

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

**ASSISTÊNCIA À POPULAÇÃO COM HIPERTENSÃO ARTERIAL
SISTÊMICA NA EQUIPE NOVA PAMPULHA I EM RIBEIRÃO DAS
NEVES: UMA PROPOSTA DE INTERVENÇÃO**

DAIANA PEREZ MARIN

**BELO HORIZONTE
MINAS GERAIS, 2016**

DAIANA PEREZ MARIN

**ASSISTÊNCIA À POPULAÇÃO COM HIPERTENSÃO ARTERIAL
SISTÊMICA NA EQUIPE NOVA PAMPULHA I EM RIBEIRÃO DAS
NEVES: UMA PROPOSTA DE INTERVENÇÃO**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao
Curso de Especialização Estratégia Saúde da
Família da Universidade Federal de Minas Gerais,
como requisito parcial para obtenção do certificado
de especialista.

Orientadora: Prof^a. Celina Camilo de Oliveira

**BELO HORIZONTE
MINAS GERAIS, 2016**

DAIANA PEREZ MARIN

**ASSISTÊNCIA À POPULAÇÃO COM HIPERTENSÃO ARTERIAL
SISTÊMICA NA EQUIPE NOVA PAMPULHA 1 EM RIBEIRÃO DAS
NEVES: UMA PROPOSTA DE INTERVENÇÃO**

Banca examinadora

Examinadora 1: Profa. Ms. Ana Paula Medrado de Barcellos - Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais

Examinadora 2 – Profa. Dra. Celina Camilo de Oliveira - Universidade Federal de Minas Gerais

Aprovado em Belo Horizonte, 23 de junho de 2016.

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho ao meu filho e aos meus pais, que dão muito apoio para eu continuar a missão. São pessoas que sempre estão ao meu lado pelos caminhos da vida, acompanhando, apoiando e principalmente acreditando em mim. Não conquistaria nada se eles não estivessem ao meu lado. Obrigado, por estarem sempre presentes, em todos os momentos, dando apoio, incentivo, determinação, fé, e principalmente Amor.

AGRADECIMENTOS

Agradeço, primeiramente a Deus, por ter-me dado força de vontade para nunca desistir, apesar das dificuldades.

Aos amigos e professores brasileiros e colegas cubanos, pela compreensão, respeito e dedicação ao curso.

À orientadora Prof.^a Celina Camilo de Oliveira por compartilhar conhecimentos e direcionar-me ao objetivo proposto.

“Se um dia tiver que escolher entre o mundo e o amor, lembre-se: se escolher o mundo, ficará sem o amor, mas se escolher o amor, com ele você conquistará o mundo”.

Albert Einstein

RESUMO

Trata-se de um trabalho desenvolvido com o objetivo de melhorar a assistência à população da área de abrangência da equipe Nova Pampulha I em Ribeirão das Neves, Minas Gerais. A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é considerada uma doença crônica com alta prevalência na população brasileira e mundial. Sua causa é multifatorial, trazendo como fatores de risco: idade, sexo, hereditariedade, raça, obesidade, estresse, anticoncepcionais orais, dieta alta em sódio e gorduras e a presença de diabetes mellitus. O tratamento implica em decisões do paciente que poderá contar com o apoio de equipe de saúde para mudar estilo de vida para ter uma vida saudável, sem as complicações. A revisão da literatura foi feita a partir da pesquisa *online* através do acesso ao centro de informação da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) através da base de dados: Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), *Scientific Electronic Library Online* (SciELO) acerca dos fatores de risco para HAS em adultos.

Palavras-chaves: Hipertensão Arterial Sistêmica. Fatores de risco. Estilo de vida.

ABSTRACT

This is a work aiming to improve the assistance to the population of the area covered by the new team Pampulha I in Ribeirão das Neves, Minas Gerais. Hypertension (SAH) is considered a chronic disease with high prevalence in Brazilian and world population. It has multifactorial causes, having as risk factors: age, sex, heredity, race, obesity, stress, oral contraceptives, diet rich in sodium and fat and the presence of diabetes mellitus. The treatment consists in decisions of the patient that can count on the support of the health team to change lifestyle in order to have a healthy life, without hassle. The literature review was made from online search through the information Centre of the Virtual Health Library (VHL), database: Latin American and Caribbean Literature in Health Sciences (LILACS), Scientific Electronic Library Online (Scielo) concerning the risk factors for SAH in adults.

Keywords: Hypertension. Risk factors. Lifestyle.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS - Agente comunitário de Saúde

APS- Atenção Primária à Saúde

BVS - Biblioteca Virtual em Saúde

CAPS-Centro de Apoio Psicossocial

CASMUC- Centro de Atenção à Saúde da Mulher e Criança

CEO -Centro de Especialidades Odontológicas

CERSAM- Centro de Referência em Saúde Mental

DCV -Doenças Cardiovasculares

ESF - Estratégia de Saúde da Família

FR - Fatores de risco

HAS- Hipertensão Arterial Sistêmica

IBGE- Instituto Brasileiro de Geografia Estadística

IDH - Índice de Desenvolvimento Humano

IMC - Índice de Massa Corporal

LILACS - Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde

MEDLINE - Literatura Internacional em Ciências da Saúde

MG- Minas Gerais

NASF- Núcleo de Apoio à Saúde de Família

OMS- Organização Mundial de Saúde

PA - Pronto Atendimento

PACS- Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PA-Pressão arterial

PES- Planejamento Estratégico Situacional

PIB-Produto Interno Bruto

PSF- Programa de Saúde da Família

SciELO - *Scientific Electronic Library Online*

SIAB- Sistema de Informação de Atenção Básica

SUS- Sistema Único de Saúde

LISTA DE QUADROS

Quadro1: Aspectos Demográficos do Município:	26
Quadro2: Aspectos Demográficos do Centro de Saúde de Nova Pampulha	27
Quadro 3 Priorização dos problemas	29
Quadro 4 Nós críticos definidos para o problema enfrentado	32
Quadro 5 Identificação dos recursos críticos -OPERAÇÃO /PROJETO	33
Quadro 6 Desenho das operações	34
Quadro 7 recursos críticos	36
Quadro 7– Análise da viabilidade do plano	37
Quadro 8– Plano Operativo	38
Quadro 9 Planilhas de acompanhamentos de projetos Bem informado!	40
Quadro 10 Linha do cuidado	41
Quadro 11 Cuidar melhor!	41
Quadro 12 Monitoramento e avaliação	42

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
2 JUSTIFICATIVA	15
3 OBJETIVO	16
4 METODOLOGIA	17
5 REVISÃO DE LITERATURA	19
6 PLANO DE INTERVENÇÃO	23
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	43
REFERÊNCIAS	44

1 INTRODUÇÃO

Ao chegar até a população adscrita do Programa Saúde da Família (PSF) Nova Pampulha I em Ribeirão das Neves, ocupei-me em conhecer a equipe de trabalho, a área de abrangência e a população.

Para este trabalho fui sendo guiada pelo conteúdo das disciplinas da Unidade Didática I, onde destaco: Modelos Assistenciais, Processo de Trabalho, Planejamento e avaliação das ações de saúde.

As atividades destas disciplinas me levaram a levantar dados importantes do município de Ribeirão das Neves, tais como: sua história, sua cultura, aspectos demográficos, sociais, epidemiológicos e a organização do serviço.

