

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

YELINE MATOS RODRIGUEZ

**PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA DIMINUIR A ALTA
INCIDÊNCIA DE HIPERTENSOS DA ÁREA DE
ABRANGÊNCIA DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA
SEBASTIÃO AMORIM I DO MUNICÍPIO DE PATOS DE
MINAS - MG**

UBERABA - MINAS GERAIS

2016

YELINE MATOS RODRIGUEZ

**PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA DIMINUIR A ALTA
INCIDÊNCIA DE HIPERTENSOS DA ÁREA DE
ABRANGÊNCIA DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA
SEBASTIÃO AMORIM I DO MUNICÍPIO DE PATOS DE
MINAS - MG**

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

Orientador (a): Profa. Dra. Darlene Mara dos Santos Tavares

UBERABA - MINAS GERAIS

2016

YELINE MATOS RODRIGUEZ

**PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA DIMINUIR A ALTA
INCIDÊNCIA DE HIPERTENSOS DA ÁREA DE
ABRANGÊNCIA DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA
SEBASTIÃO AMORIM I DO MUNICÍPIO DE PATOS DE
MINAS - MG**

Banca examinadora

Profa Dra. Darlene Mara dos Santos Tavares - Orientadora

Profa Dra. Maria Marta Amancio Amorim - Examinadora

Aprovado em Belo Horizonte, em 23 de junho de 2016.

DEDICATÓRIA

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

À comunidade da Estratégia de Saúde da Família Sebastião Amorim: Que me acolheu.

A minha Equipe: Que partilhou comigo na busca do conhecimento.

Aos meus pais: Pelo apoio que me oferecem cada dia.

A minha filha: Meu mais apreciado tesouro e minha razão de ser.

A meus professores: Que com paciência e dedicação me hão ajudado.

AGRADECIMENTOS

Toda obra humana por muito humilde que seja necessita do concurso de várias pessoas. Jamais o homem alcançou a meta sozinho, sempre foi ajudado de alguma maneira em o afã, e se algo o enaltece é a gratidão. Ao término de um trabalho dessa natureza, são muitos os que colaboraram; mencionar a todos é impossível, esquecer-me de algum seria imperdoável. Portanto quero expressar nestas linhas meu eterno reconhecimento a quem contribuiu de uma forma ou outra para a realização deste trabalho. Por último agradeço a cooperação de nossos usuários, que contribuíram de forma positiva para esta investigação.

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

RESUMO

Estima-se a hipertensão arterial sistêmica (HAS) como uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial, maior/igual 140 x 90 mmHg. É um importante fator de risco para doenças decorrentes de aterosclerose e trombose, que se exteriorizam, predominantemente, por acometimento cardíaco, cerebral, renal e vascular periférico. O objetivo deste projeto é elaborar um plano de intervenção com vistas a diminuir o alto percentual de usuários com HAS da área de abrangência da Estratégia de Saúde Familiar (ESF) Sebastião Amorim I ESF 38, município de Patos de Minas/MG. Para a elaboração do plano de intervenção foi realizada uma pesquisa bibliográfica sobre o tema com base em dados eletrônicos de bibliotecas virtuais como SCIELO (Scientific Electronic Library Online), BIREME (Biblioteca Regional de Medicina), LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), Google Acadêmico, por meio dos seguintes descritores: Hipertensão Arterial e Estratégia Saúde da Família. Além disso, utilizaram outros sítios eletrônicos relacionados com o Ministério da Saúde; baseado nos módulos do Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, disponíveis na Plataforma Ágora. Foi utilizado o método de Planejamento Estratégico Situacional (PES). Após processados os problemas identificados no diagnóstico situacional da área de abrangência da ESF Sebastião Amorim I ESF 38, foram propostas operações para enfrentamento do problema identificado como prioritário. Para a descrição do problema e melhor explicação do mesmo considerou importante entender a gênese do problema que estamos enfrentando a partir da identificação de suas causas. Através deste plano pretendemos incrementar o nível de informação da população sobre os fatores de riscos e conseqüências da HAS assim como os hábitos e estilos de vida para obter uma melhor saúde e qualidade de vida da população.

Palavras-chave: Saúde da Família. Hipertensão Arterial Sistêmica.

ABSTRACT

It is estimated the hypertension as a clinical condition characterized by multiple and sustained levels of blood pressure, greater/equal to 140 x 90 mmHg. Is an important risk factor for diseases caused by atherosclerosis and thrombosis, which predominantly passing by cardiac involvement, renal, cerebral and peripheral vascular. The goal of this project is to draw up a contingency plan in order to reduce the high percentage of users with hypertension the area of the the family health Strategy (FHS) Sebastiao Amorim I ESF 38, municipality of Patos de Minas/MG. For the elaboration of action plan was held a bibliographical research on the topic of electronic data-based virtual libraries as SCIELO (Scientific Electronic Library Online), BIREME (Bibliotheca Regional de Medicina), LILACS (Latin American literature and the Caribbean Health Sciences), Google Scholar, using the following keywords: Hypertension and the family health strategy. Also used other electronic sites relating to the Ministry of health; based on the modules of the specialization course in basic care in family health, available on Agora Platform. We used the planning method called Situational strategic planning (PES). We used the method of Situational strategic planning. After processed the problems identified in the Situational diagnosis of the area covered by the FHS Sebastiao Amorim I ESF 38, were proposed operations to confront the problem identified as a priority. For a description of the problem and better explanation of it was considered important to understand the genesis of the problem that we are facing from the identification of its causes in order to draw up a contingency plan in order to reduce the high percentage of people with hypertension in our area. Through this plan we aim to increase the level of information of the population about the risk factors and consequences of hypertension as well as the habits and lifestyles for better health and quality of life of the population.

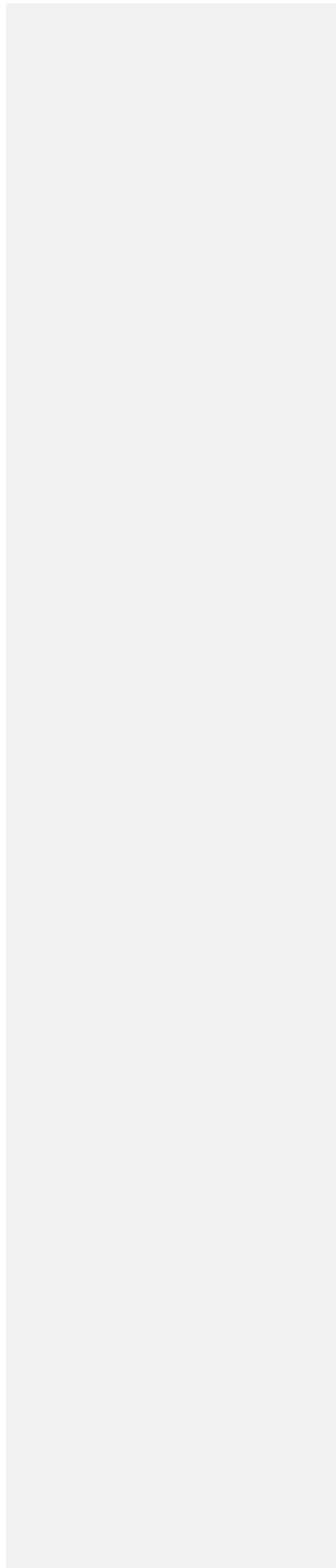
Keywords: Family health. Arterial Hypertension System

