

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

LISETTE PUPO GONZALEZ

**PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA DIMINUIR O NÚMERO DE
CASOS NOVOS DE HIPERTENSOS EM VILA ACARI NO MUNICÍPIO
DE PINTÓPOLIS – MINAS GERAIS.**

MONTES CLAROS - MINAS GERAIS

2015

LISETTE PUPO GONZALEZ

**PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA DIMINUIR O NÚMERO DE
CASOS NOVOS DE HIPERTENSOS EM VILA ACARI NO MUNICÍPIO
DE PINTÓPOLIS – MINAS GERAIS**

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

Orientadora: Profa. Dra. Matilde Meire Miranda Cadete

MONTES CLAROS - MINAS GERAIS

2015

LISETTE PUPO GONZALEZ

**PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA DIMINUIR O NÚMERO DE
CASOS NOVOS DE HIPERTENSOS EM VILA ACARI NO MUNICÍPIO
DE PINTÓPOLIS – MINAS GERAIS.**

Banca examinadora

Profa. Dra. Matilde Meire Miranda Cadete - orientadora

Profa. Dra. Maria Rizoneide negreiros de Araújo - UFMG

Aprovado em Belo Horizonte, em 12/06/2015/2015

RESUMO

O presente trabalho originou-se a partir do diagnóstico situacional feito na comunidade de Vila Acari, pertencente ao município de Pintópolis. Identificou-se um número significativo de pessoas portadoras de Hipertensão Arterial Sistêmica e das sérias dificuldades que ainda apresentam para lidar com a mesma. A Hipertensão Arterial é uma síndrome que se caracteriza basicamente pelo aumento dos níveis pressóricos, tanto sistólico quanto diastólico, atingindo 10 a 20 % da população adulta e aparecendo como causa direta ou indireta de elevado número de óbitos. Este estudo tem como principal objetivo elaborar um plano de ação com vistas à diminuição do número de casos novos de hipertensão arterial na área de abrangência da equipe de saúde da família de Acari, município de Pintópolis. Para tal, realizou-se pesquisa no SciELO por meio dos seguintes descritores: hipertensão, estratégia saúde da família e atenção à saúde. Também foram consultados documentos do Ministério da Saúde. O plano de ação foi baseado no Planejamento Estratégico Situacional. Espera-se que com a implementação do plano consiga-se modificar o estilo de vida da população e, portanto, reduzir o número de casos novos de hipertensão arterial.

Palavras Chave: Hipertensão. Estratégia Saúde da Família. Atenção à saúde.

ABSTRACT

This work led to a situational diagnosis made in the community of Vila Acari, in the municipality of Pintópolis. It identified a significant number of people with Hypertension and the serious difficulties that still have to deal with it. The Hypertension is a syndrome that is characterized primarily by an increase in blood pressure, both systolic as diastolic, reaching 10-20% of adults and appearing as a direct or indirect cause of the high number of deaths. This study has as main objective to elaborate an action plan aimed at reducing the number of new cases of hypertension in health team coverage area of Acari Family, municipality of Pintópolis. To this end, research is conducted in SciELO using the following descriptors: hypertension family health strategy and health care. Were also consulted the Ministry of Health documents. The action plan was based on the Situational Strategic Planning. It is expected that with the implementation of the plan can be changed the lifestyle of the population and therefore reduce the number of new cases of hypertension.

Keywords: Hypertension. Family Health Strategy. Health care

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	7
2 JUSTIFICATIVA.....	..25
3 OBJETIVO.....	..26
4 METODOLOGIA.....27
5 REVISÃO DA LITERATURA.....29
6 PLANO DE AÇÃO.....33
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....41
REFERÊNCIAS.....43

ANEXO 1

1 INTRODUÇÃO

O município de Pintópolis está situado no Norte do Estado de Minas Gerais, na área mineira da Superintendência do Desenvolvimento do Nordeste (SUDENE). Dista-se a 615 km do Belo Horizonte, a capital do Estado; 210 km de Montes Claros, cidade polo da região; 58 km de São Francisco, sede da microrregião de saúde determinada no Plano Diretor de Regionalização e 79 km de Urucúia e 118 km de Brasília de Minas, cidade sede do Consórcio Intermunicipal de Saúde do qual Pintópolis é consorciado.

A população é de 7.491 habitantes segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2013) e que ocupam uma área de 1.228,40 km² com uma densidade populacional de: 5,87 hab./km².

O município de Pintópolis tem sua origem datada de 14 de abril de 1953, com o nome de Fazenda do Riacho Fundo, de propriedade do senhor Germano Pinto, fundador e primeiro morador do município. Com seu espírito empreendedor, ele vislumbrou, olhando as terras que lhe pertencia, a possibilidade da fazenda vir a se tornar um povoado e, por que não, uma futura cidade. Assim, começou com a doação de terrenos para os pequenos agricultores. Com dificuldade conseguiu a primeira escola, sendo a primeira professora a Dora Eralina Mendes Rego, que era remunerada pelo senhor Germano Pinto, com recursos próprios.