Todos estes aspectos foram importantes no processo da assistência e estudo, que resultaram neste trabalho de conclusão de curso.

A equipe Nova Pampulha I possui 847 famílias cadastradas e uma população total de 3.616 habitantes. (SMSRN, 2014)

As informações prestadas pela secretaria de saúde e pelos agentes comunitários de saúde nos ajudaram a conhecer, estudar e planejar nossas atividades iniciais.

A equipe local nos informou que, aproximadamente, 70 % da população idosa é analfabeta e 90 % da população maior de 6 anos é alfabetizada. Também nos informaram que cerca de 93% da população está empregada e 7 % desempregada. As principais atividades desenvolvidas estão relacionadas ao comércio, trabalho em empresas, fábrica consta de uma construção nova que se acha em bom aspecto e funcionalidade. Compartimentos disponíveis: uma área de vacina, uma sala de laboratório clínico, uma farmácia, salas de consultas das médicas e das enfermeiras, um consultório para dentista, uma sala de estar para os pacientes, cozinha, sala de Zoonoses, quatro banheiros, uma sala pequena onde ficam os materiais de limpeza, uma sala das ACS e uma sala de curativo. Neste espaço físico atuam três equipes de saúde da família. (SMSRN, 2014)

Para o presente trabalho toda a equipe participou de alguma forma e no estudo de estimativa rápida vários problemas foram levantados, mas identificamos que um dos principais problemas de saúde é a quantidade de pacientes com Hipertensão Arterial Sistêmica. São 480 pessoas cadastradas no sistema Hiperdia. Através do atendimento da equipe observou-se a dificuldade na manutenção da pressão arterial em níveis considerados adequados em uma grande parcela dos usuários devido os mesmos não fazerem atividades físicas, dieta adequada e uso correto dos medicamentos.

A equipe considera, dentre outros fatores, certa falta de conhecimento sobre sua doença. Desta forma, considerou-se importante avaliar e elaborar um plano de intervenção com objetivo principal de incentivar as mudanças dos hábitos e estilos de vida em busca de condições mais saudáveis de vida. Espera-se que com estas medidas, poderá ocorrer melhoria da qualidade de vida.

2 JUSTIFICATIVA

Este trabalho se justifica pela elevada prevalência e incidência de Hipertensão Arterial Sistêmica na comunidade da área de abrangência da equipe de saúde Nova Pampulha I, do Município de Ribeirão Das Neves. Encontramos numerosos pacientes com HAS/ Hipertensão Arterial Sistêmica atendidos nas consultas de acompanhamento dos usuários com doenças crônicas. Observamos baixo índice de pesquisa de HAS na comunidade o que constitui um sério problema, uma vez que o diagnóstico e tratamento precoce ajuda a diminuir a incidência de doenças correlatas como Cardiopatia Isquêmica e Doenças Cérebro Vasculares. É elevado o número de pacientes com fatores de risco que contribuem para a ocorrência das citadas doenças.

Nossa equipe de saúde participou da análise dos principais problemas e a partir dos dados levantados foi possível compreender que ainda temos muitas deficiências a requerer muito trabalho pela frente, com o objetivo fundamental de dar à população da área de abrangência uma atenção integral. Foi possível compreender que temos à nossa disposição recursos humanos e materiais que facilitam a implementação de um projeto de Intervenção com maiores possibilidades de sucesso.

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) representa grave problema de saúde no Brasil, não só pela elevada prevalência como também pela acentuada parcela de hipertensos não diagnosticados, ou não tratados de forma adequada, ou ainda, pelo alto índice de abandono do tratamento (ROESE, 2011).

A hipertensão quase sempre, acompanha esses fatores de forma progressiva, lesões nos vasos sanguíneos com consequentes alterações de órgãos alvos como cérebro, coração, rins e retina. Principalmente é uma doença silenciosa: não dói, não provoca sintomas, entretanto, pode matar. A maioria das vezes quando ocorrem sintomas, já decorrem de complicações graves (ROESE, 2011).

3 OBJETIVO

Propor um plano de Intervenção para a assistência à população com hipertensão arterial sistêmica, na equipe do Programa de Saúde da Família Nova Pampulha I do Município de Ribeirão das Neves.

4 METODOLOGIA

Para elaboração deste trabalho foi utilizada a metodologia do PES. Foi realizado o diagnóstico situacional, seguido da revisão de literatura e elaboração do plano de intervenção. Primeiramente, foi executado um diagnóstico situacional, com a colaboração da equipe de saúde. Este diagnóstico foi baseado no método de estimativa rápida, método considerado apropriado para se obter informações sobre um conjunto de problemas e de recursos potenciais para o seu enfrentamento, em curto período de tempo e sem gastos; constituindo, assim, importante ferramenta para viabilizar um processo de planejamento participativo. Seu objetivo é envolver os diversos segmentos da população na identificação das suas necessidades e problemas.

O método da estimativa rápida consiste em: coletar somente os dados pertinentes e necessários; obter informações que possam refletir as condições e as especificidades locais e envolver a população em sua implementação. Os dados levantados por meio deste método devem ser coletados em três fontes principais: nos registros escritos existentes ou fontes secundárias; em entrevistas com informantes-chaves, utilizando roteiros ou questionários curtos e na observação ativa da área.

Para a revisão de literatura, a opção foi a pesquisa *online* através do acesso ao centro de informação da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) através da base de dados: Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), *Scientific Electronic Library Online* (SciELO) acerca dos fatores de risco para HAS em adultos. Estabeleceram-se como critérios para a seleção da amostra os artigos publicados no Brasil, no decênio 2006 a 2016, que tenham o texto completo disponível e que estejam em língua portuguesa e que se refiram aos descritores hipertensão arterial, risco cardiovascular aumentado e fatores de risco para hipertensão.

Para Vasconcelos (2004) a revisão de literatura representa uma modalidade de estratégia de abordagem a ser utilizada dentro de seções particulares de pesquisas inspiradas no paradigma da complexidade, principalmente nos tópicos de

contextualização, dada a característica de multiperspectivismo necessária no enquadramento de um objeto.

Para Ruiz (2008) a pesquisa bibliográfica consiste no exame de um manancial de informações contidas em livros, artigos e documentos com o intuito analisar e levantar o que já foi produzido sobre determinado assunto.

A elaboração do trabalho contou com as normas da disciplina Iniciação à Metodologia Científica e o seu módulo correspondente (CORREA, 2013).

Após este processo foi feita uma proposta para a elaboração de plano de intervenção a ser aplicado pela equipe do PSF Nova Pampulha I. Todas as etapas e aspectos da construção foram descritos e estão apresentados no tópico do Plano de intervenção.

5 REVISÃO DE LITERATURA

Nas últimas décadas, houve uma importante mudança no perfil da mortalidade da população brasileira, com aumento dos óbitos causados por doenças crônicas degenerativas e causas externas. Nesse contexto, as doenças cardiovasculares passaram a ser as causas mais comuns de morbidade e mortalidade em todo o mundo, incluindo o Brasil e, entre os fatores de risco para doença cardiovascular encontra-se a hipertensão arterial (GUEDES *et al.*, 2011). A HAS é um grave problema de saúde pública, sendo considerado um dos principais fatores de risco para as doenças cardiovasculares e é responsável por altas taxas de morbidade (OLIVEIRA, 2013).