LISTA DE ABREVIATURAS/SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
ADSL	Asymmetric Digital Subscriber Line
BIREME	Biblioteca Regional de Medicina
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPAD	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas
CCZ	Centro Controle de Zoonoses
CEO	Centro de Especialidade Odontológica
CEMIG	Companhia Energética de Minas Gerais
CEREST	Centro Referência em Saúde dos Trabalhadores
COS	Centro de Oftalmologia Social
COPASA	Companhia de Saneamento de Minas Gerais
DASH	Dietary Approaches to Stop Hypertension
DCV	Doença Cardiovascular
DM	Diabetes Mellitus
EAD	Educação à Distância
ESF	Estratégia Saúde da Família
FPM	Faculdade de Patos de Minas
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ICA	Instituto de Ciências Agrárias
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
IFTM	Instituto Federal do Triângulo Mineiro
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
HIPERDIA	Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos
LDL	Low Density Lipoproteins
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MG	Minas Gerais
ONU	Organização das Nações Unidas
PACS	Programa de Agente Comunitário de Saúde
PES	Planejamento Estratégico Situacional
PIB	Produto Interno Bruto
PNUD	Programa Nações Unidas
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SCIELO	Scientific Electronic Library Online
SENAC	Serviço Nacional de Aprendizagem Comercial
SIAB	Sistema de Informações de Atenção Básica
SNA	Sistema Nervoso Autônomo
SNP	Sistema Nervoso Parassimpático
SNS	Sistema Nervoso Simpático
SUS	Sistema Único de Saúde

UBS
UFMG
UNIPAM
UPA

Unidade Básica de Saúde
Universidade Federal de Minas Gerais
Centro Universitário de Patos de Minas
Unidade de Pronto-Atendimento



LISTA DE ILUSTRAÇÕES

[MA1] Comentário: Padronizar o uso do negrito nos títulos das tabelas, quadros, figuras.
Rever o título

Figura 1- Mapa político do Brasil e Minas Gerais; à esquerda em destaque o estado de Minas Gerais; no mapa maior em destaque o município de Patos de Minas-MG.....	14
Tabela 1- Número de habitantes distribuídos por faixa etária nas áreas urbana e rural. Município Patos de Minas- MG.....	17
Quadro 1- Classificação do IDH.....	18
Quadro 2- Número de famílias e habitantes por micro áreas da ESF 38 Sebastião Amorim I, Patos de Minas.....	22
Quadro 3- Classificação de prioridades para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade de saúde ESF 38, Sebastião Amorim I.....	32
Esquema 1- Explicação do problema.....	35
Quadro 4- Desenho das operações para enfrentar a alta incidência de usuários com HAS do ESF 38, Sebastião Amorim I, Patos de Minas.....	39
Quadro 5- Identificação dos recursos críticos para enfrentar a alta incidência de usuários com HAS do ESF 38, Sebastião Amorim I, Patos de Minas.....	42
Quadro 6- Análise de viabilidade do plano para enfrentar alta incidência de usuários com HAS do ESF 38, Sebastião Amorim I, Patos de Minas.....	43
Quadro 7- Plano operativo para enfrentar a alta incidência de usuários com HAS do ESF 38, Sebastião Amorim I, Patos de Minas bastião Amorim I, Patos de Minas. Atores e motivado.....	44

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	13
JUSTIFICATIVA.....	24
OBJETIVO GERAL.....	26
OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	26
MÉTODOLOGIA.....	27
REVISÃO BIBLIOGRÁFICA.....	28
PROPOSTA DE INTERVENÇÃO.....	31
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	46
REFERÊNCIAS.....	47

1- INTRODUÇÃO

Descrição do Município:

Patos de Minas, município do Estado de Minas Gerais, situado a 415 km da capital do Estado, Belo Horizonte, está localizado na região de duas bacias hidrográficas, Alto Paranaíba e São Francisco (PATOS DE MINAS, 2011).

O primeiro povoado surgiu em torno da Lagoa dos Patos e, em 24 de maio de 1892 foi elevado à cidade de Patos de Minas. O aniversário da cidade é comemorado com a Festa Nacional do Milho, que traz grande movimentação à cidade e à economia local. É conhecido nacionalmente como a capital do milho em razão das grandes plantações desse grão nas fazendas do município (PATOS DE MINAS, 2011).

Com 3.189.771 km², sua população é 147.614 habitantes (IBGE, 2009), com densidade demográfica de 45,9 hab./km², altitude de 815 metros e clima tropical. É uma cidade aconchegante e com excelente estrutura, possuindo um Índice de Desenvolvimento Humano de 0,765 (PNUD, 2010). Na figura 1 esta apresentado o mapa Político de Minas Gerais, à esquerda em destaque o estado de Minas Gerais; no mapa maior em destaque o município de Patos de Minas-MG.

Figura 1: Mapa político Minas Gerais: à esquerda em destaque o estado de Minas Gerais; no mapa maior em destaque o município de Patos de Minas-MG.



O governo de Patos de Minas está representado pelo prefeito, secretário municipal de saúde, coordenadora da atenção básica e coordenadora da atenção à saúde bucal (PATOS DE MINAS, 2011).

A origem do nome do Município provém da enorme quantidade de patos que existiam no território, encontrados habitualmente em uma grande lagoa, a três quilômetros da margem do rio Paranaíba. Atraídos pela caça abundante e variada, os tropeiros que levavam suas tropas pelo interior de Minas Gerais faziam pouso à beira dessa lagoa, construindo ranchos em que se abrigavam (PATOS DE MINAS, 2011).

Todo o oeste de Minas Gerais estava coberto de matas, atravessadas apenas por estreitas trilhas, que tinham em alguns pontos, a léguas de distância, vestígios de civilização. Com o correr dos tempos, alguns tropeiros se fixaram no local, formando um povoado. Há ainda outra versão segundo a qual negros das senzalas de Paracatu e Goiás ali também se localizaram, como não raro teriam acontecido, aqueles que tentaram trazê-los de novo para as cadeias do cativo (PATOS DE MINAS, 2011).

Outro documento também em relação às origens da cidade e no qual se fez referência aos negros é a Carta de Sesmaria, de 29 de maio de 1770, que concedeu a Manoel Afonso Pereira, uma faixa de terra nos sertões das margens do rio chamado Paranaíba, terra de campos e matas devolutas servindo as mesmas de asilo aos negros, moradores de Paracatu e Goiás (PATOS DE MINAS, 2011).

Vinte e três anos depois, em Carta de 20 de julho de 1793, dirigida pela então Câmara de Tamanduá a Rainha Dona Maria I, acerca dos limites entre Minas e Goiás, fez-se referência ao fato de que, em Babilônia (hoje Lagoa Formosa), Aragão (na entrada da cidade) e Onça, povoados por Manoel Afonso Pereira de Araújo, depois de matarem dois escravos, roubaram-lhe seis mil e tantos cruzados e algum ouro em pó. Quanto ao nome do provável Povoador, nenhuma outra referência a ele se encontra em documentos posteriores, não se sabendo se teria falecido sem deixar herdeiros ou abandonado a região em busca de outras terras. Em escritura particular, datada de 19 de julho de 1826, Antônio da Silva Guerra e sua mulher Luíza Corrêa de Andrade, doaram, conforme reza o aludido documento, uma gleba de terras de cultura e campos na fazenda denominada Os Patos, ao glorioso Santo Antônio, a fim de se lhe edificar um templo e também para cômodo dos povos. Esta é a origem do patrimônio da antiga paróquia de Santo Antônio de Patos, a qual foi criada em 1850 (PATOS DE MINAS, 2011).

Em 1866, foi criado o Município, com a denominação de Santo Antônio dos Patos, com terras dos Municípios de Patrocínio, Paracatu e São Francisco das Chagas de Campo Grande. O Município recebeu os topônimos de Santo Antônio dos Patos (simplificado, mais tarde, para Patos); Guaratinga contrariando a opinião dos municípes; e, finalmente, Patos de Minas. A criação do Distrito, com território do Município de Patrocínio, foi levada a efeito pela Lei Provincial nº. 472, de 31 de março de 1850. Em face da Lei Provincial nº. 1291, de 30 de outubro de 1866, criaram-se o Município, com a denominação de Santo Antônio dos Patos. A instalação verificou-se a 29 de fevereiro de 1868 (PATOS DE MINAS, 2011).