Aos poucos, o povoado foi crescendo, conseguindo a construção da primeira Igreja Católica, abertura de estradas, construção da praça principal da cidade e do Posto de Saúde. Elevou-se à categoria de distrito em 22 de dezembro de 1996, de acordo com as disposições transitórias da lei Orgânica Municipal de Urucúia – Minas Gerais, município do qual Pintópolis é remanescente.

Por fim, o município de Pintópolis foi emancipado em 21 de dezembro de 1995, de acordo com a Lei nº 12.032 e desmembrado de Urucúia, tendo sido oficialmente instalado em 1997, com a posse do prefeito e vereadores.

O nome Pintópolis é uma homenagem à família Pinto, pioneira do município. Elevado à categoria de município e distrito com a denominação de Pintópolis, pela lei estadual nº 12030, de 21-12-1995, desmembrado de Urucúia. Sede no atual

distrito de Pintópolis ex-povoado. Constituído do distrito sede. Instalado em 01-01-1997. Pela lei nº 129, de 04-04-2002, é criado o distrito de Vila Acari e anexado ao município de Pintópolis. Assim permanecendo em divisão territorial datada de 2007 (IBGE, 2013).

As principais atividades econômicas de Pintópolis são principalmente a extração de carvão vegetal, agricultura e pecuária de gado de leite e corte.

O principal posto de trabalho nesse território é a prefeitura, mas também são encontrados profissionais autônomos que exercem suas funções em pequenos comércios, salão de beleza, lava-jatos entre outros. Já nas microáreas localizadas em zona rural, a atividade principal é a agricultura familiar

Entre 2006 e 2010, segundo o IBGE (2103), o Produto Interno Bruto (PIB) do município cresceu 69,4%, passando de R\$ 21,1 milhões para R\$ 36,3 milhões. O crescimento percentual foi superior ao verificado no Estado que foi de 63,6%. A participação do PIB do município na composição do PIB estadual aumentou de 0,01% para 0,01% no período de 2006 a 2010.

Quanto às fontes de recursos financeiros para a saúde temos:

- 1- Fundo de participação municipal (FPM)
- 2- Imposto sobre serviço de quaisquer naturezas (ISSQN)
- 3- Piso de Atenção Básica (PAB Fixo)
- 4- Programa Saúde da Família (PSF)
- 5- Epidemiologia Controle de Doenças
- 6- Ações Básicas de Vigilância Sanitária
- 7- Farmácia de Minas
- 8- Saúde em Casa

Além desses recursos financeiros, a Prefeitura ainda arrecada 50% do IPVA anual.

Os dados do Censo Demográfico e do Ministério do Trabalho e Emprego possibilitam um diagnóstico sobre o mercado de trabalho. Os dados do Censo permitem conhecer a inserção ou não das pessoas no mercado de trabalho. O percentual de pessoas de referência do domicílio desempregada no município é de 3,6% e é maior que a do Estado (IBGE, 2013).

Em relação à população de 16 anos ou mais em situação de informalidade, o percentual observado foi de 36,3%. Já em relação à população de 10 a 13 anos ocupada, o percentual observado foi de 12,5%. Esses dados encontram-se no Quadro 1.

Quadro 1- Distribuição da população inserida o não no mercado de trabalho

Censo Demográfico	Pessoas de referência do domicílio desempregadas	População de 16 anos ou mais em situação de informalidade	População de 10 a 13 anos ocupada
2010	3,6%	36,3%	12,5%

Fonte: IBGE (2013)

No que diz respeito á distribuição da população de acordo com a renda familiar, no Quadro 2 há apresentação desses dados.

