

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

KATIA YULIET RODRIGUEZ LICEA

**INTERVENÇÃO SOBRE HIPERTENSÃO ARTERIAL PARA DIMINUIR
SUA INCIDÊNCIA NA POPULAÇÃO DA ÁREA DE ABRANGÊNCIA
DA EQUIPE "ESPLANADA II"**

Polo Montes Claros/ MG

2016.

KATIA YULIET RODRIGUEZ LICEA.

**INTERVENÇÃO SOBRE HIPERTENSÃO ARTERIAL PARA DIMINUIR
SUA INCIDÊNCIA NA POPULAÇÃO DA ÁREA DE ABRANGÊNCIA
DA EQUIPE "ESPLANADA II"**

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

Orientadora: Liliane da Consolação Campos Ribeiro

Polo Montes Claros/ MG

2016.

KATIA YULIET RODRIGUEZ LICEA

**INTERVENÇÃO SOBRE HIPERTENSÃO ARTERIAL PARA DIMINUIR
SUA INCIDÊNCIA NA POPULAÇÃO DA ÁREA DE ABRANGÊNCIA
DA EQUIPE "ESPLANADA II"**

Banca examinadora

Examinador 1: Prof. Liliane da Consolação Campos Ribeiro UFVJM

Examinador 2 – Prof. Gabriela de Cássia Ribeiro UFVJM

Aprovado em Belo Horizonte, em 17 de maio de 2016

RESUMO

A hipertensão arterial é uma doença comum em todo o mundo e acomete jovens, adultos e idosos, pessoas de ambos os sexos, de todas as raças e de qualquer padrão social. Durante os atendimentos da Equipe de Saúde Familiar (ESF), tanto na demanda espontânea quanto na programada dos hipertensos notou-se um grande número descontrolados. Para o enfrentamento desta importante problemática de Saúde foi desenvolvido um plano de intervenção baseada no Planejamento Estratégico Situacional na ESF Esplanada II do Município de Montes Claros no estado de Minas Gerais, com o objetivo de controlar a hipertensão arterial sistêmica; identificar os fatores determinantes do aumento hipertensão arterial sistêmica descontrolada. Descreveu-se a fundamentação teórica para a elaboração do plano de intervenção. Ao concluir este trabalho, pretende-se evidenciar a eficácia do plano de intervenção, conseguir incrementar o nível de conhecimento da população sobre a Hipertensão Arterial como Doença Crônica Não Transmissível e a importância da adesão aos tratamentos, da alimentação saudável, da prática do exercício físico sistemático e do controle do peso e da pressão arterial.

Palavras-chave: Hipertensão Arterial Crônica. Fatores de risco. Hábitos e estilos de vida saudável.

ABSTRACTAT

Hypertension is a common disease worldwide and affects young adults and elderly people of both sexes, all races and all social standard. During the visits of our Family Health Team (FHT), both in spontaneous demand and scheduled in the hypertensive noticed a large number of them in disarray. To address this important health issue has developed a joint action plan on the Situational Strategic Planning in the FHS Esplanada II of Montes Claros municipality in the state of Minas Gerais in order to reduce uncontrolled hypertension; identify the determinants of the increase in uncontrolled hypertension. He described the theoretical basis for the preparation of the action plan. Upon completion of this work, it is intended to highlight the effectiveness of the intervention plan, achieve increase the population's level of knowledge in the Hypertension and Chronic Disease Not Transmissible and the importance of treatment adherence, healthy eating, the practice of systematic physical exercise and controlling weight and blood pressure.

Keywords: Hypertension Chronic. Risk factors. Habits and healthy lifestyles.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	7
2 JUSTIFICATIVA.....	22
3 OBJETIVOS.....	23
4 METODOLOGIA	24
5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA.....	30
6 PLANO DE INTERVENÇÃO.....	36
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	41
REFERÊNCIAS.....	42

1 INTRODUÇÃO

IDENTIFICAÇÃO DO MUNICÍPIO DE MONTES CLAROS

A Localização em relação a capital do estado e outros pontos geográficos Município de Montes Claros está situado na Bacia do Alto Médio São Francisco, ao norte do Estado de Minas Gerais. “De acordo com dados do Instituto de Geo-Ciências Aplicadas – IGA, a sede do município tem a seguinte localização geográfica: Latitude, 16° 43' 41”, Longitude, 43° 51' 54”e Altitude, 638 metros”.

Área do município e da sede

O município tem área total de 3.576,76 km², enquanto sua sede ocupa área de 97 km².

Municípios limítrofes e distâncias deles até Montes Claros

São João da Ponte: Norte 158 km

Capitão Enéas: Nordeste 56 km

Francisco Sá Leste 44 km

Juramento: Sudeste 36 km

Glaucilândia: Sudeste 30 km

Bocaiúva: Sul 45 km

Claro dos Poções Sudeste 73 km

São João da Lagoa Oeste 66 km

Coração de Jesus: Oeste 81 km

Mirabela: Noroeste 66 km

Patis: Noroeste 95 km

- Prefeito: Ruy Muniz
- Secretario Municipal de Saude: Ana Paula de Olivera Nascimento
- Secretario adjunto de Saude: Danilo Fernando Macedo Narciso
- Coordenador da Atenção Basica: Claudia Mendes Versiana
- Coordenador da Atenção a Saude Bucal: Marinilza Solares Mota Sales

População: Em 2013 sua população foi estimada pelo IBGE : 385 898

HISTÓRICO DE CRIAÇÃO DO MUNICÍPIO

Formaram-se três grandes fazendas na região: Jaíba, Olhos d'Água e Montes Claros, esta, situada nas cabeceiras do Rio Verde, pela margem esquerda, próxima a montes formados por xistos calcários, com pouca vegetação. Pelo alvará de abril de 1707, Antônio Gonçalves Figueira obteve a sesmaria de uma légua de largura por três de comprimento, que constituiu a Fazenda de Montes Claros. Encravado dentro do latifúndio, fundou, primeiro, o povoado de Cruzeiro, que se localizava nas proximidades do local onde hoje está situado o clube campestre Lagoa da Barra. Entretanto, uma epidemia de Varíola forçou o êxodo dos cruzeirenses para um

outro ponto da sesmaria, à margem de um córrego piscoso, de água potável, nas imediações da atual Praça da Matriz. Formou-se, assim, a partir de 1768, em local diferente da primitiva sede de Antônio Gonçalves Figueira, em torno da Capela erguida por José Lopes de Carvalho, o próspero Arraial de Formigas, depois Arraial de Nossa Senhora da Conceição e São José de Formigas, Montes Claros de Formigas e, por fim, cidade de Montes Claros.