A Lei Estadual nº. 2, de 14 de setembro de 189, confirmou a criação do Distrito que, por força da Lei Estadual nº. 23, de 24 de maio de 1892, receberam foros de cidade. Pela Lei nº. 2764, de 30 de dezembro de 1962 sofreram reformulação administrativa, perdendo os Distritos de Guimarães e Lagoa Formosa, que se constituíram em novos municípios. Foram criados dois Distritos: Bonsucesso de Patos e Major Porto. Assim, Patos de Minas tem sete Distritos. Além dos citados,

contam-se: o Distrito-sede (Patos de Minas), Chumbo, Santana de Patos, Pindaíbas e Pilar (PATOS DE MINAS, 2011).

O município apresenta uma renda nominal média mensal per capita dos domicílios particulares permanentes de R\$843,57, com 96,53% de água tratada e 98% de recolhimento de esgoto pela rede pública (IBGE, 2009).

Aspectos Socioeconômicos

A economia do município gira principalmente sobre os agronegócios, sendo considerado polo econômico da região e suas principais atividades são a agricultura, como o cultivo de milho, arroz, soja, feijão, café, maracujá, tomate e horticultura, e a pecuária com a criação de bovinos e suínos (IBGE, 2009).

Aspectos Demográficos

A população do município segundo o censo de 2010 era de 138.710 habitantes. Entre 2000 e 2010, o crescimento vegetativo foi de 1,14%. Na década anterior, de 1991 a 2000, a taxa média de crescimento anual foi de 2,08%, valores acima das médias estaduais e federais. No Estado, estas taxas foram de 1,01% tanto 2000 e 2010 quanto entre 1991 e 2000. No país, foram de 1,01% entre 2000 e 2010 e 1,02% entre 1991 e 2000 (IBGE, 2009).

Ainda segundo o Censo de 2010, 48,97% eram homens, e 51,03% eram mulheres. A diferença entre a população masculina e feminina se ampliou na última década, já que em 2000 a população masculina era de 49,41% e a feminina 50,59%. O valor é bastante semelhante ao levantamento anterior, realizado em 1991 – 49,35% de homens e 50,65% de mulheres (IBGE, 2009).

A taxa de envelhecimento da população vem aumentando, passando de 4,46% em 1991, para 5,61% em 2000 e 7,98% em 2010 (IBGE, 2009). A população patense é composta de 20,66% de pessoas com menos de 15 anos, 71,36% entre 15 e 64 anos e 7,98% com mais de 65 anos (IBGE, 2010). Crescendo a população do município para 2014, com um total de 147.614 habitantes (132.114 na área urbana e 15.500 na rural), segundo a informação descrita na Tabela 1 (SIAB, 2014).

Tabela 1- Número de habitantes distribuídos por faixa etária nas áreas urbana e rural. Município Patos de Minas- MG.

Município: Patos de Minas – MG									
Total da População: 147614									
Nº de indivíduos	>1	1 - 4	5 - 9	10 - 14	15 - 19	20 – 39	40 - 59	60 e +	Total
Área Urbana	1612	6014	8726	10478	11472	43333	34753	15727	132114
Área Rural	189	706	1026	1229	1346	5083	4077	1846	15500
Total	1801	6720	9750	11707	12818	48416	38830	17573	147614

Fonte: SIAB (2014).

A taxa de mortalidade infantil até 01 ano representa 14,5 por mil nascidos vivos e até 05 anos, 16,7 por mil nascidos vivos (PNUD 2013, IPEA, 2010). A proporção de moradores, em pobreza extrema, abaixo da linha de pobreza representa 0,87% do total da população (PNUD 2013; IPEA, 2010). A população tem acesso e possibilidade de receber assistência básica de saúde em até 73-74% da população (IBGE, 2009).

A rede escolar é composta por 132 estabelecimentos de ensino, entre públicos e privados da Educação Infantil ao Ensino Médio (PATOS DE MINAS, 2011).

A educação profissionalizante de Patos de Minas oferece cursos de nível básico e técnico através de diversos centros de ensino, especialmente o Serviço Nacional de Aprendizagem Industrial (SENAI) e o Serviço Nacional de Aprendizagem Comercial (SENAC) e do Instituto Federal do Triângulo Mineiro (IFTM) (PATOS DE MINAS, 2011).

As instituições de Ensino Superior são: Centro Universitário de Patos de Minas (UNIPAM), Faculdade Patos de Minas (FPM) e Faculdade do Noroeste de Minas – Patos de Minas, além de cursos ministrados à distância como a Educação à Distância (EAD) (PATOS DE MINAS, 2011).

Aspectos sanitários

O município possui sistema de coleta de esgotamento sanitário atinge cerca de 100% da população e, atualmente encontra-se em construção uma estação de

tratamento de esgoto para que os resíduos não sejam despejados no Rio Paranaíba. A energia elétrica chega a 99,86% dos domicílios (incluindo os da zona rural) e na cidade a coleta de lixo alcança 99,65% das residências. Cerca de 0.25% dos habitantes vivem em locais sem água e esgotamento sanitário adequado. O serviço de abastecimento de água, assim como em toda a região, é feito pela Companhia de Saneamento de Minas Gerais (COPASA), mesma responsável pela coleta de esgoto, (PATOS DE MINAS, 2011).

Índice de Desenvolvimento Humano Municipal

O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) é uma medida comparativa usada para classificar os países pelo seu grau de "desenvolvimento humano" e para ajudar a classificar os países como desenvolvidos (desenvolvimento humano muito alto), em desenvolvimento (desenvolvimento humano médio e alto) e subdesenvolvidos (desenvolvimento humano baixo) (PATOS DE MINAS, 2011).

A estatística é composta a partir de dados de expectativa de vida ao nascerem, educação e Produto Interno Bruto (PIB) como um indicador do padrão de vida recolhidos a nível nacional. Cada ano, os países membros da Organização de Nações Unidas (ONU) são classificados de acordo com essas medidas (PATOS DE MINAS, 2011).

O IDH também é usado por organizações locais ou empresas para medir o desenvolvimento de entidades subnacionais como estados, cidades, aldeias, etc. no território segundo a Longevidade, Educação e Renda de seus habitantes (PATOS DE MINAS, 2011). No Quadro1 apresenta-se a classificação do IDH do município.

Quadro 1- Classificação do IDH de Patos de Minas.

IDH	ESCALA DE 0.000-1.000
MUITO BAIXO	0.000-0.459
BAIXO	0.500-0.599
MÉDIO	0.600-0.699
ALTO	0.700-0.799

MUITO ALTO	0.800-1.000
------------	-------------

Fonte: SIAB (2014).

O IDH de Patos de Minas é classificado na faixa "alto". A cidade possui o 289º melhor índice dentre os 5.565 municípios do Brasil e o 20º dentre os 853 municípios de Minas Gerais, estando, portanto entre os 5,18% melhores do país, e os 2,23% melhores do estado (SIAB, 2014). Com uma taxa de urbanização alta, apresentando nas últimas duas décadas um crescimento de 8,45%, passando de 84,90% em 1991, para 89,87% em 2000, até os 92,08% de 2010. Patos de Minas é um município essencialmente urbano (SIAB, 2014). O PIB de Patos de Minas está entre os 25 maiores de Minas Gerais, crescendo entre 2002 e 2012, em média 10,9% ao ano (PATOS DE MINAS, 2011).

No município, assim como em quase todo o estado de Minas Gerais, o serviço de abastecimento de energia elétrica é feito pela Companhia Energética de Minas Gerais (CEMIG) (PATOS DE MINAS, 2011).

