <p>-Reduzir a ingestão excessiva o consumo de sal.</p> <p>-Incorporar o consumo de frutas, e vegetais na dieta</p> <p>-Incrementar as práticas de exercícios físicos: hidroginástica, ciclismo e natação.</p>	<p>Programa de caminhada orientada.</p> <p>Campanha educativa na rádio local.</p> <p>Aferição da PA periodicamente</p>	<p>Organizacional: Para organizar as caminhadas orientadas e exercícios aeróbios.</p> <p>Aferição da PA</p> <p>Cognitivo: Para informações sobre o tema em questão e estratégias de comunicação.</p> <p>Capacitação do pessoal</p> <p>Político: Conseguir o espaço na rádio local para campanha educativa.</p> <p>Capacidade de Mobilização social e articulação inter setorial com a rede de ensino.</p> <p>Financeiro. Aquisição dos recursos audiovisuais, folhetos educativos, cadernetas etc.</p> <p>esfigmomanômetro, estetoscópio, etc.</p>
Estrutura dos serviços de saúde	Cuidar Melhor/ Melhorar a estrutura dos serviços de saúde para o atendimento dos usuários portadores e os casos novos de HAS	Garantia de medicamentos e exames previstos de todos os usuários portadores e os casos novos de HAS para uma melhor avaliação e estratificação	<p>Capacitação do pessoal</p> <p>Contratação de mais médicos e consultas especializadas</p> <p>Compra de medicamentos reativos para exames</p> <p>Compra de equipamentos médicos</p>	<p>Políticos: Decisão de aumentar os recursos para estruturar a atenção em saúde. (O serviço)</p> <p>Financeiro: Aumento de oferta de exames consultas e medicamentos</p> <p>Cognitivo: Elaboração e adequação da estratégia de saúde.</p>

Nível de informação	Saber + / Incrementar o nível de informação da população sobre os fatores de riscos e consequências da HAS.	População mais informada sobre os riscos da HAS)	Avaliação do nível de informação da população sobre HAS Campanha educativa na rádio local. Capacitação dos ACS e os cuidadores	Organizacional: Organização da agenda Cognitivo: Conhecimentos sobre o tema e sobre estratégia de comunicação pedagógica Político: Articulação Inter setorial em parceria com mobilização social.
---------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Identificação dos recursos críticos

O processo de transformação da realidade sempre consome, com mais ou com menos intensidade, algum tipo de recurso. Portanto, a dimensão dessa transformação vai depender da disponibilidade de determinados recursos, a favor ou contra as mudanças desejadas.

Temos que identificar os recursos críticos que devem ser consumidos em cada operação e que constitui uma atividade fundamental para analisar a viabilidade de um plano.

São considerados recursos críticos aqueles indispensáveis para a execução de uma operação e que não estão disponíveis. Recursos necessários: econômicos (também denominados financeiros); organizacionais (referentes à estrutura física, recursos humanos, equipamentos, etc.); cognitivos (conhecimentos disponíveis e acumulados); de poder (também denominados recursos políticos). A identificação dos recursos críticos para enfrentar o alto percentual de pessoas com HAS na ESF Jardim Olímpico está descrita no quadro 3.

Quadro 3. Identificação dos recursos críticos para enfrentar o alto percentual de pessoas com HAS na ESF Jardim Olímpico.

Operação/projeto	Recursos necessários
+ Saúde	Político: conseguir o espaço na rádio local. Financeiro: aquisição de recursos audiovisuais, folhetos educativos, etc.
Cuidar Melhor	Político: decisão de aumentar os recursos para estruturar o serviço.
Saber +	Político: articulação Inter setorial.

Análise de viabilidade do plano

No PES, o plano é entendido como um instrumento para ser utilizado em situações de baixa governabilidade, pois o ator que está planejando não controla todos os recursos necessários para a execução do seu plano, que são aqueles recursos necessários para alcançar seus objetivos.

Para analisar a viabilidade de um 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. A análise de viabilidade do plano para enfrentar o alto percentual de pessoas com HAS na ESF Jardim Olímpico, com os atores e motivadores é apresentada no quadro 4.

A motivação de cada ator pode ser classificada em três tipos:

- Motivação favorável: o ator que controla determinado recurso crítico para execução do plano coloca-o à disposição, como que “transfere” o controle do recurso para o ator que está planejando.