Mais tarde, em 1831, cento e vinte quatro anos após obtenção da Sesmaria por Antônio Gonçalves Figueira, dono e construtor da Fazenda de Montes Claros, já estava o Arraial de Nossa Senhora de Conceição e São José de Formigas suficientemente desenvolvido para tornar-se independente, desmembrando-se de Serro-Frio. O Arraial foi elevado a Vila pela Lei de 13 de outubro de 1831, recebendo o nome de "Vila de Montes Claros de Formigas".

Posteriormente, em 1857, a Vila Montes Claros de Formigas teria pouco mais de 2.000 habitantes, mas os políticos já pleiteavam a elevação à cidade, pois, os melhoramentos existentes eram os mesmos de quase todos os municípios da Província. Assim, pela Lei 802 de 03 julho de 1857, a Vila passou à categoria de cidade - Cidade de Montes Claros, sem formigas, que desagradava a todos os formiguenses. A partir dali seriam "montesclarenses"

Descrição do município:

Aspectos geográficos:

A área do município, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, é de 3582,034 km², sendo que 38,7 km² constituem a zona urbana 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 a leste da capital mineira.

Indicadores:

Área total do município: 3.582.034 km²

Aspectos socioeconômicos:

Indicadores:

Índice de Desenvolvimento Humano (IDH): 0.770

Taxa de urbanização:

A **Renda *per capita*** da população é de R\$ 245,43 por ano, abaixo da renda ***per capita*** de Minas Gerais, que é de R\$ 273,00 e acima daquela calculada para o Norte de Minas, que é de R\$ 133,00. Segundo a Ouvidoria da Polícia Militar de Minas Gerais, o **Índice de Gini** do município de Montes Claros é de 0,62. Esse índice mede ao grau de igualdade/desigualdade na distribuição de renda entre a

população, numa escala que varia de 0 (zero) a 1 (um), em que 0 significa distribuição perfeita de renda e 1 a distribuição imperfeita de renda.

% de abastecimento de água tratada:

O sistema de abastecimento de água na cidade de Montes Claros, começou a ser operado pela COPASA em novembro de 1976 com o fornecimento de água tratada e coleta de esgoto. Atualmente são três os sistemas produtores, que possuem juntos uma vazão máxima de 64.800 m³ (sessenta e quatro mil e oitocentos metros cúbicos) de água potável por dia para a população montesclareense.

Em 2011, de acordo com informações da COPASA, estima-se que 97% dos domicílios da sede municipal são abastecidos por água tratada e 85% possuem esgoto sanitário; índices melhores que os resultados apresentados pelo IBGE em 2000 no qual indicava 89,1% e 53,8% respectivamente no âmbito nacional.

Principais Atividades Econômicas:

O Produto Interno Bruto - PIB - de Montes Claros é o maior de sua microrregião, destacando-se na área de prestação de serviços. De acordo com dados do IBGE, relativos a 2008, o PIB do município era de R\$ 3 462 739,125 mil. 390 147 mil são de impostos sobre produtos líquidos de subsídios a preços correntes. O PIB *per capita* é de R\$ 9 665,14 e o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de renda é de 0,707. De acordo com o IBGE, a cidade possuía, no ano de 2008, 9 497 unidades locais, 9 127 empresas e estabelecimentos comerciais atuantes e 130 045 trabalhadores, sendo 70 691 pessoal ocupado total e 59 354 ocupado assalariado. Salários juntamente com outras remunerações somavam 691 296 reais e o salário médio mensal de todo município era de 2,2 salários mínimos.

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 pequenos e médios portes.

ASPECTOS DEMOGRÁFICOS

Indicadores:

- Taxa de Crescimento Anual: 2,39%
- Densidade demográfica: 85,2 hab./km²

Taxa de Escolarização:

O município conta com escolas em todas as suas regiões. A população da zona rural tem fácil acesso a escolas em bairros urbanos próximos em razão da alta taxa de urbanização. O Índice de Desenvolvimento da Educação Básica (IDEB) médio entre as escolas públicas de Montes Claros era, no ano de 2009, de 4,85; valor acima ao das escolas municipais e estaduais de todo o Brasil, que é de 4,0%. O município contava, em 2009, com aproximadamente 83 846 matrículas, 4 586 docentes e 342 escolas nas redes públicas e particulares. O valor do Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) da educação era de 0,744 (classificado como alto).

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).

Segundo dados do Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (INEP) e do Ministério da Educação (MEC), o índice de analfabetismo no ano de 2000 entre pessoas de 18 a 24 anos de idade era de 2,510%, enquanto que a taxa de alfabetização adulta naquele ano era de 90,08% (a do Brasil era de 84%). A taxa bruta de frequência à escola naquele ano era de 74,410%, sendo que no país esse índice era de 81,5%. 10 169 habitantes possuíam menos de 1 ano de estudo ou não contava com instrução alguma. Em 2010, 241 alunos frequentavam o sistema de educação especial e 2 321 crianças estudavam em creches, sendo que 130 alunos de creches possuíam aulas em tempo integral.

Educação de Montes Claros em números			
Nível	Matrículas	Docentes	Escolas (total)
<u>Ensino pré-escolar</u>	8 997	458	126
<u>Ensino fundamental</u>	56 792	2 973	169
<u>Ensino médio</u>	18 057	1 155	47

3.5-Sistema local de saúde dados sobre:

População (%) usuária da assistência à saúde no SUS:

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. Na cidade existem seis hospitais gerais, sendo um público, dois privados e três filantrópicos. Montes Claros conta ainda com 8 780 profissionais de saúde. No ano de 2008 foram registrados 5 167 de nascidos vivos, sendo que 7,7% nasceram prematuros, 38,5% foram de partos casarios e 16,8% foram de mães entre 10 e 19 anos (0,5% entre 10 e 14 anos). A taxa bruta de natalidade naquele ano era de 14,4. O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) da longevidade em Montes Claros é de 0,868. São exemplos de hospitais da cidade o Aroldo Tourinho, Clemente de Farias (Universitário), Fundação Hospitalar Dílson de Quadros Godinho (São Lucas), Alpheu de Quadros e Santa Casa. A Santa Casa de Montes Claros, denominação comum do hospital Irmandade Nossa Senhora das Mercês, é considerado como o maior estabelecimento de saúde da região do norte de Minas Gerais.

Fundo Municipal de Saúde:

O Fundo Municipal de Saúde é administrado pelo Secretário Municipal de Saúde e concentra recursos financeiros destinados a ações e serviços públicos de saúde, como atendimento ambulatorial, distribuição de medicamentos, agentes comunitários, vigilância sanitária, dentre outros. Estas ações serão financiadas através de recursos públicos sob a responsabilidade da sociedade e do poder público em suas três esferas de poder, devendo sua aplicação obedecer ao princípio da legalidade estabelecido em legislações pertinentes.

O município tem que possuir um Plano, um Conselho e um Fundo Municipal de Saúde, para poder receber recursos da União.