Ainda há serviços de internet discada e banda larga (ADSL), sendo oferecidos por diversos provedores de acesso gratuitos e pagos. O serviço telefônico móvel, por telefone celular, também é feito por várias operadoras (PATOS DE MINAS, 2011).

Território e População Adstrita

A área de abrangência do ESF 38 da UBS Sebastião Amorim I limita-se aos bairros: Centro, Cônego Getúlio, El Dorado e Boa Vista. Todos os bairros possuem asfalto, água tratada, rede de esgoto, e energia elétrica nos domicílios. O município possui cinco bancos, três agências de correios, a maioria dos domicílios com telefonia fixa. A população está composta geralmente por jovens com vida produtiva, trabalhando em diversas áreas do comércio local, como indústrias, lojas, magazines, e no trabalho rural e outra parcela de idosos aposentados. Quanto ao nível de alfabetização da população completou o ensino fundamental, jovens que cursam o nível superior. Os usuários moram em casa de alvenaria e apartamentos, não há na área de abrangência favelas, cortiços e outros.

ESF 38 Sebastião Amorim I

A unidade de Saúde foi inaugurada há cerca de 30 anos, porém, atualmente abriga duas equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF), sendo constituída a primeira em 1985 e a segunda em 2004 (PATOS DE MINAS, 2011). É uma construção antiga, mais em bom estado de conservação, apesar de ser um espaço pequeno. Conta com dois consultórios clínicos, uma sala ginecológica, uma recepção, uma sala de administração, uma sala de vacina, uma sala de nebulização, e uma sala curativa. Hoje são atendidos mais de 4.756 usuários ao ano. Devido a grande demanda dos usuários o espaço se torna pequeno, e os mobiliários insuficientes causando certo desconforto na sala de recepção. Não há salas de reuniões, as mesmas são realizadas na área de serviços da unidade, desenvolvidas pela equipe de saúde com a presença da enfermeira, técnica de enfermagem, médico e Agentes Comunitários de Saúde (ACS), fazendo análise dos problemas e necessidades dos usuários, sempre com a base da ética profissional. Existem grupos multidisciplinares de Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos (HIPERDIA), grupo de Saúde em Movimento, grupo Nutricional, Psicologia, e Assistente Social, para oferecer uma atenção com qualidade aos usuários (PATOS DE MINAS, 2011).

A organização e a gestão dos processos de trabalho em saúde, em especial do trabalho de uma equipe na atenção básica, constituem um dos eixos centrais da reordenação da atenção à saúde no Sistema Único de Saúde (SUS) (PATOS DE MINAS, 2011).

Em geral os serviços de saúde são organizações bastante complexas e um de seus maiores desafios é implantar um modelo de gestão que seja compatível com o serviço de saúde proposto e que dê mais efetividade ao sistema de saúde. Como todas as pessoas e grupos de trabalho, os profissionais e as equipes de saúde têm seus objetivos profissionais e existenciais, suas necessidades e expectativas, de condições de trabalho e renda, de realização e desenvolvimento de suas capacidades, de reconhecimento. Esses objetivos têm muita importância nos processos de trabalho e, portanto, devem ser considerados, de modo preciso, em sua gestão. Dessa forma, a constituição de uma equipe e seu funcionamento depende da interação de vários sujeitos que têm objetivos e perspectivas às vezes de muita importância (PATOS DE MINAS, 2011).

A equipe de Saúde ESF 38 tem o trabalho organizado com as agendas do médico e enfermeira, no horário pela manhã é feito o atendimento de demanda espontânea no acolhimento e desenvolvidas as consultas de pré-natal, puericultura, grupo de Hiperdia, grupo de saúde em movimento, grupo nutricional, visitas domiciliares, de acordo com as necessidades dos usuários, trabalhando e acompanhamento dos integrantes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) Os casos que depois de uma conduta terapêutica precisaram do encaminhamento para outros centros de atenção especializada, são avaliados mantendo o fluxo do município e acessibilidade.

A enfermeira realiza a escuta programada em horário definido pela secretaria de saúde, todos os dias durante o período de 07h30minh as 09h00minh para agendamento das consultas de demanda espontânea. Depois desse horário, ao longo do dia, todos os usuários que procuram a unidade são acolhidos por alguém da equipe e pela enfermeira, para triagem das urgências a serem encaminhadas ao médico. A agenda da enfermeira é atualizada mensalmente, dividida em atividades de atendimento no consultório (pré-natal, puericultura, consulta de enfermagem); grupos operativos; visita domiciliar, capacitação de equipe e dois turnos semanais para atividades administrativas.

A técnica de enfermagem realiza visitas domiciliares para acompanhamentos dos usuários com doenças crônicas não transmissíveis: hipertensão arterial sistêmica (HAS), diabetes mellitus e neoplasias em estágio terminal. As atividades são planejadas em quatro turnos semanais, dependendo das necessidades. O resto do horário de trabalho é feito procedimentos de enfermagem na unidade, realização de curativos domiciliares e limpeza, preparo e esterilização de materiais.

Todos os dias as ACS fazem visitas para coletar informações, ações preventivas e educativas individuais e coletivas na casa daquelas pessoas que é impossível assistirem a consulta por apresentar deficiências físicas, morarem sozinhos, assim como acompanhamento dos usuários com doenças crônicas, gestantes e crianças. Outra coisa muito importante são os grupos operativos, desenvolvendo atividades de promoção de saúde e prevenção de doenças, com objetivo de ajudar a melhoria das condições de saúde da comunidade.

No Quadro 2 esta descrito o área de abrangência da ESF, com a distribuição do número de famílias e usuários distribuídos por micro áreas.

Quadro 2- Número de famílias e habitantes por micro-áreas da ESF 38 Sebastião Amorim I, Patos de Minas.

Micro área	Famílias	Habitantes
01	263	587
02	151	437
03	205	633
04	232	693
05	252	621
06	308	628
07	193	591
08	443	566
Total	1947	4756

Fonte: Dados fornecidos pela equipe.

Atenção Primária à Saúde

O crescente aumento da população idosa e da expectativa de vida implica em maior utilização de serviços de saúde, pois apresenta maior vulnerabilidade e susceptibilidade ao aparecimento de doenças crônicas não transmissíveis na área de abrangência do ESF (PATOS DE MINAS, 2011).

Quanto ao setor saúde, a organização do sistema público de saúde é constituída por um hospital público, duas Unidades de Pronto-Atendimento (UPA), um Centro Médico de Especialidades, uma unidade Viva a Vida/Hiperdia, três equipes do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), 37 equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF), uma equipe do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), 16 equipes de saúde bucal, três equipes do NASF, dois unidades do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS/CAPSAD), um Centro de

Reabilitação e uma “farmacinha municipal” (SMS/PTM, 2014) (PATOS DE MINAS, 2011).

Outros recursos da comunidade são um Hospital Estadual, três clínicas odontológicas, dois laboratórios de análise clínica, duas escolas estaduais, cinco igrejas evangélicas, uma escola de natação, um Lions Clube (PATOS DE MINAS, 2011).

A taxa de emprego das pessoas acima de 25 anos é de 70%, e entre os jovens de 18 a 25 anos de 50%. Os principais postos de trabalho são no comércio e serviços gerais como: pedreiros e funcionários públicos do Estado e da prefeitura. A Unidade Básica de Saúde (UBS) tem 1.947 famílias e 4.756 pessoas que são atendidas pela unidade de saúde (PATOS DE MINAS, 2011).

2- JUSTIFICATIVA

A HAS é um importante fator de risco para doenças decorrentes de aterosclerose e trombose, que se exteriorizam, predominantemente, por acometimento cardíaco, cerebral, renal e vascular periférico. É responsável por 25 e 40% da etiologia multifatorial da cardiopatia isquêmica e dos acidentes vasculares cerebrais, respectivamente. Essa multiplicidade de consequências coloca a HAS na origem das doenças cardiovasculares e, portanto, caracteriza-a como uma das causas de maior redução da qualidade e expectativa de vida dos indivíduos (BRASIL, 2013).