- Motivação indiferente: pressupõe que o apoio do ator que controla o recurso crítico ainda não está garantido, assim como não está claro se ele, ativamente, fará oposição à utilização desse recurso crítico para execução do plano.

- Motivação contrária: caracteriza-se por uma oposição ativa à utilização do recurso, ou seja, pode-se também considerá-la como uma oposição ativa contra o plano.

Quadro 4. Análise de viabilidade do plano para enfrentar o alto percentual de pessoas com HAS na ESF Jardim Olímpico. Atores e motivadores

Operação/projeto	Recursos necessários	Controle dos recursos críticos		Ação estratégica
		Ator que controla	Motivação	
Mais Saúde / Modificar hábitos e estilos de vida	Político: Conseguir o espaço na rádio local; Financeiro: Para aquisição de recursos audiovisuais, folhetos educativos, etc.	Setor de comunicação social Secretaria de saúde	Favorável	Não necessária
Cuidar Melhor/ Melhorar a Estrutura do Serviços para o atendimento melhor	Político: Decisão de aumentar os recursos para estruturar o serviço. Financeiro: Recursos necessários para equipamento das redes.	Prefeito Secretaria de saúde Fundo nacional de saúde	Favorável Favorável Indiferente	Projeto de estruturação da rede
Saber +/ Aumentar nível de conhecimentos sobre risco da HAS	Político: Articulação Inter setorial.	Secretaria de saúde	Favorável	Projeto de estruturação da rede

Elaboração do plano operativo

Consiste na designação de responsáveis pelos projetos e operações estratégicas, além de estabelecer os prazos para o cumprimento das ações necessárias.

O gerente de uma operação/projeto é aquele que se responsabilizará pelo acompanhamento da execução de todas as ações definidas, o que não significa que o responsável deva executá-las. Ele pode (e deve) contar com o apoio de outras pessoas.

O plano operativo para enfrentar o alto percentual de pessoas com HAS na ESF Jardim Olímpico está descrito no quadro 5.

Quadro 5. Plano operativo para enfrentar o alto percentual de pessoas com HAS na ESF Jardim Olímpico

Projeto	Resultados esperados	Produtos esperados	Ação estratégica	Responsável	Prazo
Modificar hábitos e estilos de vida	-Reduzir até 15 % a Obesidade e sedentarismo até 30 % as dislipidemias no prazo de 1 ano -Diminuir a ingestão de Alimentos gordurosos e ricos em carboidratos -Reduzir a ingestão excessiva o consumo de sal. -Incorporar o consumo de frutas, e vegetais na dieta -Incrementar práticas de exercícios físicos hidroginástica ciclismo e natação.	-Programa de caminhada orientada. - Campanha educativa na rádio local. -Aferição da PA periodicamente	Não necessária	Médico, Enfermeira e Agentes	4 meses para o início das atividades.
Cuidar Melhor/ Melhorar a Estrutura do Serviços para um atendimento	Garantia de medicamento exames previstos de todos os usuários portadores e	Capacitação Do pessoal Contratação de mais médicos e consultas	Projeto de estruturação da rede	SMS. Equipe	12 meses

melhor	casos novos e melhor avaliação e estratificação	especializada Compra de medicamentos e material para exames Compra de Equipamentos médicos			
Nível de informação da população sobre risco da HAS	População Mais informada sobre os riscos da HAS	Avaliação do nível de informação da população sobre HAS Campanha educativa na radio local. Capacitação dos ACS e cuidadores	Grupos Operativos	Médico, Enfermeira e Agentes	4 meses

Mais Saúde: Projeto para modificar hábitos e estilos de vida inadequados da população mediante campanha educativa, caminhadas e palestras oferecidas com a finalidade de reduzir a obesidade e o sedentarismo, com o incremento de práticas de exercícios, hidroginástica, ciclismo, natação entre outras atividades físicas. Diminuir a ingestão de alimentos gordurosos e ricos em fontes de carboidratos, assim como o consumo excessivo de sal na dieta. Capacitação do pessoal sobre tema (HAS) falando sobre os principais fatores de risco e possíveis complicações (morbimortalidade).