A HAS apresenta prevalência entre 15% e 20% na população adulta e mais de 50% na população idosa. Por acometer uma parcela significativa de indivíduos em plena fase produtiva, ganha especial relevância o fato de que na população hipertensa, apenas 50% têm o diagnóstico e destes, metade recebe tratamento e apenas 25% têm sua pressão adequadamente controlada. Além disso, os dados da literatura indicam que 25% dos pacientes com HAS não aderem ao tratamento (GIROTTI *et al.*, 2013).

É preciso ter muito cuidado e atenção antes de rotular alguém como hipertenso, tanto pelo risco de um diagnóstico falso-positivo, como pela repercussão na própria saúde do indivíduo. Recomenda-se repetir a aferição de pressão arterial em diferentes períodos, antes de caracterizar a presença de HAS. Este diagnóstico requer que se conheça a pressão usual do indivíduo, não sendo suficiente uma só aferição (BRASIL, 2006).

É necessário excluir a hipertensão do jaleco branco e hipertensão mascarada, pois interferem no diagnóstico correto. A hipertensão do jaleco branco consiste níveis tensionais elevados (maior ou igual a 140/90 mmHg) apenas quando um profissional de saúde aferir a pressão do paciente, mantendo valores normais quando aferida em casa por amigos ou familiares. A hipertensão mascarada é definida como valores normais da PA no consultório (menores que 140/90 mmHg), porém com PA elevada pela monitorização ambulatorial durante o período de vigília ou na monitorização residencial (SBC, 2010).

O seu controle depende de medidas farmacológicas e não farmacológicas. As medidas não farmacológicas são indicadas indiscriminadamente aos hipertensos. Entre essas medidas estão a redução do consumo de álcool, o controle da obesidade, a dieta equilibrada, a prática regular de atividade física e a cessação do tabaco. A adesão a esses hábitos de vida favorece a redução dos níveis pressóricos e contribui para a prevenção de complicações (OLIVEIRA, 2013).

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 por doença cardiovascular, possibilitam a prevenção primária e a detecção precoce, que devem ser as metas principais dos profissionais de saúde, já que são as formas mais efetivas de evitar a doença (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 FR. Apesar das evidências incontestáveis, esses FR relacionados aos hábitos de vida continuam a aumentar, levando ao aumento da incidência, da prevalência e do controle inadequado da HAS na população (BRASIL, 2006).

Segundo Roese *et al.* (2011), os municípios que possuem a Estratégia de Saúde da Família realizam o cadastro e o acompanhamento da população adscrita 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.

A implantação de programas multidisciplinares no âmbito do PSF, envolvendo o acompanhamento do estado de saúde individual e coletivo, além do estímulo à adoção de hábitos de vida saudáveis, se mostrou medida eficaz para a redução dos riscos à saúde da população em questão (AMER, MARCON e SANTANA, 2010)

Xavier *et al.* (2008) concluíram que há efeito protetor de algumas doenças dependendo do tempo de participação no PSF, apesar de uma prevalência maior de HAS e obesidade na população participante desse programa. Sendo assim, perceberam que quanto mais tempo participando do PSF, maior a proteção contra doenças cardiovasculares e cerebrovasculares, mostrando, neste estudo, que o PSF

foi eficiente na promoção da saúde da população avaliada. A exemplo desses estudos, constata-se que a Estratégia Saúde da Família, em sua atuação na promoção da saúde e prevenção de enfermidades, por meio de programas específicos, mostra-se essencial e significativamente importante no controle a longo prazo da saúde dos pacientes hipertensos.

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma doença crônica com alta prevalência na população brasileira e mundial, com elevado custo econômico e social, principalmente em decorrência das suas complicações (CORRÊA, T *et al.*, 2006).

A pressão arterial é a força com a qual o coração bombeia o sangue através dos vasos. É determinada pelo volume de sangue que sai do coração e a resistência que ele encontra para circular no corpo. Ela pode ser modificada pela variação do volume de sangue ou viscosidade (espessura) do sangue, da frequência cardíaca (batimentos cardíacos por minuto) e da elasticidade dos vasos. A hipertensão é uma pressão sistólica superior a 140 mmHg e uma pressão diastólica maior de 90 mmHg durante um período sustentado, com base na média de duas ou mais mensurações da pressão arterial, obtidas em dois ou mais contatos com o profissional de saúde, depois de uma triagem inicial (BRUNNER e SUDDARTH, 2005).

Além das elevações típicas da pressão arterial, a hipertensão é classificada de acordo com a causa, a gravidade e o tipo. Os dois tipos principais são: hipertensão idiopática, também conhecida como primária ou essencial, que é a mais comum (90 a 95% dos casos) e a hipertensão secundária, causada por uma doença renal ou alguma outra coisa detectável (BOUNDY *et al.*, 2004).

A causa exata na maioria dos casos de hipertensão não é identificada, porém sabe-se que é uma condição multifatorial. Vários são os fatores de risco que associados entre si e a outras condições favorecem o aparecimento desta patologia, sendo eles: idade, sexo, hereditariedade, raça, obesidade, estresse, anticoncepcionais orais, dieta rica em sódio e gorduras e diabetes mellitus (TRINDADE *et al.*, 2007).

Em geral, as medidas não farmacológicas são experimentadas em primeiro lugar, especialmente nos casos brandos recém-diagnosticados. Se essas medidas

forem ineficazes, o tratamento evolui de maneira progressiva para incluir vários tipos de agentes anti-hipertensivos (BOUNDY *et al.*, 2004).

Após o diagnóstico de hipertensão arterial faz-se necessária a mudança no estilo de vida do indivíduo. Alterar esse estilo de vida não é uma tarefa fácil, porém, se torna útil, pois assim o objetivo do tratamento será alcançado e o indivíduo poderá usufruir de uma vida mais saudável.

A hipertensão arterial ocasiona transformações expressivas na vida dos pacientes, sejam elas na esfera psicológica (sensação de impotência, de medo), familiar (deixar de viajar com a família), social (isolamento, perda das atividades de lazer) ou econômica (deixar de trabalhar, aposentadoria) pela possibilidade de agravos em longo prazo (MANTOVANI *et al.*, 2008).

6 PLANO DE INTERVENÇÃO

O Plano de intervenção que passamos a apresentar foi criado a partir das atividades da disciplina Planejamento e Avaliação das Ações em Saúde e tem o seu método próprio de trabalho.

6.1 Objetivo do Plano de Intervenção

Reduzir a prevalência e incidência da Hipertensão Arterial Sistêmica na população assistida pela equipe do Programa de Saúde da Família Nova Pampulha I do Município de Ribeirão das Neves

6.2 Diagnóstico Situacional da área de abrangência do PSF Nova Pampulha I

Caracterização do Município

Deixo registrado neste de trabalho de conclusão de curso alguns aspectos da história e criação do Município de Ribeirão das Neves, por considerar que no planejamento do trabalho da equipe são pontos que serão levados em consideração. A história de um povo compõe a sua cultura e isto traz influências para o modo de viver e cuidar da sua saúde pessoal e coletiva.

Ribeirão das Neves faz parte da Região Metropolitana de Belo Horizonte (RMBH). Situado a noroeste de Belo Horizonte, distando da Capital aproximadamente 32 Km, ocupa 4,1% da área total da Região Metropolitana de Belo Horizonte.