O Fundo Municipal de Saúde também terá prestação de contas própria, separada da Prefeitura e da Secretaria Municipal de Saúde. Tudo isso em obediência ao Princípio da Transparência, previsto na Lei de Responsabilidade Fiscal (Lei Complementar nº101/2000), em seu art. 48, parágrafo único, para facilitar o controle social e a avaliação de resultados.

Orçamento destinado à saúde:

Orçamento Departamento de Saúde: R\$ 3 370 000.00.

Orçamento Fundo Municipal de Saúde: R\$ 1 336 000.00.

Orçamento total anual: R\$ 4 706 000.00.

Programa Saúde da Família (sobre a implantação, cobertura, nº de equipes SF, SB, NASF, CEO):

O Município de Montes Claros dispõe de uma ampla rede de saúde, dotada de profissionais altamente capacitados e equipamentos de primeira geração em

modernos hospitais nos setores públicos e privados.

Centros de Saúde

- . Bairro de Lourdes
- . Bairro Dr. Antônio Pimenta
- . Bairro do Cintra
- . Bairro Delfino Magalhães
- . Bairro Eldorado
- . Bairro Esplanada
- . Bairro Major Prates
- . Bairro Maracanã
- . Bairro Planalto
- . Bairro Renascença
- . Bairros Santos Reis
- . Bairro Vera Cruz
- . Vila Oliveira

- . Vila Sion
- . Bairro São Judas

- .Nossa Senhora das Graças.

Centros de Saúde da Família

Instalados nas diversas regiões a seguir:

- Região Norte:

- . Centro de Saúde da Família Cidade Industrial;
- . Centro de Saúde da Família Panorâmica (zona rural);
- . Centro de Saúde da Família Vila Atlântida.

- Região Sul:

- . Centro de Saúde da Família Conj. Hab. José Carlos de Lima;

- Região Sudeste:

- . Centro de Saúde da Família Santa Cecília;
- . Centro de Saúde da Família Independência II;
- . Centro de Saúde da Família Santa Rafaela;
- . Centro de Saúde da Família do Cintra.

- Região Leste:

- . Centro de Saúde da Família Vila Anália;
- . Centro de Saúde da Família Independência I;
- . Centro de Saúde da Família Conj. Hab. Clarice Athayde Vieira

OBS: Os Centros de Saúde da Família possuem consultórios médicos e odontológicos

- Postos de Saúde (Zona Rural)

A rede física municipal Rural é dotada de 08 Postos de Saúde distribuídos nos distritos:

- . Nova Esperança
- . Miralta
- . Santa Rosa de Lima
- . São Pedro das Garças
- . Aparecida do Mundo Novo
- . São João da Vereda
- . Ermidinha
- . Vila Nova de Minas

Programas de Saúde:

- Saúde da Mulher
- Saúde da criança

- Saúde do Idoso.
- Saúde o trabalhador
- Saúde Mental

TERRITÓRIO / ÁREA DE ABRANGENCIA

Número de habitantes: 2675.

Número de famílias: 757

Nível de alfabetização: 99.26%.

Taxa de Emprego e principais postos de trabalho:

- Em registros oficiais do município não se obtiveram dados de desemprego.

Como vivem, de que vivem como morrem:

As principais causas de óbito (dados do SIM) são:

1. Doenças do Aparelho Circulatório.
2. Doenças do Sangue e dos órgãos hematopoiéticos e alguns transtornos Imunitários.
3. Neoplasias
4. Causas externas de Morbidade e de Mortalidade.
5. Doenças Infecciosas e Parasitárias.

RECURSOS DA COMUNIDADE:

Hoje o bairro Esplanada é um dos maiores polos econômicos da cidade em função de sua boa localização, com excelentes vias de acesso: como por exemplo, as

avenidas Professora Dulce Sarmiento, Deputado Governador Magalhães Pinto e Deputado Plínio Ribeiro.

Quanto ao aspecto transporte, na rua principal do bairro, Rua Coronel Coelho, circula os ônibus coletivos (04 linhas), que atendem a seus moradores com linha de ônibus numa regularidade de 20 a 20 minutos aproximadamente, com destino ao centro, à rodoviária, ao Shopping Center e a outras regiões da cidade, realizando, portanto, um itinerário bem diversificado. Existem também os ônibus coletivos que passam pela avenida Deputado Plínio Ribeiro vindo de outros bairros como Planalto, Jaraguá, Jardim Primavera entre outros.

Entre os espaços locais destacam-se a existência de um Centro de Convivência da Prefeitura Municipal que serve de espaço para reuniões e cursos profissionalizantes destinados à população. Existe um Sindicato dos Motoristas com sede própria que funciona com espaço para reuniões da comunidade. A Igreja Católica possui salas que podem ser utilizadas pela comunidade para grupos organizados. Além destes, recentemente foi inaugurado a ONG - Casa de Convivência do Grupo de Bem com a Vida voltado para a população idosa que tem atuação forte na comunidade e oferece seu espaço para ações comunitárias. Entre outros espaços sociais citam-se: Escola Estadual Simone Soares, templos religiosos, Centro de Saúde (hoje se transformando em ESF).

Quanto à segurança, existe um Posto Policial ao lado do Centro de Saúde (hoje se transformando em ESF) e destaca-se como problema de todo o bairro assim como de toda a região nordeste da cidade a crescente violência e criminalidade relacionadas às drogas principalmente. Não raramente, seus moradores têm assistido a cenas de morte e brigas, que envolvem, sobretudo, adolescentes e jovens.

A comunidade do território atualmente se reúne e se organiza em eventos promovidos pela Igreja. Há uma associação de bairro, mas, segundo relatos de moradores, se encontra inativa.

Há uma enorme procura da população de vários bairros circunvizinhos pelos serviços oferecidos na área da ESF Esplanada I. Essa procura pelos diversificados serviços de várias modalidades do bairro se dá em função de sua boa localização,

visibilizada pelas vias de acesso que circundam o bairro Esplanada, notadamente o acesso às rodovias BR's 251 e 135, além de importantes avenidas. É considerado um subcentro econômico da cidade de Montes Claros devido ao seu desenvolvimento comercial.

É de se registrar que a Avenida Deputado Plínio Ribeiro e a rua Coronel Coelho representam os espaços comerciais de maior dinamismo da atividade econômica do bairro Esplanada e é onde ocorre maior circulação de capitais, mercadorias e fluxos de pessoas constituindo os locais de maior movimento comercial do bairro. A avenida Deputado Plínio Ribeiro concentra serviços automotivos e lanchonetes para suprir os trabalhadores da área.

A Rua Coronel Coelho oferece serviços mais ligados ao comércio de produtos para o consumo da população, tais como bares, sorveterias, locadoras de filmes, padaria, açougues, lojas de vestuário e calçados, entre outros. Esta avenida é o logradouro de maior circulação de veículos e pedestres.