A HAS é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial (PA), PA maior/igual 140 x90 mmHg. Associa-se frequentemente, às alterações e/ou estruturais dos órgãos-alvo (coração, cérebro, rins, e vasos sanguíneos) e as alterações metabólicas, com o risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais. A prevalência no Brasil varia entre 22% e 44% para adultos (32% em média), chegando a mais de 50% para indivíduos com 60 a 69 anos e 75%. A HAS tem baixas taxas de controle, sendo por isso considerada um dos mais importantes problemas de saúde pública no Brasil e no mundo. As doenças cardiovasculares são importantes causas de morbimortalidade e geram altos custos econômicos, e que aumentam progressivamente com o aumento da PA. O controle adequado dos usuários com HAS deve ser uma das prioridades da Atenção Básica a partir do princípio de que o diagnóstico precoce, o bom controle e o tratamento adequado dessa afecção são essenciais para diminuição dos eventos cardiovasculares adversos em indivíduos com mais de 70 anos (BRASIL, 2013).

A mortalidade por doença cardiovascular aumenta progressivamente com a elevação da PA a partir de 115/75 mmHg de forma linear, contínua e interdependente. Apesar de apresentar uma redução significativa nos últimos anos, as doenças cardiovasculares têm sido a principal causa de morte no Brasil. A mortalidade por doença cardíaca hipertensiva cresceu 11%, fazendo aumentar para 13% o total de mortes atribuíveis a doenças cardiovasculares, sendo responsáveis por 33% dos óbitos com causas conhecidas. Estão associados com a ocorrência desta doença crônica, os fatores hereditários que têm um papel muito importante e todas estas causas trazem como consequência mais adiante infarto, Acidente Vascular Cerebral, doença renal crônica e isto podem provocar o aumento de

invalidez, aposentadoria precoce, aumento do desemprego e aumento na mortalidade (BRASIL, 2013).

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

Desta forma, considerando o percentual significativo de usuários com HAS residentes na área de abrangência da ESF Sebastião Amorim I (15,12%), torna-se necessário elaborar um plano de intervenção a fim de diminuir a alta incidência de pessoas com HAS na área e conseqüentemente reduzir a morbimortalidade por essa doença no território.

Neste contexto, ressalta-se que das 4.756 pessoas residentes na área de abrangência da equipe, 233 tem HAS, o que corresponde a 15,12% da população (dados fornecidos pela equipe). De acordo com os registros da equipe, a maioria das pessoas com HAS é do sexo feminino e tem mais de 50 anos.

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

3 - OBJETIVOS

Objetivo geral

Elaborar um plano de intervenção com vistas a diminuir a alta incidência de usuários com HAS na área de abrangência da ESF Sebastiao Amorim I Patos de Minas/MG.

Objetivos específicos

1. Realizar pesquisa bibliográfica na base de dados eletrônicos de bibliotecas virtuais com os seguintes descritores: Hipertensão Arterial e Estratégia Saúde da Família.
2. Identificar o problema prioritário da área de abrangência da ESF Sebastião Amorim I Patos de Minas/MG.
3. Fazer a descrição, a explicação e a identificação dos nós críticos do problema prioritário.
4. Elaborar um plano de intervenção para enfrentamento do problema prioritário.

4 - METODOLOGIA

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

Foi utilizado o método de planejamento denominado Planejamento Estratégico Situacional (PES), desenvolvido pelo chileno Carlos Matus (MATUS, 2004). Após processados os problemas identificados no diagnóstico situacional da área de abrangência da ESF Sebastiao Amorim I, foram propostas operações para enfrentamento do problema identificado como prioritário (CAMPOS, FARIA, SANTOS, 2010).

5 - REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

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

A prevalência estimada da HAS em Minas Gerais é de 20% na população maior ou igual a 20 anos de idade, (MEIRELES *et al.*, 2013). Além disso, essa afecção é considerada um dos principais problemas de saúde pública, devido à alta prevalência e à relação linear e contínua do aumento dos níveis de PA com a elevação do risco cardiovascular individual e o aumento da mortalidade por DCV (NOBRE *et al.*, 2010). As DCV são a principal causa de morte atualmente no Brasil e também responsáveis por elevados custos médicos e socioeconômicos (NOBRE 2010).

De acordo com a VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão a linha demarcatória que define HAS, em adultos, considera valores de PA sistólica ≥ 140 mmHg e/ou de PA diastólica ≥ 90 mmHg, medidas em consultório. O diagnóstico deverá ser sempre validado por medidas repetidas, em condições ideais, em, pelo menos, três ocasiões. A utilização de diferentes índices de PA ou de menor número de aferições de PA para diagnóstico de HAS pode variar de acordo com o risco cardiovascular individual. Por exemplo, usuários com PA $\geq 140/90$ mmhg com risco cardiovascular alto, muito alto ou PA $\geq 180/110$ mmhg já podem ter o diagnóstico de HAS confirmado com aferições em duas ocasiões diferentes, enquanto, usuários com menores índices de PA e risco cardiovascular baixo ou médio, devem ter o diagnóstico validado apenas após medidas repetidas de PA, em pelo menos três ocasiões (MEIRELES, 2013).

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

Segundo ROESE *et al.*, (2011), os municípios que possuem a ESF realizam o cadastro e o acompanhamento à população adstrita com HAS. Apesar disso, o número de usuários acompanhados, em geral, é menor do que os cadastrados,

algumas vezes devido à dificuldade de acesso aos serviços de saúde, ou a busca pelos mesmos apenas em momentos de agudização da doença.

Segundo NOBRE *et al.* (2010) e MEIRELES *et al.* (2013), o diagnóstico e o controle adequado da HAS são essenciais para diminuição na incidência das DCV. Os resultados encontrados por Moraes e Freitas (2012) evidenciaram elevada prevalência de doença isquêmica do coração na população por eles estudada, e fatores potencialmente modificáveis, como a HAS, estiveram associados ao desfecho. No entendimento de Lessa (2010), a HAS é a doença vascular mais prevalente e o fator de risco mais potente para doenças cerebrovasculares, que são predominante causa de morte no Brasil.

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

NOBRE *et al.* (2010) apontam que os fatores de risco para HAS são: idade, gênero e etnia, excesso de peso e obesidade, ingestão de sal, ingestão de álcool, sedentarismo, fatores socioeconômicos e genética. MOREIRA *et al.* (2013) afirmam que existe relação de causa e efeito entre aumento de massa corporal e de PA que já foi demonstrada em diversos estudos. Sabe-se que, em nível individual, dieta rica em sódio e álcool e pobre em potássio e fibras está relacionada com o aumento dos níveis de PA. Segundo MOREIRA *et al.* (2013), a HAS em adolescentes associou-se à obesidade e linearmente à circunferência abdominal, o que evidencia a relevância do excesso de peso como fatores de risco associados à HAS, já nessa faixa etária. De acordo com os resultados encontrados por FERREIRA *et al.* (2009), associações da HAS com cor de pele poderiam representar predisposição genética, enquanto que consumo exagerado de certos alimentos ou sedentarismo poderiam refletir hábitos de vida pregressos favoráveis à elevação da PA; enquanto que, o encontro de maior chance de eventos cardiovasculares entre pessoas com HAS sinalizaria a ocorrência da principal complicação da HAS, os fenômenos tromboembólicos na doença aterosclerótica.

Sendo assim, as medidas não medicamentosas, como mudanças no estilo de vida e prática de hábitos de vida saudáveis são certamente recomendadas, pois,

além de reduzir a PA e, conseqüentemente, a mortalidade cardiovascular, possibilitam a prevenção primária e a detecção precoce, que devem ser as metas primárias dos profissionais de saúde, já que são as formas mais efetivas de evitar doenças, NOBRE *et al.* (2010). As ações de prevenção devem visar estimular mudanças no comportamento e no estilo de vida, reduzindo a exposição tanto individual quanto coletiva aos fatores de risco.