Cuidar Melhor: Projeto para, e com a visão de melhorar a estrutura dos serviços de saúde para o atendimento dos usuários com HAS, assim como os casos novos e aqueles com risco ainda não diagnosticado (*Iceberg* epidemiológico). Conseguir a totalidade da estratificação dos usuários com HAS, assim como garantir exames laboratoriais com objetivo de manter PA controlada. Fazer o exame físico detalhado para descobrir quaisquer sinais de alarme que sugira alguma afetação de órgãos alvos. Programar consultas de cuidado continuado trimestral para melhorar o acompanhamento do usuário com HAS. Avaliação do usuário com HAS como o ser biopsicossocial para uma avaliação integral.

Saber Mais: Projeto para incrementar o nível de informações da população sobre os principais fatores de risco e consequências de HAS após as palestras oferecidas pelo médico ou pessoal capacitado, com o objetivo de ter uma população mais informada mediante uma conversa bidirecional entre o capacitador e os capacitados, para avaliar o nível de informações antes e após das atividades educativas.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pressão arterial elevada é um "assassino silencioso", como entidade isolada está entre as mais frequentes morbidades do adulto, não a tratar pode trazer graves consequências para a saúde. Assim como outras doenças crônicas degenerativas não-transmissíveis, apresenta altas taxas de prevalência e reduzido controle adequado na atenção básica a saúde. Por ser passível de diagnóstico precoce e controle adequado por meio de medidas farmacológicas e não-farmacológicas, propostas como o plano de intervenção em questão, que poderá contribuir otimizando o controle das afecções crônicas e diminuindo a ocorrência de eventos secundários mórbidos na população acometida pela HAS.

A partir da implantação do projeto espera-se atingir os objetivos e diminuir o percentual de HAS na população utilizando o diagnóstico precoce, rastreamento e monitoramento destes, proporcionando assim atividades de assistência individuais e coletivas.

A reestruturação deste projeto tem por objetivo potencializar as atividades através de educação em saúde para equipe e população. Propõem-se melhorias ao Hiperdia através de ações em conjunto com o trabalho da enfermagem, visitas domiciliares e elaboração de planos de cuidados específicos para cada cliente rastreado.

REFERÊNCIAS

AMODEO, C.; LIMA, N, K. Tratamento Não-Medicamentoso da Hipertensão Arterial. **Revista Brasileira de Medicina**, v. 10. 1996. Disponível em: https://www.inesul.edu.br/revista_saude/arquivos/arq-idvol_10_1339682941.pdf. Acesso em 07/05/2016.

BALDISSERA, V, D, A.; CARVALHO, M, D, B.; PELLOSO, S, M. Adesão ao tratamento não-farmacológico entre hipertensos de um centro de saúde escola. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 30, n. 1, 2009. Disponível em: <http://www.seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/552>. Acesso em 07/05/2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

CAMPOS, F. C. C, FARIA. H. P, SANTOS. M. A., **Elaboração do plano de ação**. Planejamento e avaliação das ações em saúde, Belo Horizonte: Nescon / UFMG, 2ªed. p.118,2010. Disponível em: [http://www.academia.edu/1854282/Planejamento e avaliação das ações em saúde](http://www.academia.edu/1854282/Planejamento_e_avaliacao_das_acoes_em_saude). Acesso em Maio2015.

COSTA, J.S. D, BORDA. L.G, PINHO. M. N, CHATIKN. M. Qualidade de atenção básica mediante internações evitáveis no Sul do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v..24, n. 7, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php>. Acesso em MES DE ACESSO 2016.

DANTE, M. Bioquímica da Hipertensão. Tabagismo e Hipertensão arterial. **Revista Brasileira de Hipertensão Arterial**, 2011. Disponível em: <http://bioquimicadahipertensao2011.blogspot.com.br/2011/06/tabagismo-e-hipertensao-arterial.html>. Acesso em maio. 2015.

DATASUS. **Informações Gerais** (xls). Caderno de Informações de Saúde, 10 de abril de 2010. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/cadernos/mg.htm>. Acesso em 2015.

EINSTEIN. S. **Vitaminas em falta. Alimentação inadequada, saúde em risco**. São Paulo, fevereiro de 2008. Disponível em: [br/einsteinsaude/nutricao/Paginas/vitaminas em falta.aspx](http://br/einsteinsaude/nutricao/Paginas/vitaminas-em-falta.aspx). Acesso em: maio. 2015.