Como área de realização de esportes e lazer se destaca a quadra de esportes, localizada no centro da área e a Igreja Católica, principal instituição do bairro. Entre outras áreas para realização de atividades de lazer citamos os espaços sociais que sevem para reunião e festas comunitárias como o Centro de Convivência, a ONG Centro Convivência – Grupo de Bem com a Vida, o Centro de Saúde, o Sindicato dos Motoristas, várias igrejas evangélicas, entre outros espaços.

Bairro Santa Laura

O território de abrangência do bairro Santa Laura começou a ser povoada em meados dos anos 60. Sendo uma área de terreno muito irregular, com mata e banhada pelo Rio das Melancias que em tempo de cheias alagava a região e ilhava os moradores, passou por um processo de aterramento antes de ser povoada. A região era propriedade de Joca de Quadros que posteriormente loteou a região. Antes de ser nomeada a região era chamada de “Barroca” devido a características do relevo em depressão.

O nome do bairro foi escolhido pelo então vice-prefeito de Montes Claros na época radialista apresentador do programa “Sertão na Cidade” por volta de 1966, em homenagem à santa “Santa Laura”. As ruas do bairro foram nomeadas em homenagem aos primeiros moradores do bairro.

A Igreja Católica do bairro foi construída há cerca de 20 anos e tem como padroeira a Santa que deu nome ao bairro, Santa Laura.

Serviços existentes (luz elétrica, água, telefonia);

- Energia Elétrica: Toda a população tem serviço de luz elétrica (que está sobre responsabilidade da CEMIG).

- Água: Toda a população tem serviço de água potável é responsabilidade da Companhia de Saneamentos de Minas Gerais – COPASA o abastecimento de água para toda a população.

- Telefonia: Telefonia fixa e célula **Unidade Básica de Saúde [Localização e acesso]**

Zona urbana: A área de abrangência da Equipe de Saúde da Família Esplanada II situa-se na região nordeste da cidade de Montes Claros. Sua área de influência inclui os bairros Parque Pampulha, Guarujá, Monte Carmelo, Interlagos, Vera Cruz e Alcides Rabelo. É constituída por parte do bairro Esplanada e parte do bairro Santa Laura.

O bairro Esplanada possui como limites as avenidas Professora Dulce Sarmiento, Deputado Governador Magalhães Pinto e Deputado Plínio Ribeiro que o separa de outros bairros como Monte Carmelo, Vera Cruz e Parque Pampulha.

Horário de funcionamento da Unidade:

De segunda a sexta em horário de 08:00hs-12:00hs am e 14:00hs-17:30hs pm.

Recursos humanos:

Número, profissão, horário de trabalho:

Total de trabalhadores: 09

Médicos de Saúde da Família: 01.

Enfermeiros: 01.

Tec. De Enfermagem: 01.

Psicólogo: 01

Agentes Comunitários de Saúde: 05.

Todas estas pessoas trabalham de segunda feira á sexta feira, 8 horas todos os dias.

1.1 – Recursos Matariais:

Área física e uso:

A UBS tem:

- .- Recepção
- .- Sala de Espera Geral.
- .- Banheiro Público.
- .- Banheiro de Funcionários.
- .- Consultório Médico: 04
- .- Consultório de Ginecologia: 01.
- .- Sala de Nebulização.
- .- Sala de injeção.
- .- Sala de Curativos.
- .-Sala de Agentes Comunitários e Administrativos.
- .-Expurgo.

- .- Sala de utilidades.
- .- Cozinha.

2 JUSTIFICATIVA

A justificativa deste trabalho é a alta prevalência de hipertensão entre os pacientes da comunidade, pelo grande número de idosos e pessoas jovens com níveis pressóricos não controlados e pelo risco cardiovascular aumentado e suas consequências. Acreditamos muito importante fazer um projeto de intervenção para evitar as complicações derivadas da HAS.

Atualmente a hipertensão arterial é uma das doenças crônicas com maior incidência na nossa área, portanto é necessário identificar, diagnosticar e realizar tratamentos eficazes para diminuir as ocorrências das complicações como: IAM, AVC, IRC, Retinopatia hipertensiva e outras.

3 OBJETIVO

Objetivo Geral

Elaborar um Projeto de Intervenção sobre Hipertensão Arterial para diminuir a incidência na população da área abrangência da equipe **"ESPLANADA II"**, do Programa de Saúde da Família de Montes claros/MG.

Objetivo específico:

- Identificar os principais fatores de risco para o desenvolvimento da hipertensão e atuar sobre eles.
- Realizar grupos operativos.
- Incentivar a mudança nos hábitos e no estilo de vida da população.
- Fazer adequação da medicação usada pelos pacientes.

4 METODOLOGIA

Para o desenvolvimento do Plano de Intervenção foi utilizado o Método do Planejamento Estratégico Situacional - PES conforme os textos da seção 1 do módulo de Iniciação a Metodologia Científica e Seção 2 do Módulo de Planejamento e uma revisão narrativa da literatura sobre o tema.

O problema da hipertensão arterial foi selecionado como prioridade I. Uma vez definidos os problemas e as prioridades (1º e 2º passos), a próxima etapa foi a descrição dos problemas selecionados.

Para descrição do problema priorizado, a Equipe utilizou alguns dados fornecidos pelo Sistema de Informação em Atenção Básica (SIAB) e outros que foram produzidos pela própria equipe. Foram selecionados indicadores da frequência de alguns dos problemas relacionados aos mesmos, além disso, da ação da equipe frente a esses problemas (cobertura, controle de pacientes hipertensos, etc.) e também indicadores que pode nos dar uma ideia indireta da eficácia das ações (internações e óbitos). Cabe aqui ressaltar as deficiências dos nossos sistemas de informação e da necessidade da equipe produzir informações adicionais para auxiliar no processo do planejamento.

A partir da explicação do problema, foi elaborado um plano de ação. A equipe identificou mediante uma análise entre as várias causas, aquelas consideradas mais importantes na origem do problema, as que precisam ser enfrentadas.

Com o problema bem explicado e identificado, foi necessário pensar as soluções e estratégias para o enfrentamento das causas consideradas as mais importantes iniciando a elaboração do plano de ação propriamente dito, elaborando um desenho de operacionalização.

A identificação dos recursos críticos a serem estabelecidas para execução das operações 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 e, por isso, é importante que a equipe tenha clareza de quais são esses recursos, para criar estratégias que se possa viabilizá-los.

A Equipe de Saúde identificou os recursos críticos de cada operação.

Para analisar a viabilidade de um plano, inicialmente foram 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 Equipe identificou os atores que controlavam os recursos críticos e sua motivação em relação a cada operação, propondo em cada caso ações estratégicas para motivar os atores identificados.

Finalmente para conseguir a elaboração de um plano operativo a Equipe de Saúde, em reunião com todas as pessoas envolvidas no planejamento, definiu por consenso a divisão de responsabilidades por operação e os prazos para a realização de cada produto.