Ribeirão das Neves compreende três macro-regionais: o distrito de Justinópolis, a regional Centro e a regional Veneza. Ribeirão das Neves é também conhecida por abrigar diversas cadeias do Estado de Minas Gerais. Possui área total: 157 km², com 155 bairros aprovados, altitude máxima: 1.019 metros - Córrego do Café e altitude mínima: 730 metros - Córrego Água Fria. Ribeirão das Neves é dividida em cinco regiões sanitárias: Região I (Central), Região II (Veneza) e regiões II, IV, V (Justinópolis) (PMRN, 2015).

As primeiras referências sobre o município de Ribeirão das Neves são do

início do século XVIII, quando denominava-se Matas de Bento Pires. Em 1745, o mestre-de-campo Jacintho Vieira da Costa recebeu o título de sesmaria com uma porção de terra na região central e dois anos mais tarde, constrói uma Capela dedicada a Nossa Senhora das Neves, dando origem ao nome Fazenda das Neves. Em 1760, morreu Jacintho Vieira da Costa que tinha oito filhos ilegítimos. Herdou seus bens o filho Antônio Vieira da Costa. Esta herança gerou um conflito que durou até 1796 quando o herdeiro falece, sem deixar sucessores (GRANBEL, 2011).

Os bens foram levados a leilão, e as fazendas das Neves e Carijós foram arrematadas pelo Capitão José Luís de Andrade, português, morador da Vila do Sabará, iniciando um novo período na história do município. José Luís casou-se em 1799 com a Dona Francisca Antônia da Costa, com a qual teve dois filhos: O Guarda-mor Joaquim José de Andrade e o Padre José Maria de Andrade. Joaquim José de Andrade, nascido em 1781, veio para Neves em 1818 para morar na Fazenda dos Carijós (hoje bairros Santa Marta, Santa Martinha, Porto Seguro e Nova União) e a comprou de seu pai em 1825. Casou-se em 1826 com Dona Úrsula Maria Nogueira de Alvarenga com a qual teve 8 filhos, deixando grande descendência em Ribeirão das Neves e Pedro Leopoldo. José Maria de Andrade, segundo filho do Capitão, nasceu em 1794, ordenou-se padre em 1818, vindo para a Fazenda das Neves onde ficou até sua morte. Com a vinda do Padre, a Capela já existente desde 1747 passou a ter mais importância. Em 1820, foi criada uma Guardamoria nas Capelas de Nossa Senhora das Neves e Santo Antônio da Venda Nova. A lei Providencial de 15 de setembro de 1827, reforçada pelo Decreto de 11 de setembro de 1830, eleva Neves a Distrito de Paz, com uma população aproximada de 1.241 habitantes (GRANBEL, 2011).

Relativamente ao período em que Neves foi distrito de 1827 a 1846 existe uma grande quantidade de documentos tais como mapas de população, listas de juízes de Paz, fiscais e procuradores subalternos.

Neves perdeu a condição de distrito em 1846 através do pedido do então vereador, Padre José Maria de Andrade, visto as condições precárias da capela e o aumento da população. É criado então, o distrito de Venda Nova, ao qual Neve é anexado. O padre José Maria de Andrade morreu e foi sepultado no interior da

capela de Neves. Em seu testamento ele citou e reconheceu seis filhos. É extensa sua descendência no município Ribeirão das neves (GRANBEL, 2011).

Após a morte do padre, Neves foi anexada ao distrito de Pindahybas (Lei nº2.041 de 01/12/1873), atual Vera Cruz de Minas (Pedro Leopoldo) com a qual permaneceu até 1911, quando ambas foram anexadas ao recém criado município de Contagem.

Em 1938, Contagem perdeu sua autonomia de município e foi anexada a Betim juntamente com todos os seus distritos, incluindo Neves e Campanha. Neste mesmo ano, foi inaugurada a Penitenciária Agrícola de Neves. Durante cinco anos, Neves pertenceu a Betim, quando foi, então, anexada ao município de Pedro Leopoldo, criado no ano de 1943. A mesma lei que transfere o distrito de Neves para Pedro Leopoldo altera seu nome para Ribeirão das neves (GRANBEL, 2011).

Após várias reuniões dos representantes políticos, população e governador, Ribeirão das Neves se torna município através da Lei nº1.039 de 12 de dezembro de 1953 sendo anexado ao seu território o distrito de Campanha com o nome alterado para Justinópolis e o povoado de Areias.

Alguns dados de importância são:

- Área total do município :157,41 km²
- Concentração habitacional:1931,92 hab./km²
- Número aproximado de domicílios e famílias: 94.791 domicílios e 85.239 famílias.
- Índice de Desenvolvimento Humano (IDH): 0,684
- Taxa de Urbanização: 99,07% (2012)
- Taxa de Crescimento Anual: 1,57%
- Densidade demográfica: 1.931,92
- Taxa de Escolarização: sem informação para o momento brindada pela secretaria de saúde
- Proporção de moradores abaixo da linha de pobreza: 2,21% da população.
- Taxa de analfabetismo rural 8,73 % e urbana 6,20%
- Número de pessoas alfabetizadas acima de 15 anos 144,749 para um total de 153,308 pessoas.

- População usuária da assistência à saúde no SUS: 89,8%

A renda per capita média de Ribeirão das Neves cresceu 102,59% nas últimas duas décadas, passando de R\$236,82 em 1991 para R\$319,28 em 2000 e R\$479,77 em 2010. A taxa média anual de crescimento foi de 34,82% no primeiro período e 50,27% no segundo. A extrema pobreza (medida pela proporção de pessoas com renda domiciliar per capita inferior a R\$ 70,00, em reais de agosto de 2010) passou de 13,65% em 1991 para 6,41% em 2000 e para 2,21% em 2010. A desigualdade diminuiu: o Índice de Gini passou de 0,45 em 1991 para 0,43 em 2000 e para 0,39 em 2010 (GRANBEL, 2011).

O município tem forte o setor terciário (Ricardo Eletro, Casas Bahia, Drogaria Araujo, Amigão calçados, supermercados Bretas, Apoio Mineiro, Maxxi atacado, supermercado Epa, Vinagre Dicasa, Grupo Embrasil, entre outras), possui atualmente algumas fábricas, que fortalecem o crescimento do município, e um comércio em crescimento que abriga uma parte pequena da população economicamente ativa. Atualmente, o título de "cidade dormitório" já não pode ser usado, devido aos altos números da migração pendular obtidos pela cidade.

O quadro 1 apresenta a distribuição da população do município por faixa etária e o quadro 2, a população da área de abrangência da Unidade de Saúde Nova Pampulha I.