6 - PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

A partir da explicação do problema, foi elaborado um plano de ação, entendido como uma forma de sistematizar propostas de solução para enfrentar os problemas que estão causando o problema principal (CAMPOS, FARIA, SANTOS 2010).

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 as causas mais importantes, a equipe considerou necessário pensar nas soluções e estratégias para o enfrentamento do problema, iniciando a elaboração do plano de ação propriamente dito, elaborando um desenho de operacionalização.

Definição dos problemas

Por meio do diagnóstico situacional da área de abrangência da equipe realizado neste ano, foram identificados os seguintes problemas: alta incidência de HAS; sendo o problema priorizado, seguido da alta incidência da ingestão de medicamentos estupefacientes, alta incidência de dislipidemias, incremento das doenças respiratórias (sinusite, rinofaringite, amigdalite, bronquite e otite aguda), doenças somáticas (tendinite, bursite, lombalgias e artroses) e parasitoses (RELATÓRIO DE GESTÃO, 2011).

Priorização dos problemas

Sendo que, após considerar a importância, urgência e capacidade de enfrentamento, a equipe selecionou como problema prioritário para enfrentamento a alta incidência de HAS na população. No quadro 3 explicamos detalhadamente a classificação de prioridades para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade de saúde ESF 38, Sebastião Amorim I.

Quadro 3– Classificação de prioridades para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade de saúde ESF 38, Sebastião Amorim I.

Patos de Minas– PSF 38, Sebastião Amorim I.				
Principais Problemas	Importância	Urgência	Capacidade de enfrentamento	Seleção
Alta incidência de HAS	Alta	7	Parcial	1
Alto consumo da ingestão de medicamentos estupefacientes	Alta	6	Parcial	2
Alto percentual de dislipidemias	Alta	6	Parcial	2
Parasitoses	Alta	4	Parcial	3
Incremento das doenças Respiratórias	Alta	4	Parcial	3
Doenças somáticas	Alta	3	Fora	4

Atribuímos valor alto, médio e baixo para importância do problema. Distribuímos pontos conforme a sua urgência. Definimos se a solução do problema está dentro, fora ou parcialmente dentro da capacidade de enfrentamento de nossa equipe. Numeramos os problemas por ordem de prioridade a partir do resultado da aplicação dos critérios (Seleção).

Descrição do problema

O problema definido como prioridade de nossa equipe foi à alta incidência de HAS, considerando-se um importante fator de risco para doenças decorrentes de aterosclerose e trombose, que se exteriorizam, predominantemente, por acometimento cardíaco, cerebral, renal e vascular periférico. É responsável por 25 e 40% da etiologia multifatorial da cardiopatia isquêmica e dos acidentes vasculares cerebrais, respectivamente. Essa multiplicidade de conseqüências colocá-la na origem das doenças cardiovasculares e, portanto, caracteriza-a como uma das causas de maior redução da qualidade e expectativa de vida dos indivíduos (BRASIL, 2013).

A HAS é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de PA (PA maior/igual 140x90 mmHg). Associa-se freqüentemente, as

alterações e/ou estruturais dos órgãos-alvo (coração, encéfalo, rins, e vasos sanguíneos) e as alterações metabólicas, como o risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais (BRASIL, 2013).

Considerando-se um grave problema em saúde 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% com mais de 70 anos (BRASIL, 2013). As doenças cardiovasculares são importantes causas de morbimortalidade e geram altos custos econômicos, e que aumenta progressivamente a HAS. O controle adequado dos usuários com HAS deve ser uma das prioridades da Atenção Básica a partir do princípio de que o diagnóstico precoce, o bom controle e o tratamento adequado dessa afecção são essenciais para diminuição dos eventos cardiovasculares adversos indivíduos com mais de 70 anos (BRASIL, 2013).

A mortalidade por doença cardiovascular aumenta progressivamente com a elevação da HAS a partir de 115/ 75 mmHg de forma linear, contínua e independente (BRASIL, 2013). Apesar de apresentar uma redução significativa nos últimos anos, as doenças cardiovasculares tem sido a principal causa de morte no Brasil. A mortalidade por doença cardíaca hipertensiva cresceu 11%, fazendo aumentar para 13% o total de mortes atribuíveis a doenças cardiovasculares, sendo responsáveis por 33% dos óbitos com causas conhecida (BRASIL, 2013).

Foi possível concluir que 15.12% dos usuários com 15 anos e mais tem HAS. Existem muitos fatores de risco na população que favorecem a aparição desta doença crônica como sobrepeso com 278 usuários, obesidade 76 usuários, dislipidemias 133 usuários, sedentarismo 283 usuários. Estão associados com a ocorrência desta doença crônica os fatores hereditários que tem um papel muito importante e todas estas causas trazem como consequência mais diante infarto, AVC, doença renal crônica e isto pode provocar o aumento de invalidez, aposentadoria precoce, aumento do desemprego e aumento na mortalidade, relacionado a modo e estilo de vida (BRASIL, 2013).

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

Desta forma, considerando o percentual significativo de usuários com HAS (15,12%), residentes na área de abrangência do ESF 38, Sebastião Amorim I torna-se necessário elaborar um plano de intervenção a fim de contribuir para a diminuição de sua ocorrência e, conseqüentemente, reduzir a morbimortalidade por essa doença no território.

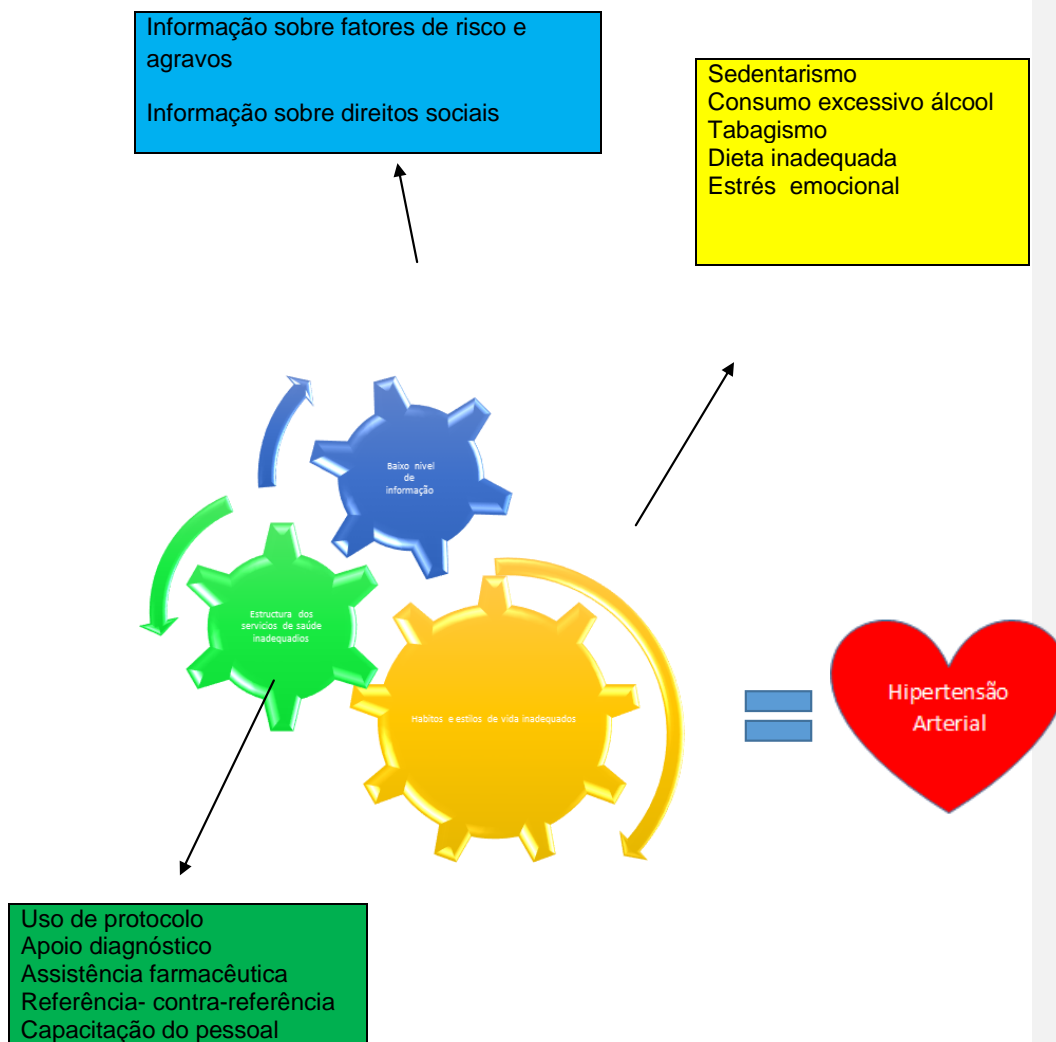
Neste contexto, ressalta-se que das 4756 pessoas residentes na área de abrangência da ESF, 233 tem o diagnóstico de HAS, sendo que, de acordo com os registros da equipe, a maioria dos usuários é do sexo feminino, acima de 50 anos de idade.