Descritores: Hipertensão arterial, Equipe do PSF.

PRIMEIRO PASSO: IDENTIFICAÇÃO DOS PROBLEMAS

A partir do trabalho realizado na comunidade, foi possível o conhecimento das condições socioeconômicas, ambientais e de saúde das crianças e adultos que moram neste ambiente.

Fizemos uma discussão com a equipe de nossa unidade para conhecer os problemas de saúde que temos na comunidade onde fazemos atendimento. Nossa área de abrangência caracteriza-se por precisar atenção em todos os aspectos não somente na saúde, também nos aspectos econômicos, sociais e ambientais.

Definimos vários problemas que apresenta nossa comunidade. Estes são:

- 1- Alta incidência e prevalência de HAS: É uns dos maiores problemas que apresentamos em nossa área, devido aos maus hábitos dietéticos e pouca ou nenhuma pratica de exercícios em nossa população.

- 2- Alto incidência de Diabetes Melitus tipo 2.
- 3- Aumento de incidência de dislipidemias.
- 4- Alta incidência da Síndrome Ansioso-depressiva.
- 5- Incremento de doenças infecciosas.

SEGUNDO PASSO: PRIORIZAÇÃO DOS PROBLEMAS

Principais Problemas	Importancia	Urgencia	Capacidade de enfrentamento	Seleção
Alta incidência e prevalência de HAS	Alta	8	Parcial	1
Alta incidência de Diabetes Melitus tipo 2	Alta	7	Parcial	2
Aumento de incidência de dislipidemias	media	5	parcial	3
Alta incidência da síndrome ansiosa-depressiva	media	5	parcial	4
5 Incremento de doenças infecciosas .	media	4	parcial	5

TERCEIRO PASSO: DESCRIÇÃO DO PROBLEMA

Em nossa área uns dos maiores problemas identificada é a existência de pacientes com HAS e os casos novos devido aos maus hábitos dietéticos de nossa população. A situação dos hipertensos não é somente problema de nossa comunidade, É uma situação muito frequente em todo Brasil e no mundo inteiro. Esta é uma situação bastante complexa.

Por isso nossa equipe considerou importante a discussão deste problema que neste momento é um flagelo que tem um impacto e uma transcendência realmente significativa em nossa área de abrangência.

Para realizar a descrição temos que começar falando que a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) tem alta prevalência e baixas taxas de controle, por isso é considerada um dos mais importantes problemas da saúde pública. As doenças cardiovasculares são importantes causas de morbimortalidades e geram altos custos econômicos e aumentam progressivamente com o aumento da pressão arterial.

O controle adequado dos pacientes 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 a diminuição dos eventos cardiovasculares adversos.

A HAS é uma doença crônica determinada por elevados níveis de pressão sanguínea nas artérias, o que faz com que o coração tenha que exercer um esforço maior do que o normal para fazer circular o sangue através dos vasos sanguíneos. A pressão envolve duas medidas, sistólica e diastólica, referentes ao período do músculo cardíaco está contraído (sistólica) ou relaxado (diastólica) (WHITWORT 2003).

Foi definida como a pressão sanguínea de valor igual ou superior a 140/90 mmHg segundo a OMS para o estabelecimento dos valores acima dos quais considera-se hipertensão num consenso de avaliação da relação benefício/ risco. Por causa disso, as orientações da ESH-ESC de 2007 e da BHS IV de 2004, subdividem os valores de pressão arterial a 140\90 nas categorias ótimas, normal, e normal alta. (Mancia, De Becker 2007).

A hipertensão arterial é um dos principais fatores de risco para ocorrência do acidente vascular cerebral seja tromboembólico ou hemorrágico, infarto agudo do miocárdio, aneurisma cerebral, doença arterial periférica, além de ser uma das causas da insuficiência renal crônica e cardíaca. Mesmo moderado, o aumento da pressão sanguínea arterial está associado à redução da esperança da vida. Segundo a American Heart Association é a doença crônica que ocasiona o maior

número de consultas nos sistemas de saúde com um importantíssimo impacto econômico social.

Antes de iniciar-se qualquer tratamento, recomenda-se mudança do estilo de vida de modo a reduzir a pressão arterial. A primeira forma do tratamento da hipertensão arterial é idêntica as mudanças no estilo de vida recomendadas na prevenção e incluem: fazer regime, exercício físico, controle de peso. Todas essas medidas tem demonstrado à diminuição significativa da pressão arterial em indivíduos hipertensos. (NPS Medicines Wise ; 2010).

QUARTO PASSO: EXPLICAÇÃO DO PROBLEMA:

1- Hábitos e Estilos de Vida Inadequados: É frequente a existência de pacientes com estilos de vida não saudáveis, vinculadas a outras causas que propiciam a aparição e persistência das mesmas.

2- Pressão Social: E muito frequente em nossa área o desemprego e isto também é uma das causas da aparição da hipertensão arterial.

3- Nível de informação : Em nosso município existe um baixo nível de informação da população sobre hipertensão arterial e os riscos.

4- Nível de conhecimento da população sobre as consequências da hipertensão arterial: Muitas vezes não é suficiente o nível de conhecimento da população, por isso tornam-se muito importante os projetos educativos nas escolas e nas comunidades para fazer uma intervenção preventiva na população mais vulnerável.

5- Estrutura dos serviços de saúde inadequados: Existem muitas dificuldades na estrutura do serviço para o atendimento dos portadores e os casos novos de hipertensão arterial.

IDENTIFICAÇÃO DOS NÃO CRÍTICOS

- 1- Hábitos e Estilos de Vida Inadequados.

- 2- Pressão Social.
- 3- Nível de informação.
- 4- Nível de conhecimento da população sobre as consequências da hipertensão arterial.
- 5- Estrutura dos serviços de saúde inadequados.

5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

A Hipertensão Arterial Sistêmica pode ser caracterizada como uma doença de grande prevalência em nossa população, mas ainda com baixas taxas de controle, o que a torna um grave problema de saúde pública com altos gastos para o poder público. Esta doença é caracterizada por níveis elevados de Pressão Arterial (PA), mas este não é um sintoma isolado, pois ela pode desencadear ainda alterações ou o desenvolvimento de doenças no coração, cérebro, rins e vasos sanguíneos. Além do aumento do risco de desenvolvimento de doenças cardiovasculares (SOCIEDADE BRASILEIRA 2010).

A causa da HAS está relacionada com a perda progressiva da elasticidade da parede das artérias, dificultando a passagem do fluxo sanguíneo. Com o processo de envelhecimento ocorre uma perda da elasticidade dos vasos e artérias de grosso calibre, tornando-os mais rígidos e, dessa maneira, determinando um aumento progressivo na pressão arterial sistólica e, assim, ocasionando um aumento na pressão de pulso (OIGMAN & NEVES, 1999).