FERREIRA, C. **Hipertensão Arterial**. Emedix – Portal de saúde com informações sobre doenças. 2010. Disponível em <<http://emedix.uol.com.br/doe/index.Php>. Acesso em 06/05/2016.

FERREIRA, S. R. G.; MOURA, E. C.; MALTA, D. C.; SARNO, F. **Frequência de hipertensão arterial e fatores associados: Brasil, 2006**. Rev. Saúde Pública, v. 43, supl. 2, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php>. Acesso em 2016.

FONSECA, F. C. A.; COELHO, R. Z.; NICOLATO, R.; MALLOY-DINIZ, F. F. A influência de fatores emocionais sobre a hipertensão arterial. **J. Bras. Psiquiatr.**, v. 58, n. 2, p. 128-134, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.pharttext&pid=S0047-20852009000200011> Acesso em: 2015.

FORJAZ, C. L. M.; REZK, C.C.; MELO, C. M.,; SANTOS, D. A.; TEIXEIRA, L.; NERY, S. S.; TINUCCI, T. Exercício resistido para o paciente hipertenso: indicação ou contraindicação. **Revista Brasileira de Hipertensão**, v. 10, n. 2, 2003.

GALLO, J, R.; CASTRO, R, B, P. **Exercício Físico e Hipertensão**. São Paulo: Editora Sarvier, 1997.

GRAVINA, C, F.; GRESPAN, S, M.; BORGES, J, L. Tratamento não medicamentoso da hipertensão no idoso. **Revista Brasileira de Hipertensão**, v. 14, n. 1, pag.33-36, 2007.

HOJE EM DIA. **Hospitais de Montes Claros recebem recursos para urgência e emergência**. Montes Claros, 7 de abril de 2011. Disponível em: http://www.achetudoeregiao.com.br/mg/montes_claros/geografia.htm. Acesso em: 18. Maio.2015.

IBGE. **Censo 2010**, Minas Gerais, 29 de novembro de 2010, de novembro de 2011. Disponível em: https://pt.wikipedia.org/wiki/Montes_Claros. Acesso em: Abril2015.

IBGE. **Serviços de Saúde, 2009**. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/destaques_ant.php. Acesso em 18 maio, 2015.

JUVENAL, S. D. C, SILVEIRA, M. F.; GAZALLE, F. K.; OLIVEIRA.S.S.; HALLAL, P. C.; MENEZES, A. M. B.; GIGANTE, D. P.; OLINTO, M. T. A.; MACEDO, S. Estudo de base populacional. Consumo abusivo de álcool e fatores associados. **Revista de Saúde Pública**, v. 38, p. 2, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v38n2/19790.pdf>. Acesso em: maio. 2015.

LESSA, I. Epidemiologia da hipertensão arterial sistêmica e da insuficiência cardíaca no Brasil. **Rev. Bras. Hipertens.** v. 8, p. 383–92, 2001. Disponível em: <http://departamentos.cardiol.br/dha/revista/8-4/epidemiologia.pdf>. Acesso em 12 maio 2016.

MATUS, C. **Planejamento Estratégico Situacional.** Revista Espaço Acadêmico, v. 32, Suplemento, 2004. Disponível em: <http://www.espacoacademico.com.br/032/32ctoni.htm>. Acesso em: maio. 2015.

MEIRELES, A. L, JUNIOR. A.C. A. GARIL. A.G. S, LANNA. C. M. M, PEREIRA. F.S, REIS. F. B. **Atenção à saúde do adulto. Conteúdo técnico da linha. Guia de hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus e doença renal crônica** (no prelo), Secretaria de Estado de Minas Gerais, Belo Horizonte, 3 ed., 2013; p. 21 –97. Disponível em: <http://www.imepen.com/wp-content/uploads/2012/04/Linha-Guia.pdf>. Acesso em 2016.

MONTES CLAROS. In: **Wikipédia: A enciclopédia livre.** 2015. Disponível em: https://pt.wikipedia.org/wiki/Montes_Claros. Acesso em abril, 2015

MONTES CLAROS. **Prefeitura de Montes Claros/ Secretaria Municipal de Saúde.** Relatório de Gestão. Montes Claros, 2011. Disponível em: http://www.montesclaros.mg.gov.br/cidade/aspectos_gerais.htm. Acesso em 2015.