Quadro1: Aspectos Demográficos do Município:

Total da População										
Nº de	>1	1 – 4	5 – 9	10 – 14	15 – 19	20 – 24	25 – 39	40 – 59	60 e +	Total
Indivíduos	4.496	18.031	25.108	29.021	27.376	28.403	79.180	63.677	21.025	296.317
Área Urbana- 294.153										
Área Rural 2.164										
Total 296.317										

Fonte: IBGE, 2013

Quadro2: Aspectos Demográficos do Centro de Saúde Nova Pampulha I

Total da População										
Nº de	>1	1 – 4	5 – 9	10 – 14	15 – 19	20 – 24	25 – 39	40 – 59	60 e +	Total
Indivíduos	50	163	217	304	370	335	882	938	357	3616
Total de famílias cadastradas- 847										

Fonte: IBGE, 2013

O Conselho Municipal de Saúde é paritário, com 50% de usuários, 25% trabalhadores do Sindicato e 25% representantes dos Prestadores de Serviço. O município tem 24 conselheiros titulares e 24 suplentes. São divididos em 04 titulares do serviço (governo), 02 de prestadores de serviço, 03 de trabalhadores da Saúde, 03 de trabalhadores do Sindicato e 12 de Usuários. Todos com seus respectivos suplentes. (PMRN, 2014)

A implantação da Estratégia de Saúde da Família (ESF) aconteceu em 1996: 53 equipes de Saúde da Família, 06 equipes de Saúde Bucal, 03 NASF, 01 CEO e 05 UBR.

O serviço é dividido em redes de média e alta complexidade:

No nível médio contamos com duas unidades de Pronto Atendimento (Nível II e Nível III) e um Hospital, o São Judas Tadeu. Na alta complexidade os usuários são referenciados para Belo Horizonte.

Os recursos humanos em Saúde são: 66 profissionais comissionados e 891 contratados – 957 servidores (SMSRN, 2014).

O diagnóstico situacional da área de abrangência do PSF Nova Pampulha I de Ribeirão das Neves, permitiu-nos identificar um conjunto de problemas que possibilitou a elaboração do Plano de Intervenção. Vejamos os passos seguidos para a elaboração da proposta do plano de intervenção.

6.3 Identificação dos problemas

Foram identificados cinco problemas considerados fundamentais, relacionados abaixo:

1. Alta incidência de Hipertensão Arterial Sistêmica, sem estratificação de risco cardiovascular.
2. Elevada prevalência de diabéticos e doenças psiquiátricas
3. Alta incidência de gravidez na adolescência
4. Alta atividade delituosa
5. Alto índice de tabagismo

6.4 Priorização dos Problemas

Todos os problemas têm uma importância alta e a capacidade de enfrentamento é limitada, mas, pela sua urgência, decidiu-se eleger prioridades.

6.5 Seleção do Problema:

Estabelecemos prioridades consoantes os problemas. Concluímos que a principal questão é a alta prevalência de Hipertensos

6.6 Caracterização do problema

As doenças crônicas não transmissíveis, dentre elas a Hipertensão Arterial, são causas de morte muito freqüente na população por não serem consideradas as complicações que podem decorrer do não acompanhamento adequado. Ditas doenças respondem por um terço de todas as mortes no mundo, devido ao envelhecimento da população e à propagação de fatores de risco associados à globalização e à urbanização (BRASIL, 2006).

Com um bom controle dos fatores de risco que afetam à população e principalmente os pacientes sob riscos de hipertensão, tais como: obesidade, sedentarismo, tabagismo, uso excessivo de álcool e café, hábitos alimentares inadequados, pode-se ter melhores resultados e controlar a doença. Por outro lado existem pacientes que ainda não sabem que sofrem de Hipertensão Arterial e outras

enfermidades e acham que estão bem, com ou sem sintomas e continuam com mau hábitos de vida o que poderá trazer consequências graves (BRASIL, 2006).

6.7 Priorização dos problemas

Segundo passo: Priorização dos problemas

Quadro 3 Priorização dos problemas				
Principais problemas	Importância	Urgência	Capacidade de enfrentamento	Seleção
Baixa atividade de prevenção nos bairros	Alta	6	parcial	3
Alta incidência de HAS na população estratificada de risco cardiovascular.	Alta	7	parcial	1
Elevada prevalência de diabéticos e doenças psiquiátricas.	Alta	6	parcial	4
Alta incidência de gravidez na adolescência	Alta	4	parcial	5
Existem 5 micros áreas que não têm agentes comunitários.	Alta	7	parcial	2

Fonte: ESF Nova Pampulha, 2015

6.8 Descrição do Problema

Quando a doença é diagnosticada o paciente deve ter alguns cuidados como: hábitos de vida saudáveis, praticar atividade física regularmente, evitar tabagismo, diminuir o consumo de sal, açúcares e farinhas;, evitar a obesidade e mesmo o sobrepeso; controlar os estresses e consultar regularmente (VILARTA, 2007)

A pressão arterial é considerada normal quando a pressão sistólica (máxima) não ultrapassa 130 mmhg e a diastólica (mínima) é inferior a 85 mmhg (BRASIL, 2006).

Na maioria das vezes, a pressão alta decorre de uma herança genética, mas também pode ser desencadeada por hábitos de vida pouco saudáveis como: obesidade, ingestão excessiva de sal ou de bebidas alcoólicas e inatividade física

É uma doença crônica, mas pode e deve ser controlada para prevenir as complicações. O tratamento contínuo pode melhorar a qualidade de vida do paciente. No Brasil cerca de 17 milhões do total da população são hipertensos. Deste total o 90% de pacientes com HAS tem hipertensão essencial e os 10% restantes tem hipertensão secundária (BRASIL, 2006).

6.9 Explicação do problema

A ausência de estratificação do risco clínico para HAS pela unidade de saúde, bem como a ausência de uma agenda fixa de educação continuada com o grupo de hipertensos e o desconhecimento dos pacientes hipertensos sobre a doença, tudo associado a fatores de risco modificável para HAS tais como dieta rica em gorduras saturadas e açúcares, sedentarismo, ingestão de bebidas alcoólicas, abandono das práticas saudáveis de controle da HAS e tabagismo, acarreta uma descompensação da doença e complicações posteriores.

6.10 Identificação de: nós críticos, operações, resultados esperados e recursos necessários

Aqui serão descritos os nós críticos, as operações, o produto e os resultados esperados e os recursos necessários para sua realização:

Para enfrentar o problema é de grande importância conhecer suas principais causas:

1. Relacionadas com os pacientes:
 - Hábitos e estilos de vida da população: não querem ser dependente da medicação, tabagismo, alimentação inadequada, consumo de álcool, sedentarismo, não adesão ao tratamento.
 - Baixo nível de instrução escolaridade: não saber como tomar a

medicação/pacientes analfabetos.

- Grau de dependência: pacientes acamados ou com incapacidade mental.
- Baixo nível de informação respeito a sua patologia.

2. Relacionadas com a equipe de saúde:

- Receitas com prescrições ilegíveis.
- Poucas atividades educativas sobre Hipertensão Arterial.
- Falta de inserção na agenda da equipe para atendimento adequado ao HIPERDIA.
- Falta de incentivo para atividades de promoção a saúde e prevenção dos agravos.

6.11 Seleção dos nós críticos

Foram identificados alguns nós críticos para o enfrentamento do problema de saúde priorizado. Segundo o conceito elaborado pelo PES, nó crítico é um tipo de causa de um problema que, quando “atacada”, é capaz de impactar o problema principal e efetivamente transforma-lo (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010). Identificaram-se entre as várias causas, aquelas consideradas as mais importantes na origem do problema e, por isso, requerem enfrentamento:

1- Baixo nível de informação e conhecimento da população acerca da Hipertensão Arterial. E, também, da importância da adesão, do acompanhamento clínico, e da terapia medicamentosa. Ter em conta a existência de mitos e tabus sobre alimentação saudável, o uso incorreto da medicação e os benefícios da atividade física.