Eventos cardiovasculares e níveis elevados de PA indubitavelmente formam um fator de grande risco, até mesmo quando se apresentam de forma leve ou moderada, pois após longo período sem tratamento podem produzir uma doença grave que pode levar à morte. Evidências demonstram que as medidas de PA conduzem a identificação de adultos com maior risco de desenvolvimento de doenças cardiovasculares, justamente em decorrência dos riscos que a hipertensão pode trazer à saúde do indivíduo, existindo inclusive, estudos que comprovam a redução das chances de morte cardiovascular através do tratamento da hipertensão (PASSOS; ASSIS; BARRETO, 2006).

Segundo a Sociedade Brasileira de Cardiologia a HAS é um grave problema de saúde pública no Brasil e no mundo. Sua 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 (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010)

As Diretrizes Brasileiras de Hipertensão (2010) apontam os principais fatores de risco relacionados à doença, onde cabe explicar cada um deles fazendo a necessária correlação. O primeiro fator é a idade, pois a HAS tem prevalência de 60% em pessoas que possuem mais de 65 anos de idade, a partir dos 40 anos a prevalência não é tão alta quanto a do último número, mas indica que essa é a idade determinante no que se refere à doença.

Gênero e etnia também são fatores fundamentais na prevalência de HAS, conforme demonstram os estudos apontados nas diretrizes. Quando se abordam esses dois fatores, ficou demonstrado que há o predomínio de mulheres negras com HAS até 130% a mais em relação às brancas. Quanto ao gênero em específico os estudiosos indicaram que a prevalência entre homens e mulheres é semelhante, mas ressaltam que é mais elevada em homens que têm até 50 anos de idade. Quanto à etnia em particular, foi observado que a HAS é predominante em indivíduos de cor não-branca (O excesso de peso e a obesidade também se configuram como fator determinante para o desenvolvimento de HAS, até mesmo entre os jovens fisicamente ativos. A ingestão de sódio também é um importante quesito agravante da elevação de PA, principalmente quando se analisa que o padrão alimentar brasileiro é rico em sal, açúcar e gorduras, o que contribui para os índices tão elevados. Contribui ainda para o aumento da PA e da mortalidade por doenças cardiovasculares a ingestão de álcool por períodos prolongados

O sedentarismo, sem dúvidas é um fator de risco da alta PA. Indivíduos que praticam exercícios físicos têm menores chances de desenvolver HAS e doenças cardiovasculares. Cabe ressaltar que os fatores apresentados contribuem com maior chance para o desenvolvimento de doenças quando estão agregados, lembrando que existe a predisposição genética e os fatores ambientais que também podem ser influentes (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

Além de ser causa direta de cardiopatia hipertensiva, é fator de risco para doenças decorrentes de aterosclerose e trombose, que se manifestam, predominantemente, por doença isquêmica cardíaca, cerebrovascular, vascular periférica e renal. Em decorrência de cardiopatia hipertensiva e isquêmica, é também fator etiológico de insuficiência cardíaca. Déficits cognitivos, como doença de Alzheimer e demência

vascular, também têm HAS em fases mais precoces da vida como fator de risco. Essa multiplicidade de consequências coloca a HAS na origem de muitas doenças crônicas não transmissíveis e, portanto, caracteriza-a como uma das causas de maior redução da expectativa e da qualidade de vida dos indivíduos (DUNCAN; SCHMIDT; GIUGLIANI, 2006).

A Sociedade Brasileira de Cardiologia definiu uma linha demarcatória para HAS em adultos, onde se considera PA sistólica acima de 140 mmHg e a PA diastólica acima de 90mmHg. O diagnóstico deverá ser feito através da observação de medidas repetidas, em condições ideais e em pelo menos três ocasiões. Cabe lembrar que este número serve como referencial, podendo variar de acordo com o histórico e sintomas apresentados por cada paciente. A tabela a seguir apresenta os índices da PA e sua classificação.

Quadro 1- Classificação da Pressão Arterial

Classificação	Pressão Sistólica (mmHg)	Pressão Diastólica (mmHg)
Ótima	<120	<80
Normal	<130	<85
Limítrofe	130-139	85-89
Hipertensão Estágio 1	140-159	90-99
Hipertensão Estágio 2	160-179	100-109
Hipertensão Estágio 3	≥ 180	≥110
Hipertensão Sistólica Isolada	≥140	<90

Dados retirados IV Diretrizes Brasileiras de Hipertensão, 2010.

No Brasil 10 a 15% da população é hipertensa. A maioria das pessoas desconhece que são portadoras de hipertensão. A hipertensão arterial pode ser sistólica e diastólica (máxima e mínima) ou só sistólica (máxima). A maioria desses indivíduos, 95%, têm hipertensão arterial chamada de essencial ou primária (sem causa) e 5% têm hipertensão arterial secundária a uma causa bem definida. O achado de

hipertensão arterial é elevado nos obesos 20 a 40%, diabéticos 30 a 60%, negros 20 a 30% e idosos 30 a 50%. Nos idosos, quase sempre a hipertensão é só sistólica ou máxima (FERNANDO *et al*, 2010.).

A literatura aponta como tratamento da HAS intervenções farmacológicas e não farmacológicas. O tratamento farmacológico diurético, IECA, Beta e Alfa bloqueadores dentre outros é recomendado para pacientes com hipertensão moderada ou grave, como também àqueles que apresentam propensão a doenças cardiovasculares. Apesar de ser eficaz, esta terapia tem grande número de abandono dos pacientes, isto porque na maioria das vezes ela é feita de maneira combinada de dois ou mais medicamentos, além de haver alto custo e efeitos colaterais. (ZAITUNE *et al*, 2006).

A terapia não farmacológica é bastante eficaz no controle dos fatores de risco e na detenção da evolução da HAS. Elas podem ser a redução do peso corporal, restrição alcoólica, consumo moderado de sódio, ingestão de potássio, abandono do tabagismo e prática regular de atividade física, demonstrando que são ações saudáveis, de baixo custo e baixo risco (ZAITUNE *et al*, 2006).

O envolvimento dos profissionais de saúde no tratamento da hipertensão arterial é de suma importância. Estes podem abordar questões para que aconteçam mudanças na vida dos hipertensos e de promoção à saúde, prestar informações ao público, propor programas educativos e avaliá-los periodicamente (FENSTERSEIFER & GASPERIN, 2006).

Uma das maneiras mais eficientes para estimular a adesão ao tratamento da hipertensão arterial é a Educação em Saúde. Nesse sentido, a abordagem multiprofissional, através dos diversos saberes dos profissionais envolvidos, e a realização de Grupos Educativos tem se mostrado um instrumento de grande valor no controle da doença hipertensiva. Uma educação de uma forma interativa entre profissionais e usuários, fazendo com que estes possam refletir e expor a sua realidade, observar os problemas mais comuns entre eles, trocar experiências e propor mudanças de hábitos (ALMEIDA *et al.*, 2011).