A equipe identificou como nós críticos desse problema hábitos e estilos de vida inadequados, falta de entendimento sobre o uso correto da medicação e pouco conhecimento sobre os riscos da não adesão ao tratamento medicamentoso.

Explicação do problema

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

O baixo nível de informação à população dificulta uma adequada informação sobre os fatores de risco e agravos assim como que a população conheça sobre seus direitos sociais. A estrutura dos serviços de saúde inadequada como não uso de protocolo, apoio diagnóstico, assistência farmacêutica, referência e contra referência e capacitação do pessoal dificulta uma boa atenção. Os hábitos e estilos de vida inadequados como sedentarismo, consumo excessivo de álcool, tabagismo, dieta inadequada e estresse emocional levam a uma alta incidência de doenças crônicas da população apresentado no esquema 1 esta descrito a explicação do problema.

Esquema 1- Explicação do problema

Identificação dos “nos críticos”

Um “nó crítico”, é a causa de um problema que, quando “atacada”, é capaz de impactar o problema principal e efetivamente transformá-lo. O “nó crítico” traz também a idéia de algo sobre o qual é possível intervir, ou seja, que está dentro do espaço de governabilidade (CAMPOS, FARIA, SANTOS, 2010).

Destacam-se entre os nós críticos de nosso problema os hábitos e estilos de vida inadequados como (tabagismo, dieta inadequada, consumo excessivo de álcool, estresse emocional e sedentarismo) estruturação dos serviços de saúde inadequados e baixo nível de informação à população.

Hábitos e estilos de vida inadequados: É freqüente a existência de usuários com estilos de vida não saudáveis, vinculadas a outras causas que propiciam a aparição e persistência das cifras de HAS.

Os principais fatores de riscos associados a HAS são: tabagismo, dieta inadequada, consumo excessivo de álcool, estresse emocional e o sedentarismo, (RÔAS *et al.*,2012).

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

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

saúde da população, que apresenta maior incidência de obesidade, DM doenças cardiovasculares, HAS e osteoporose (EINSTEIN, 2008).

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

(JUVENAL *e tal*, 2004).

Estresse emocional: O estresse contribui para grande número de enfermidades, tanto de ordem psíquica como orgânica, e nesta se enquadra a HAS, (FONSECA *e tal*, 2009,).

O estresse, quando é persistente e exagerado, poderá ser danoso à saúde do indivíduo; ele pode ser de natureza física, psicológica ou social, podendo desencadear um conjunto de reações fisiológicas, inclusive agravar fator já existente, ou facilitar o seu aparecimento, desde que o indivíduo tenha uma predisponibilidade a desenvolver tal doença (FONSECA *e tal*, 2009,).

O sistema nervoso autônomo (SNA) também conhecido como involuntário, está dividido em sistema nervoso simpático (SNS) e parassimpático (SNP). O simpático tem como principal neurotransmissor a noradrenalina, e o parassimpático, a acetilcolina; esses dois sistemas apresentam, na maioria das vezes, resposta fisiologicamente antagônicas, vaso constrição e vaso dilatação, respectivamente, (FONSECA *e tal*, 2009,).

Nas situações de emergência, o SNS envolve respostas ao estresse, prepara o organismo para ação por meio da elevação da HAS, frequência cardíaca e da respiração. Já o SNP busca recuperar a homeostasia, prepara o organismo para o equilíbrio e repouso (FONSECA *e tal*, 2009,).

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

Sedentarismo: Uma vida com hábitos sedentários tende a tornar mais propícia o aparecimento das condições ideais para que haja o desenvolvimento das placas de gordura e, conseqüentemente, de uma possível HAS, sendo evitável em pessoas que praticam regularmente alguma atividade física, já que gastam mais energia (metabolizam, por exemplo, mais gorduras, minimizando a quantidade dela no sangue) do que as pessoas que nada fazem. O sedentarismo facilita acúmulo de placas de gordura (ateromas) nas artérias, formada por partículas de lipoproteína de baixa densidade de colesterol Low Density Lipoproteins (LDL), que entram no espaço subendotelial tornando-se oxidáveis (moléculas de LDL oxidadas), criando as placas de gordura que obstruem as paredes das artérias, diminuindo a circulação do sangue dentro destas aumentando assim, HAS (ROSA, 2012).

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

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

Desenho das operações

Com o problema bem explicado, e identificado as causas consideradas as mais importantes são necessárias pensar as soluções e estratégias para o enfrentamento do problema, iniciando a elaboração do plano de ação propriamente dito. O plano de ação é composto de operações desenhadas para enfrentar e impactar as causas mais importantes (ou os “nós críticos”) do problema selecionado (CAMPOS, FARIA, SANTOS, 2010). Apresentado no quadro 3 a descrição do desenho das operações para enfrentar a alta incidência de hipertensos do ESF 38, Sebastião Amorim I, Patos de Minas.

Quadro 4- Desenho das operações para enfrentar a alta incidência de usuarios com HAS do ESF 38, Sebastião Amorim I, Patos de Minas.

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

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

Identificação dos recursos críticos

O processo de transformação da realidade sempre consome, com mais ou com menos intensidade, algum tipo de recurso. Portanto, a dimensão dessa transformação vai depender da disponibilidade de determinados recursos, a favor ou contra as mudanças desejadas. Identificar os recursos críticos que devem ser consumidos em cada operação e que constitui uma atividade fundamental para analisar a viabilidade de um plano (CAMPOS, FARIA, SANTOS, 2010).

São considerados recursos críticos aqueles indispensáveis para a execução de uma operação e que não estão disponíveis. Recursos necessários: econômicos (também denominados financeiros); organizacionais (referentes à estrutura física, recursos humanos, equipamentos, etc.); cognitivos (conhecimentos disponíveis e acumulados); de poder (também denominados recursos políticos), apresentados no quadro 4 a identificação dos recursos críticos para enfrentar alta incidência de hipertensos do ESF 38, Sebastião Amorim I, Patos de Minas., (CAMPOS, FARIA, SANTOS, 2010).

Quadro 5- Identificação dos recursos críticos para enfrentar alta incidência de usuários com HAS do ESF 38, Sebastião Amorim I, Patos de Minas.