2- Processo de trabalho da ESF inadequado. É preciso reorganizar o serviço para poder oferecer uma assistência efetiva

3- Deficiência na gestão municipal – dificuldades no fluxo dos pacientes para serviços especializados, hospitalização, assim como no fluxo das

contra referências para lograr o correto acompanhamento dos pacientes. A contra referência é um fator de alta importância porque a equipe de atenção básica fica sem informação para dar continuidade da assistência.

Quadro 4 Nós críticos definidos para o problema enfrentado: altos níveis de HAS na população assistida no PSF Nova Pampulha I, Ribeirão das Neves MG, 2016.				
Nós críticos	Operação/Projeto	Resultados esperados	Produtos esperados	Recursos necessários
Fatores de risco	Viver com melhor qualidade de vida e Modificar hábitos e estilos de vida.	Diminuir o número de pacientes com fatores de risco.	Programação de Grupos educativos de pacientes com fatores de risco e consultas médicas e de enfermagem	Financeiros- para aquisição de folhetos educativos; Organizacionais- para organizar as atividades; Cognitivo- mais informação sobre o tema (educação permanente) e sobre estratégias de comunicação; Político- mobilização social e articulação intersetorial com a rede de ensino.
Baixo nível de informação sobre a doença e sobre os fatores de risco	Saber mais sobre a doença e Aumentar o nível de informação da população sobre os fatores de riscos	População mais informada sobre a doença e os fatores de risco	Avaliação do nível de informação da população; Programação de Grupos educativos e consultas médicas e de enfermagem; Capacitação dos ACS e técnica de enfermagem.	Financeiros- para aquisição de folhetos educativos e cadernos para confecção de novas agendas; Organizacionais- organização da agenda para as atividades; Cognitivo- mais conhecimento sobre o tema e sobre estratégias de comunicação; Políticos- articulação intersetorial e mobilização social.

<p>Inadequada estrutura dos serviços de saúde</p>	<p>Melhorar a estrutura do serviço para o atendimento aos portadores de HAS</p>	<p>Melhorar o acolhimento dos pacientes com HAS; Ampliar a programação de consultas, e a oferta de exames e medicamentos</p>	<p>Melhorar o acolhimento dos pacientes com HAS; Programação de consultas médicas e de enfermagem; Aumento da oferta de exames e medicamentos.</p>	<p>Financeiros- para aquisição de cadernos para confecção de novas agendas e aumento da oferta de exames e medicamentos; Organizacionais- organização da agenda para as atividades; Cognitivo mais conhecimento sobre como o melhorar o acolhimento e estratégias de comunicação; Políticos- Decisão de aumentar os recursos para estruturar o serviço e aumentar a oferta de exames e medicamentos.</p>
---	---	--	--	--

Fonte: ESF Nova Pampulha, 2015

6.12 Identificação dos recursos críticos

Recursos críticos para o desenvolvimento das operações definidas para o enfrentamento dos nós críticos do problema de pacientes com HAS com fatores de risco associados sem adequado controle.

Quadro 5 Identificação dos recursos críticos -OPERAÇÃO /PROJETO	
<p>Saúde</p>	<p>Político- conseguir o espaço na rádio local; difusão por alto-falantes em automóveis. Financeiro- para aquisição de recursos audiovisuais, folhetos educativos</p>

Saiba mais de HAS	Político - articulação intersetorial Financeiro – para aquisição de recursos audiovisuais, folhetos educativos.
Contribuímos com seu melhor cuidado	Político – decisão de aumentar os recursos para estruturar o serviço.
Linha de cuidado	Político – articulação entre os setores da saúde e adesão dos profissionais Financeiros – recursos necessários para a estruturação do serviço (custeio e equipamentos)

-Fonte: ESF Nova Pampulha, 2015

6.13 Desenho das operações

Após a explicação e identificação das causas consideradas mais importantes, é necessário elaborar soluções e estratégias para o enfrentamento do problema, estruturando um plano de intervenção. Devem ser descritas as operações para o enfrentamento dos “nós críticos” e identificados os produtos e resultados para cada operação definida e os recursos necessários para a concretização das operações (CAMPOS *et al.*, 2010).

Quadro 6 Desenho das operações				
Nós críticos	Operação/Projeto	Resultados esperados	Produtos esperados	Recursos esperados
Baixo nível de informação e conhecimento da população acerca da Hipertensão Arterial	Bem Informado Aumentar o nível de informação da população sobre a importância da adesão a terapia medicamentosa para Hipertensão Arterial.	População mais informada sobre a Hipertensão Arterial (fatores de risco, prevenção, complicações e adesão a terapia medicamentosa) ESF mais capacitada para lidar com as dificuldades do	- Grupo educativo periódico desenvolvido por equipe multiprofissional (ESF e NASF) Abordando os assuntos sobre Hipertensão Arterial. - Campanha educativa na rádio local	Cognitivo: - Informação sobre o tema a serem apresentados no grupo e nas capacitações, - elaboração do projeto, estratégia de comunicação e pedagogia. Político: Articulação intersetorial.

		Programa de Hipertensão Arterial.	-Panfleto educativo -Ação comunitária	Adesão dos profissionais, mobilização social. Financeiro: Recursos audiovisuais, Folhetos educativos. Organizacional: Organização da agenda dos profissionais, aquisição da estrutura física adequada para desenvolver os trabalhos
Processo de trabalho da ESF inadequado para enfrentar o problema:	Linha de cuidado Implantar a linha de cuidado para paciente portador de Hipertensão Arterial, incluindo mecanismos de referência e contra referência, criação de uma planilha com dados de identificação dos portadores de Hipertensão Arterial, controle do comparecimento nas consultas médicas e nos grupos operativos, e intercorrências.	Cobertura de 100% da população com Hipertensão Arterial com garantia de atendimento e acompanhamento	Linha de cuidado implantada para paciente portador de Hipertensão Arterial; Recursos humanos capacitados; Gestão da linha de cuidado implantada, - Protocolos implantados - Pactuar a agenda diária com as capacitações	Cognitivo: Elaboração do projeto linha de cuidado. Político: Articulação intersetorial. Adesão dos profissionais. Financeiro: Aumentar a oferta de exames, consultas e medicamentos.
Deficiência na gestão	Cuidar Melhor Melhorar a estrutura do	Cobertura de 100% da população com Hipertensão	- Instituir eficaz o mecanismo de	Cognitivo: Elaboração do projeto de atenção aos

<p>municipal – dificuldades no fluxo dos pacientes para serviços especializados, hospitalização, assim como no fluxo das contra referências</p>	<p>serviço para atendimento dos portadores de Hipertensão Arterial, com garantia de atenção integral e acompanhamento adequado</p>	<p>Arterial garantindo medicamentos, consultas com especialistas, exames previstos, hospitalização, assim como no fluxo das contra referências para lograr o correto acompanhamento dos pacientes.</p>	<p>referência e contra referência - Compra de medicamentos - Contratação de compras de exames e consultas especializadas</p>	<p>hipertensos. Político: Decisão de aumentar os recursos para estruturar o serviço. Financeira: Aumentar a oferta de exames, consultas especializadas, vagas para hospitalização e medicamentos. Organizacional: Adequação de fluxos (referência e contra referência).</p>
---	--	--	--	--

Fonte: ESF Nova Pampulha, 2015

6.14 Recursos críticos

O quadro 7 permite uma visualização dos recursos críticos definidos para o problema enfrentado.