Medidas de prevenção também podem ser tidas como meios altamente eficazes no combate à hipertensão arterial, entretanto representa um grande desafio aos profissionais da área da saúde. É preciso colocar como meta primordial nos serviços de atenção básica à saúde a prevenção primária e a detecção precoce da doença. O tratamento anti-hipertensivo reduz potencialmente a morbidade e a mortalidade cardiovascular (STRELEC; PIERIN; MION JÚNIOR, 2003).

Conforme dados apresentados pelo Ministério da Saúde, a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é a mais frequente das doenças cardiovasculares, além do mais é tida como principal fator de risco do acidente vascular cerebral e do infarto agudo do miocárdio, além da doença renal crônica terminal. No Brasil há cerca de 17 milhões de portadores da hipertensão arterial, o que representa 35% da população com mais de 40 anos (BRASIL, 2006).

Em 2005, o Ministério da Saúde inaugurou o Programa Brasil Saudável com o intuito de melhorar a qualidade de vida dos brasileiros e reduzir o número de mortes causadas por doenças associadas a maus hábitos e estilos de vida inadequados. É neste contexto que surgem as Academias ao Ar Livre, com a pretensão de popularizar a prática de exercícios físicos em aparelhos apropriados e torná-los acessíveis à grande massa populacional. Este programa ajudou o Brasil a cumprir as diretrizes propostas pela Organização Mundial da Saúde (OMS) no que se refere a ações na estratégia global de alimentação e atividade física, firmada no ano de 2004 (GATA *et al*, 2012).

As Academias ao Ar Livre são consideradas instrumento de lazer, saúde e atividade física, uma importante ferramenta a ser agregada às Unidades Básicas de Saúde, pois podem contribuir para elevação dos índices de qualidade de vida da população no geral. Entretanto cabe ressaltar que não é apenas a prática de atividades nas academias que melhora o quadro clínico dos pacientes. É preciso haver acompanhamento destes exercícios por profissionais capacitados, acompanhamento médico, psicológico e nutricional, para que a equipe possa perceber a evolução do paciente e dar suporte ao seu tratamento (GATA *et al*, 2012).

O Plano de Ações Estratégicas para o enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil, produzido pelo Ministério da Saúde para o período entre 2011 e 2022, reúne ações estratégicas alvo de investimento para deter o avanço das doenças crônicas não transmissíveis no país, entre elas a hipertensão. (BRASIL, 2011)

Neste documento são propostas intervenções efetivas para os problemas correlacionados, entre elas podem ser citadas o maior combate ao tabagismo, com leis mais rigorosas quanto às suas propagandas, os impostos cobrados sobre seus produtos e o seu uso em locais públicos; redução da ingestão de sal e do conteúdo de sal nos alimentos; promoção do esclarecimento do público sobre alimentação e atividade física; entre outros. (BRASIL, 2011)

No que se refere à distribuição de medicamentos, o Ministério da Saúde possui um programa de assistência farmacêutica com uma lista de medicamentos distribuído gratuitamente e constantemente atualizada. Foi criada ainda a Farmácia Popular que proporcionou medicamentos com preço reduzido à população. A Campanha “Saúde Não tem Preço”, lançada em 2011, fez com que fármacos anti-hipertensivos e para diabetes fossem amplamente distribuídos (BRASIL, 2011).

Os relatores deste documento são concisos ao relatar a importância em se combater fortemente a hipertensão arterial no Brasil, isto por ela ser um fator de risco para o desenvolvimento de outras doenças crônicas, tais como o diabetes, doenças do aparelho circulatório, doença renal crônica e doenças cardiovasculares, o que conseqüentemente gera um gasto público com saúde muito elevado, sendo mais interessante investir em ações de prevenção e controle da doença (BRASIL, 2011).

Para que essas ações se tornem efetivas, fica clara a necessidade de planejamento estratégico dentro das ações em saúde com envolvimento de toda a equipe multiprofissional, além da união do poder público, setores privados e sociedade civil no sentido de tentar erradicar os problemas de saúde que mais afetam a população brasileira.

6 PLANO DE INTERVENÇÃO

Quadro 2 – Operações sobre o “**nó crítico 1**” relacionado ao problema “**Elevada Incidência de Hipertensão Arterial Sistêmica**”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Esplanada II, Montes Claros, Minas Gerais.

Nó crítico 1	Hábitos e estilo de vida inadequada
Operação	Incentivar a população na mudança de hábitos
Projeto	Cuide-se mais e viva mais
Resultados esperados	Mudanças simples e efetivas na vida da população
Produtos esperados	<p>Equipe preparada para orientar a população na adoção de hábitos mais saudáveis.</p> <p>Conscientização dos pacientes sobre a necessidade de um estilo de vida que proporcione mais saúde.</p> <p>Melhoramento dos índices de HAS e do uso de medicamentos pelos pacientes.</p>
Atores sociais / responsabilidades	<p>Equipe de saúde</p> <p>Secretária de saúde</p> <p>Médica responsável</p>
Recursos necessários	<p>Cognitivo: Informações sobre o número de pacientes cadastrados com HAS.</p> <p>Financeiro: Para aquisição de recursos para capacitação (audiovisuais, folhetos, livros); sugestão aos órgãos públicos competentes de implantação de uma Academia ao Ar Livre.</p> <p>Político: Articulação Inter setorial e aprovação do</p>

	Secretário;
Recursos críticos	Financeiro: Aquisição de panfletos educativos e de trabalho. Político: Articulação dos diferentes setores que trabalham ou apoiam a saúde no município.
Controle dos recursos críticos / Viabilidade	Ator que controla: Equipe de saúde; Secretário de Saúde. Motivação: Favorável.
Ação estratégica de motivação	Apresentar projeto de intervenções na secretaria.
Responsáveis:	Gestora. Médica. Enfermeira.
Cronograma / Prazo	Três meses.
Gestão, acompanhamento e avaliação	Avaliação da execução do Plano de Ação pela equipe quinzenalmente, enquanto não alcançam as metas.

Quadro 3 – Operações sobre o “**nó crítico 2**” relacionado ao problema “**Elevada Incidência de Hipertensão Arterial Sistêmica**”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Esplanada II ,Montes Claros, Minas Gerais.