Operação/projeto	Recursos necessários
Más Saúde.	Político: Conseguir o espaço na rádio local. Financeiro: Aquisição de recursos audiovisuais, folhetos educativos, ect.
Cuidar Melhor.	Político: Decisão de aumentar os recursos para estruturar o serviço.
Saber Más.	Político: Articulação Intersectorial.

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

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

Saber Mais: Projeto para incrementar o nível de informações da população sobre os principais fatores de risco e conseqüências de HAS após as palestras oferecidas pelo médico ou pessoal capacitado, com o objetivo de ter uma população mais

informada mediante uma conversa bidirecional entre o capacitador e os capacitados, para avaliar o nível de informações antes e após das atividades educativas.

Análise de viabilidade do plano

No Planejamento Estratégico Situacional (PES), o plano é entendido como um instrumento para ser utilizado em situações de baixa governabilidade pelo que o ator que está planejando não controla todos os recursos necessários para a execução do seu plano, que são aqueles recursos necessários para alcançar seus objetivos, (CAMPOS, FARIA, SANTOS, 2010). Para analisar a viabilidade de um plano, inicialmente devem ser identificadas três variáveis fundamentais: quais são os atores que controlam recursos críticos das operações que compõem o plano; quais recursos cada um desses atores controla; qual a motivação de cada ator em relação aos objetivos pretendidos com o plano, (CAMPOS, FARIA, SANTOS, 2010).

A motivação de cada ator pode ser classificada em três tipos (CAMPOS, FARIA, SANTOS, 2010).

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

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

- Motivação contrária - caracteriza-se por uma oposição ativa à utilização do recurso, ou seja, pode-se também considerá-la como uma oposição ativa contra o plano, explicado detalhadamente no quadro 5 o análise de viabilidade do plano para enfrentar alta incidência de usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) do ESF 38, Sebastião Amorim I, Patos de Minas.

Quadro 6- Análise de viabilidade do plano para enfrentar alta incidência de usuários com HAS do ESF 38, Sebastião Amorim I, Patos de Minas. Atores e motivadores.

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

Elaboração do plano operativo

Consiste na designação de responsáveis pelos projetos e operações estratégicas, além de estabelecer os prazos para o cumprimento das ações necessárias (CAMPOS, FARIA, SANTOS, 2010).

O gerente de uma operação/projeto é aquele que se responsabiliza pelo acompanhamento da execução de todas as ações definidas, o que não significa que deva executá-las. Ele pode (e deve) contar com o apoio de outras pessoas (CAMPOS, FARIA, SANTOS, 2010). No quadro 6 esta descrito o plano operativo para enfrentar a alta incidência de usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) do ESF 38, Sebastião Amorim I, Patos de Minas.

Quadro 7- Plano operativo para enfrentar a alta incidência de usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) do ESF 38, Sebastião Amorim I, Patos de Minas.

Projeto	Resultados esperados	Produtos esperados	Ação estratégica	Responsável	Prazo
Modificar hábitos e estilos de vida	-Reduzir até 5 % a obesidade e o, sedentarismo até 30 %, as dislipidemias no prazo de 1 ano -Diminuir a ingestão de alimentos gordurosos e ricos em carboidratos -Reduzir a ingestão excessiva o consumo de sal. -Incorporar o consumo de frutas, e vegetais na	-Programa de caminhada orientada. -Campanha educativa na rádio local. -Toma de Pressão periodicamente	Não necessária	Médico, Enfermeira e ACS.	4 meses para o início das atividades.

	-Incrementar práticas de exercícios físicos hidroginástico ciclismo e natação.				
Cuidar Melhor/ Melhorar a Estrutura do Serviços para o atendimento melhor	Garantia de medicamento exames preventivos de todos pacientes portadores e casos novos HAS para uma melhor avaliação e estratificação	Capacitação do pessoal Contratação de mais médicos e consultas especializadas Compra de medicamentos, reativos para exames Compra de Equipamento médicos	Projeto de estruturação da rede	SMS.Equipe	12 meses
Nível de informação da população sobre risco da HAS	População mais informada sobre os riscos da HAS	Avaliação do nível de informação da população sobre HAS Campanha educativa na radio local. Capacitação dos ACS e cuidadores	Grupos Operativos	Médico, Enfermeira e Agentes	4 meses

7 - CONSIDERAÇÕES FINAIS

A HAS, assim como outras doenças crônicas degenerativas não-transmissíveis, apresenta altas taxas de prevalência e reduzido controle adequado na atenção básica a saúde. Por ser passível de diagnóstico precoce e controle adequado por meio de medidas farmacológicas e não-farmacológicas, propostas como o plano de intervenção em questão, poderá contribuir otimizando o controle das afecções crônicas e diminuindo a ocorrência de eventos cardiovasculares na população acometida pela HAS. Com isso, busca-se reduzir a morbimortalidade relacionada às DCV e os custos a ela relacionados.

A partir da implantação do projeto esperamos que sejam atendidos os nossos objetivos para diminuir a incidência de usuários com HAS da área de abrangência da ESF Sebastiao Amorim I Patos de Minas/MG, mediante um diagnóstico adequado e precoce da doença. Tem-se como potencialidades a união da equipe e o grupo de pessoas com HAS que assiste palestras, isso pode ser otimizado mantendo este trabalho bem planejado e contínuo.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Departamento de Atenção Básica**. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 128 p.: il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 37) Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_pessoa_doenca_cronica.pdf. Acesso em 14 de Maio 2015.

CAMPOS, F. C. C, FARIA. H. P, SANTOS. M. A. Elaboração do plano de ação. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**, Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2ª ed., p.118, 2010. Disponível em: http://www.academia.edu/1854282/Planejamento_e_avaliacao_das_acoes_em_saude. Acesso em Maio 2015.

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

DANTE, M. Bioquímica da Hipertensão. Tabagismo e Hipertensão Arterial. **Revista Brasileira de Hipertensão Arterial, São Paulo**, junho. 2011. Disponível em: blogspot.com.br/2011/06/tabagismo-e-hipertensao-arterial.html. Acesso em Maio, 2015.

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

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

FONSECA, F. de C. A.; COELHO, R. Z.; NICOLATO, R.; MALLOY-DINIZ, F. F. A influência de fatores emocionais sobre a hipertensão arterial. **J. bras. Psiquiatr.**, Rio de Janeiro, v. 58, n. 2, p. 128-134, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/jbpsiq/v58n2/v58n2a11>. Acesso em: 2015.

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

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

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

MEIRELES, A. L, JUNIOR. A.C. A, GARIL. A.G. S, LANNA. C. M. M, PEREIRA. F.S, REIS. F. B, *et tal*. Atenção à saúde do adulto – **Conteúdo técnico da linha - guia de hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus e doença renal crônica** (no prelo), Secretaria de Estado de Minas Gerais, Belo Horizonte, 3 ed., 2013; p. 21 – 97. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/4221.pdf>. Acesso em 2016.

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

NOBRE. F. Diretriz para uso da monetarização ambulatorial da pressão arterial / II Diretriz para o uso da monitorização residencial da pressão arterial. **Arq. Bras. Cardiol.**, v. 95, n. 1(supl. II): 5-18, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php>. Acesso em 2016.

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

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

PATOS DE MINAS. Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório de Gestão.** Patos de Minas, 2011.

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

ROESE. A. PINTO. J. M, GERJARDT. T. E, SILVEIRA. D. T. et al. Perfil de Hipertensão Arterial Sistêmica e de Diabetes Mellitus a partir de bases de dados nacionais em municípios de pequeno porte no Rio Grande do Sul, Brasil. **Rev. APS**, v.14, n. 1; p. 75 – 84, 2011. Disponível em: <http://aps.ufjf.emnuvens.com.br/aps/article/viewFile/756/448>. Acesso em 2016.

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

SIAB, **Sistema de Informação da atenção Básica**, 2014. Disponível em: <http://www.saude.gov.br> Acesso em: 2016

-

.