Quadro 7 recursos críticos	
Operação/Projeto	Recursos necessários
Bem informado	<p>Financeiros: Aquisição dos equipamentos audiovisuais, folhetos educativos.</p> <p>Políticos: Articulação intersetorial. Adesão dos profissionais, mobilização social.</p>
Linha de cuidado	<p>Cognitivo: Elaboração do projeto linha de cuidado.</p> <p>Político: Articulação intersetorial. Adesão dos profissionais.</p> <p>Financeiro: Aumentar a oferta de exames, consultas e medicamentos.</p> <p>Organizacional: Adequação de fluxos (referência e contra referência).</p>

Cuidar Melhor	<p>Político: Decisão de aumentar os recursos para estruturar o serviço.</p> <p>Financeira: Aumentar a oferta de exames, consultas especialidades, vagas para hospitalização e medicamentos.</p> <p>Organizacional: Adequação de fluxos (referência e contra referência).</p>
----------------------	---

Fonte: ESF Nova Pampulha, 2015

6.15 Análise da Viabilidade do Plano

Quadro 8 – Análise da viabilidade do plano

Operação/Projeto	Recursos necessários	Controle dos recursos críticos		Ação estratégica
		Ator que controla	Motivação	
<p>Bem informado Aumentar o nível de informação da população sobre a importância da adesão a terapia medicamentosa para hipertensão.</p>	<p>Político: Adesão dos profissionais</p> <p>Mobilização social.</p>	Profissionais de Saúde.	Favorável	Apresentar o projeto da Equipe
		Usuários da área de abrangência/ líderes comunitários	Indiferente	Apresentar o projeto à comunidade, repassando em reuniões comunitárias e associações do bairro
	Financeiro: Aquisição dos recursos audiovisuais, Folhetos.	Coordenação da Atenção Primária de Saúde (APS).	Indiferente	Apresentar o projeto da Equipe
<p>Linha de cuidado Implantar a linha de cuidado para o paciente portador de Hipertensão Arterial, incluindo mecanismos de referência e contra referência, criação de uma planilha de dados de identificação dos</p>	<p>Político: Organizacional: Adequação de fluxos (referência e contra referência).</p>	Secretaria Municipal de Saúde	Favorável	Reforçar com a Secretaria de Saúde a importância de todos os setores realizarem a referência e contra referência.

portadores de Hipertensão Arterial, controle do comparecimento nas consultas médicas e nos grupos operativos, e intercorrências.				
Cuidar melhor Melhorar a estrutura do serviço para atendimento dos portadores de Hipertensão Arterial com garantia de atenção integral e acompanhamento adequado	Financeira: Aumentar a oferta de exames, consultas especializadas, vagas para hospitalização e medicamentos.	Prefeitura Municipal/Secretaria de saúde	Indiferente	Apresentar projeto de estruturação da rede.

Fonte: ESF Nova Pampulha, 2015

6.16 Elaboração do Plano Operativo

Quadro 9– Plano Operativo

Operações	Resultados Esperados	Produtos	Ação estratégica	Responsável	Prazo
Bem informado	População mais informada sobre Hipertensão Arterial (fatores de risco, prevenção, complicações e adesão à terapia medicamentosa) ESF mais capacitada para	Grupo educativo periódico desenvolvido por equipe multiprofissional (ESF e NASF) abordando os assuntos sobre Hipertensão Arterial. Capacitação da ESF sobre abordagem do tema	Apresentar o projeto ao Coordenador da APS e a comunidade, repassando em reuniões comunitárias e associação de bairro.	Enfermeira Agentes Comunitarios Dra.Daiana Perez Marin Medico .	Início: em três. Termino: indeterminado

	lidar com as dificuldades do Programa de Hipertensão Arterial.				
Linha de cuidado	Satisfação do usuários; cumprimento dos protocolos clínicos para Hipertensão Arterial; assistência adequada e padronizada para os usuários cadastrados no Programa de HIPERDIA; alcance das metas preconizadas para o bom controle clínico de pacientes hipertensos; recursos melhor aproveitados.	Protocolo de atendimento a Hipertensão Arterial implementado pelo PSF. Capacitação do PSF a respeito do Protocolo para Hipertensão Arterial.	Apresentar aos gestores a necessidade de contratação para implementação dos protocolos de Hipertensão Arterial a lista de recursos necessários ao seguimento dos mesmos. Apresentar o projeto à Coordenação de APS e justificar a necessidade de capacitação dos profissionais.	Dra. Daiana Perez Marin Enfermeira.	Início: dois meses.
	Cobertura de 100% da população com Hipertensão Arterial com garantia de atendimento e acompanhamento.	Linha de cuidado para paciente portador de Hipertensão Arterial; Recursos humanos capacitados; Gestão da linha de cuidado implantada	Reforçar com a Secretaria de Saúde a importância de todos os setores realizarem a referência e contra referência.	Enfermeira	Início: três meses.
Cuidar Melhor!	Cobertura de 100% da população com Hipertensão	Instituir mecanismo de referência e contra	Apresentar projeto de estruturação da rede.	Enfermeira	Início em 2 meses e término em 4 meses.

	Arterial garantindo medicamentos, consultas com especialistas, exames previstos, hospitalização, assim como no fluxo das contra referências para lograr o correto acompanhamento dos pacientes.	referência - Compra de medicamentos - Contratação de compras de exames e consultas especializadas			
--	---	---	--	--	--

Fonte: ESF Nova Pampulha, 2015

6.17 Gestão do Plano

O Quadro 10 apresenta as planilhas de acompanhamentos de projetos

Bem informado!

Produtos	Responsável	Prazo	Situação atual	Justificativa	Novo prazo
Criar Grupo educativo com trabalho multiprofissional (PSF e NASF) abordando os assuntos sobre Hipertensão Arterial.	ACS, enfermeira, e médico	2 meses para início das atividades	Favorável	Até agora está no processo de discussão da equipe	
Campanha educativa na rádio local	Enfermeira	2 meses para início das atividades	Desfavorável	Em fase de elaboração do cronograma	2 meses

Elaboração e distribuição de panfletos educativos	ACS	1 mês para início das atividades	Favorável	Já realizado	
Ação comunitária	Enfermeira	2 meses para início das atividades	Favorável	Já realizado	

Fonte: ESF Nova Pampulha, 2015

Quadro 11 Linha do cuidado

Produtos	Responsável	Prazo	Situação Atual	Justificativa	Novo Prazo
Linha de cuidado implantada para usuários com Hipertensão Arterial	Enfermeira	2 meses para início das atividades	Favorável	Já realizado	
Recursos humanos capacitados	Enfermeira	6 meses para início da atividade	Favorável	Já realizado	
Gestão da linha de cuidado implantada	Médica	6 meses para início da atividade	Favorável	Já realizado	
Protocolos implantados	Médica	6 meses para início da atividade	Favorável	Já realizado	

Fonte: ESF Nova Pampulha, 2015

Quadro 12 Cuidar melhor!