MORAES, S. A.; FREITAS, I. C. M. Doença isquêmica do coração e fatores associados em adultos de Ribeirão Preto, SP. **Rev. Saúde Pública**, v. 46, n. 4, 2012. Disponível em: <http://www.redalyc.org/pdf/672/67240199002.pdf>. Acesso em 2016.

MOREIRA, N. F, MURANO. A. P, BARBOSA. F. S. B, VERAS. R. M. G. S, SICHIERI. R, GONCALVES.M. F., et al. Obesidade: principal fator de risco para hipertensão arterial sistêmica em adolescentes brasileiros participantes de um estudo de coorte. **Arq. Bras. Endocrinol. Metab.**, v. 57, n. 7, 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-27302013000700004

PASSOS, V.M.A.; ASSIS, T.D.; BARRETO, S.M. Hipertensão arterial no Brasil: estimativa de prevalência a partir de estudos de base populacional. **Epidemiol. Serv. Saúde** v. 15, n. 1 Brasília mar. 2006. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742006000100003>. Acesso em 2016

NOBRE. F, AMADEO. C, CONSOLIM. C. F. M, GOMEIRA. M. L. G, GUS. M.. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Revista Brasileira de Hipertensão**, v.17, n.1, 2010, 57p. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php>. Acesso em 2016.

OLIVEIRA. L.L, MORAES. E. D. Tratamento não medicamentoso da hipertensão arterial. **Revista Bioquímica da Hipertensão**, v. 10, p. 1, 2011. Disponível em <<http://bioquimicadahipertensao2011.blogspot.com>>. Acesso em 07/05/2016.

PNUD. **Atlas do Desenvolvimento Humano**, Brasil, 29 de julho de 2013. Disponível em: <http://www.pnud.org.br/arquivos/idhm-brasileiro-atlas-2013.pdf>. Acesso em 2015.

RÔAS, Y. A. C, REIS. E.J. B et.al. Causas e consequências de um estilo de vida sedentário e possibilidades de transformar a o conhecimento de hábitos saudáveis em ações práticas e concretas. **Efdeportes**. Disponível em: <http://www.efdeportes.com/efd168/consequencias-de-um-estilo-de-vida-sedentario.htm>. Acesso em: 2015.

ROSA, A. E. **Hipertensão. Sedentarismo x Hipertensão Arterial**, 27 de Maio de 2012. Disponível em: <http://hipertensao2012.blogspot.com.br/2012/05.Sedentarismo-x-Hipertensao-Arterial.html>. Acesso em maio. 2015.

ROESE, A, PINTO, J, GERJARDT, E; SILVEIRA D, T. Perfil de Hipertensão Arterial Sistêmica e de Diabetes Mellitus a partir de bases de dados nacionais em municípios de pequeno porte no Rio Grande do Sul, Brasil. **Rev. APS**, v. 14, n. 1; p. 75-84, 2011. Disponível em: <http://essentiaeditora.iff.edu.br/index.php/vertices/article/viewFile/1809-2667.20120031/14840>. Acesso em 8/05/2016.

RONDON, M. U. P.; BRUM, P. C. Exercício físico como tratamento não farmacológico da hipertensão arterial. **Revista Brasileira de Hipertensão Arterial. 2003**. Disponível em: <https://www.exercício físico como tratamento não farmacológico de hipertensão arterial>. Acesso em 07/05/2016.

SIAB. Nossa História, **Situação da Estratégia Saúde da Família em Montes Claros. Montes Claros, 2009**. Disponível em: <http://www.saudedafamilia.net/moc/modules/myiframe/index.php?iframeid=7>. Acesso em: Maio 2016.

SILVEIRA, M. G.; NAGEM, M. P.; MENDES, R. R. Exercício físico como fator de prevenção e tratamento da hipertensão arterial. **Revista Digital Efdeportes**, 2007.

Disponível em <<http://www.efdeportes.com/efd106/exerciciofisico-como-fator-de-prevencao-de-tratamento-da-hipertensao-arterial.htm>>. Acesso em 29 abril 2016.

SOUZA, M. S. Tratamento da hipertensão arterial. **Revista Banco de Saúde**. 2010. Disponível em: <http://www.bancodesaude.com.br/hipertensaoarterial/hipertensao-arterial-referencias>. Acesso em 03 maio 2016.

.