Nó crítico 2	Baixo nível de informação da população
Operação	Aumentar o nível de informação da população sobre a HAS.
Projeto	Saiba mais sobre a Hipertensão
Resultados esperados	Pacientes melhor informados sobre causas, riscos e formas de tratamento da doença.
Produtos esperados	Grupos educativos atuantes População orientada e com conhecimento sobre HAS
Atores sociais/	Setor de comunicação social

responsabilidades	<p>Equipe de saúde</p> <p>Secretaria de saúde</p>
Recursos necessários	<p>Cognitivo: Propiciar à população informações relevantes acerca da hipertensão, para que possa melhorar seus hábitos e estilo de vida.</p> <p>Político: Articulação Inter setorial; Mobilização social.</p>
Recursos críticos	<p>Financeiro: para adquirir panfletos educativos.</p> <p>Organizacional: convidar especialistas para dar palestras à população</p> <p>Político: articulação dos diferentes setores que trabalham ou apoiam a saúde no município</p>
Controle dos recursos críticos / Viabilidade	<p>Ator que controla: Setor de comunicação social; Equipe de saúde; Secretário de saúde.</p> <p>Motivação: Favorável.</p>
Ação estratégica de motivação	Apresentar projeto de educação para a saúde na secretaria
Responsáveis:	<p>Gestora do município.</p> <p>Medica.</p> <p>Enfermeira.</p>
Cronograma / Prazo	Dois meses
Gestão, acompanhamento e avaliação	Acompanhamento do nível de evolução da população em torno dos conhecimentos sobre a doença e da mudança de hábitos.

Quadro 4 – Operações sobre o “**nó crítico 3**” relacionado ao problema “**Elevada Incidência de Hipertensão Arterial Sistêmica**”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Esplanada II, Montes Claros, Minas Gerais.

Nó crítico 3	Estrutura inadequada dos serviços de saúde
Operação	Garantir estrutura adequada e digna dos serviços de saúde para o paciente
Projeto	Mais saúde para os Hipertensos
Resultados esperados	Cobertura do máximo possível da população hipertensa Agenda bem organizada Satisfação do usuário por atendimento programado
Produtos esperados	Equipe de trabalho capacitada para atender melhor a população Aumento do número de hipertensos em acompanhamento pelo serviço Programação mensal das atividades a serem desenvolvidas pela equipe
Atores sociais/ responsabilidades	Secretária de saúde; Equipe de saúde; Médica.
Recursos necessários	Cognitivo: Elaboração de projeto de aprimoramento dos serviços oferecidos Político: Articulação entre os setores da saúde e adesão dos profissionais
Recursos críticos	Organizacional: organizar o atendimento dos pacientes de risco

	Político: articulação entre os setores da saúde e adesão dos profissionais.
Controle dos recursos críticos / Viabilidade	Ator que controla: Secretária de saúde; Equipe de saúde. Motivação: Favorável.
Ação estratégica de motivação	Apresentar projeto de intervenções de saúde na secretaria.
Responsáveis:	Gestora; Médica; Enfermeira.
Cronograma / Prazo	Três meses.
Gestão, acompanhamento e avaliação	Acompanhamento dos pacientes pela equipe, através de consultas agendadas e visitas domiciliares.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O trabalho realizado permitiu melhor conhecimento da realidade dos pacientes da Equipe de Saúde Esplanada II, principalmente os portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica, ressaltando que foi através desta observação que foi possível analisar os pontos críticos que envolvem a doença escolhida como tema principal do trabalho. Em complementação a esta parte prática do trabalho foi necessário ainda realizar pesquisa teórica que sustentasse os objetivos propostos, onde foi tratada sobre parte da história do município de Montes Claros, área de atuação de trabalho, e também a literatura pertinente a Hipertensão Arterial Sistêmica.

A construção do plano de ação juntamente com a equipe multiprofissional foi de grande aprendizado pessoal e para o crescimento do trabalho em equipe, onde através do diagnóstico situacional e identificação dos problemas foi possível perceber a importância do planejamento. Planejamento este que pode permitir um acompanhamento com melhor qualidade aos pacientes e conseqüentemente melhoria em seu estado de saúde.

Portanto, pode-se concluir que a aproximação, tanto com a equipe de saúde quanto com os pacientes proporciona valiosas experiências que podem ajudar no avanço do serviço oferecido, além da melhoria propiciada quando se tem ações planejadas e focadas nos principais problemas enfrentados pela população. Durante a realização do trabalho a observação mais latente foi a necessidade de mudança e conscientização da população sobre seus hábitos alimentares e estilo de vida, o que é esperado que mudasse, mesmo que aos poucos, através da intervenção que foi proposta.

REFERÊNCIA

Produto Interno Bruto dos Municípios 2004-2008. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 160 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde**. Brasília, 2006. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcd15.pdf>. Acesso Mar/2016.

GATA, Danielle Della *et al.* Contextualizando as Academias ao Ar Livre. **Cadernos da Escola de Educação e Humanidades**, Curitiba, vol. 1, 2012, p. 1-8.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). **Produto Interno Bruto dos Municípios 2010**

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) 2010 Disponível em: <http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=314330> Acesso em Mar/2016.

MONTES CLAROS. **Situação da Estratégia Saúde da Família em Montes Claros**. Disponível em: <http://www.saudedafamilia.net/moc/modules/myiframe/index.php?iframeid=7>. Acesso em Mar/2016.

PASSOS, Valéria Maria Azeredo; ASSIS, Tiago Duarte; BARRETO, Sandhi Maria. Hipertensão arterial no Brasil: estimativa de prevalência a partir de estudos de base populacional. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, n. 15, vol. 1, 2006, p. 35-45.

PNUD Brasil, Ranking decrescente do IDH-M dos municípios do Brasil. Atlas do Desenvolvimento Humano. **Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento** (PNUD) (2000).

RODRIGUES, L.; GONÇALVES, M. E.; TEIXEIRA, G. E. **Indicadores de vulnerabilidade e risco social para as famílias pobres cadastradas no Ministério de Desenvolvimento Social, no município de Montes Claros (MG)**. UNIMONTES, 2011.

STRELEC, Maria Aparecida A. Moura; PIERIN, Ângela M. G.; MION JUNIOR, Décio. A influência do conhecimento sobre a doença e a atitude frente à tomada dos remédios no controle da hipertensão arterial. **Arquivo Brasileiro de Cardiologia**, vol. 81, n. 4, 2003, p. 343-3

SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSAO / SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA.. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Arq Bras Cardiol**, v.95 supl.1,p 1-51, 2010. Disponível em: http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2010/Diretriz_hipertensao_associados.pdf. Acesso em Mar/2016.

ZAITUNE, Maria Paula do Amaral *et al.* Hipertensão arterial em idosos: prevalência, fatores associados e práticas de controle no município de Campinas, São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, n. 22, vol. 2, fev/2006, p. 285-294.

|MATUS, C. Fundamentos da planificação situacional. In: RIVERA, F.J.U. (Org.). *Planejamento e programação em saúde: um enfoque estratégico*. São Paulo: Cortez, 1989. p.105-176.

WHITWORTH ,JA , International Society of Hypertension.writing Group (novembro 2003)

Mancia , De BACKEN G, DOMINICZAK A, RENATA CIFKOVA. (SETEMBRO 2007) "2007 ESH-ESC. Practice Guidelines for the management of arterial hypertension.