Produtos	Responsável	Prazo	Situação Atual	Justificativa	Novo Prazo

Instituir mecanismo de referência e contra referência.	Enfermeira	2 meses para início das atividades			
Contratação de serviços de exames e consultas especializadas	Enfermeira e Médica	6 meses	Em negociação com o gestor.		

Fonte: ESF Nova Pampulha, 2015

6.18 Monitoramento e avaliação

Considerando que o plano de intervenção tem como base ações educativas e mudanças de hábitos de vida da população assistida, o mesmo terá de ser monitorado e avaliado permanentemente, visando fazer as correções de rumo, na medida do necessário. Assim, como pode ser observado no quadro abaixo, alguns indicadores que vão contribuir para que ações propostas sejam acompanhadas.

Quadro 13 Monitoramento e avaliação						
Indicadores	Atual		Em 3 meses		Em 6 meses	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Nº de campanhas educativas realizadas	9	100				
Nº de capacitações realizadas	4	100				

Fonte: ESF Nova Pampulha, 2015

7 CONSIDERAÇÕES FINÁIS

A hipertensão arterial vem se destacando como a enfermidade importante nos dias atuais e se tornando um grande problema de saúde pública. Como relatado durante este trabalho, esta doença está cada vez mais presente na população adulta. Explorar esse estudo é de fundamental importância na qualidade de vida dos hipertensos.

A pós-graduação em saúde da família nos permite reafirmar a necessidade de mudança de paradigma assistencial para que as ações em saúde possam ser verdadeiramente preventivas. A perspectiva deste trabalho permite a operacionalização de um acompanhamento aos usuários portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica do PSF Nova Pampulha I, mas que, primeiramente, inicie-se um processo de conhecimento de cada usuário e suas condições vulneráveis de saúde e a partir do processo de estratificação do risco clínico para HAS possa-se direcionar as ações de controle da doença focando na mudança de hábitos de vida não saudáveis.

O plano de intervenção se mostra uma ferramenta extremamente útil para auxiliar a equipe de saúde a lidar com os problemas do dia a dia da Unidade. Por meio dele, levam-se em conta todas as variáveis conhecidas do problema em questão, o que por si só, já facilita sua resolução.

Espera-se que este trabalho seja útil para a equipe do Programa de Saúde da Família da equipe Nova Pampulha I de Ribeirão das Neves, uma vez que os seus membros estiveram presentes no processo da sua elaboração.

Temos também a expectativa de que a população da área de abrangência tenha uma assistência sistematizada pela equipe local e que possamos alcançar as mudanças sucessivas nos hábitos de vida da população acometida por hipertensão arterial sistêmica.

REFERÊNCIAS

- AMER, N. M.; MARCON, S. S.; SANTANA, R. G. Índice de massa corporal e Hipertensão arterial em indivíduos adultos no Centro-Oeste do Brasil. **Arq. Bras. Cardiol.** São Paulo, vol. 96, no. 1, Jan. 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Hipertensão arterial sistêmica.** Departamento de Atenção Básica, Brasília, 2006.
- BOUNDY, Janice et al. **Enfermagem médico-cirúrgica.** 3. ed. Rio de Janeiro: Reichmann & Affonso, 2004.
- BRUNNER, Lilian S.; SUDDARTH, Doris S. **Tratado de enfermagem medicocirúrgico.** 10. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.
- CAMPOS, F.C.C.; FARIA, H.P.; SANTOS, M.A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde.** NESCON/UFMG - Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. 2. ed. Belo Horizonte: Coopmed, 2010. 114p.
- CORRÊA, Edison José; VASCONCELOS, Mara; SOUZA, Maria Suzana de Lemos. **Iniciação à metodologia: textos científicos.** Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2013
- CORRÊA, Thiago Domingos et al. **Hipertensão arterial sistêmica: atualidades sobre sua epidemiologia, diagnóstico e tratamento.** 2006. Disponível em: <<http://www.fmabc.br/admin/files/revistas/31amabc91.pdf>>. Acesso em: 17 abr. 2009.
- GIROTTO, E. *et al.* Adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico e fatores associados na atenção primária da hipertensão arterial. *Ciência & saúde coletiva*, Londrina, V. 18, n. 6, p. 1763-1772. 2013
- GRANBEL. História de Ribeirão das Neves, - Associação dos Municípios Região Metropolitana de BH, Belo Horizonte, 2011, coletado em 2014 no site <http://granbel.com.br/index.php/municipios-metropolitanos>
- GUEDES, M. V. C. *et al.* Barreiras ao tratamento da hipertensão. **Revista Brasileira de Enfermagem-REBEN**, Brasília, V. 64, n. 6, p. 1038-1042. 2011.
- IBGE- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, Ribeirão das Neves e seu histórico, 2013, Captado em 2014 no site <http://cidades.ibge.gov.br/painel/historico.php?lang=&codmun=315460&search=minas-gerais|ribeirao-das-neves|infograficos:-historico>
- MANTOVANI, Maria de Fátima et al. **Caracterização dos usuários e o conhecimento sobre a hipertensão arterial.** 2008. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah/iah.xis>>

&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=489765&indexSearch=ID>. Acesso em: 19mar. 2014.

NOBRE, F. *et al.* VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Revista Brasileira de Hipertensão**. Rio de Janeiro , vol.17, n.1, Jan/Mar. 2010, 57p.

OLIVEIRA, T. L. *et. al.*, Eficácia da educação em saúde no tratamento não medicamentoso da hipertensão arterial. **Acta Paul Enferm**, São Paulo, V. 26, n. 2, p.179-184. 2013.

PMRN- PREFEITURA MUNICIPAL DE RIBEIRÃO DAS NEVES- Estado de Minas Gerais. Autor histórico, Gladston Policarpo, Ribeirão das Neves, 2014

SMSRN-SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE NEVES, relatos da equipe Pampulha 1, Ribeirão das Neves, 2014 Explicitar no texto

ROESE, A. *et al.* Perfil de Hipertensão Arterial Sistêmica e de Diabete Mellitus a partir de bases de dados nacionais em municípios de pequeno porte no Rio Grande do Sul, Brasil. **Rev. APS**. 2011; Jan/Mar; 14(1); 75-84 (p.80)

RUIZ, João Álvaro. **Metodologia Científica: Guia para eficiência nos estudos**. 6ªed. São Paulo: editora Atlas. 2008.

SBC-SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. **VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão**. Arq Bras. Cardiol, 2010; 95 (1 supl.1): 1-51.

TRINDADE, Dannielle *et al.* **Estudo da ocorrência de acidente vascular cerebral em hipertensos cadastrados no PSF Carapina II do município de Governador Valadares**. 2007. 46 f. TCC (Graduação em Enfermagem) – Área de Ciências Biológicas e da Saúde, Universidade Vale do Rio Doce, Governador Valadares, 2009.

VASCONCELOS, Eduardo Mourão. **Complexidade e Pesquisa Interdisciplinar: Epistemologia e Metodologia Operativa**. 2ª ed. Petrópolis: editora Vozes, 2004

VILARTA, r. **Alimentação Saudável, Atividade Física e Qualidade de Vida**. IPES Editorial Campinas, 2007. Disponível no site http://www.fef.unicamp.br/fef/sites/uploads/deafa/qvaf/alimen_saudavel_completo.pdf