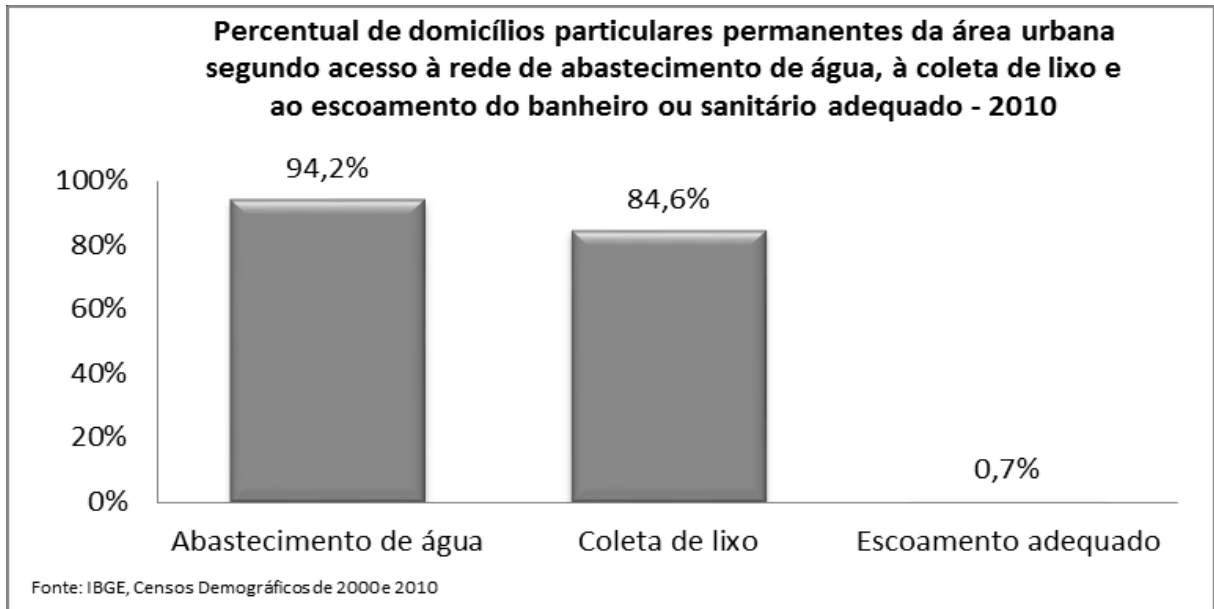
Tabela 2- Distribuição da população segundo a renda média familiar

Valor do rendimento nominal mediano mensal per capita dos domicílios particulares permanentes - Rurais	R\$195,00
Valor do rendimento nominal mediano mensal per capita dos domicílios particulares permanentes - Urbanas	R\$308,80
Valor do rendimento nominal médio mensal dos domicílios particulares permanentes com rendimento domiciliar, por situação do domicílio - Rural	R\$868,03
Valor do rendimento nominal médio mensal dos domicílios particulares permanentes com rendimento domiciliar, por situação do domicílio - Urbana	R\$1.300,60

Fonte: IBGE 2010

Dados do Censo Demográfico de 2010 revelaram que na área rural do município, a coleta de lixo atendia 87,3% dos domicílios. Quanto à cobertura da rede de abastecimento de água, o acesso nessa área estava em 52,7% dos domicílios particulares permanentes e 26,1% das residências dispunham de esgotamento sanitário adequado. No caso da área urbana, o gráfico 1, a seguir, fornece a distribuição desses serviços para os domicílios particulares permanentes:

Gráfico 1- Percentual de domicílios particulares permanentes da área urbana segundo acesso à rede de abastecimento de água, à coleta de lixo e ao escoamento do banheiro ou sanitário adequado, 2010.



O abastecimento de água, na zona urbana, é feito pela Companhia de Saneamento de Minas Gerais (COPASA) e em 95% dos domicílios da zona urbana possuem água encanada. Na zona rural, a população é servida de água de rios, córregos, poços artesianos e cisternas. Quanto ao seu armazenamento 74% da população possui caixa d'água, 20% armazenam em potes e 5% em tambores ou latas.

O município não possui rede de esgoto, tendo os dejetos os seguintes destinos: 71% da população possuem fossa seca, 15% possui fossa ligada ao curso d'água e 14% possui esgoto a céu aberto.

A coleta do lixo urbano é feita regularmente pela Prefeitura Municipal e 80% do lixo coletado é depositada no lixão, próximo à zona urbana, e a céu aberto. 20% de o lixo domiciliar é queimado.

O abastecimento da energia elétrica está a cargo da Companhia Energética de Minas Gerais (CEMIG), sendo que 98% da população urbana possuem energia elétrica e 80% da população rural.

Em relação à distribuição da população por sexo e faixa etária, os dados da tabela 1 trazem essas informações conforme disposto a seguir:

Tabela 1 - Distribuição da população de Pintópolis segundo sexo e a faixa etária.

IDADE	Homens	%	Mulheres	%	TOTAL	%
0 a 4 anos	274	7,2	272	8,0	546	7.6
5 a 9 anos	388	10,2	352	10,4	740	10.3
10 a 14 anos	429	11,2	421	12,4	850	11.8
15 a 19 anos	472	12,4	384	11,3	856	11.9
20 a 24 anos	343	9,0	254	7,4	597	8.3
25 a 29 anos	367	9,6	256	7,5	623	8.6
30 a 34 anos	264	6,9	204	6,0	468	6.5
35 a 39 anos	170	4,4	168	4,9	338	4.7
40 a 44 anos	169	4,4	187	5,5	356	4.9
45 a 49 anos	203	5,3	157	4,6	360	5.0
50 a 54 anos	148	3,9	175	5,1	323	4.5
55 a 59 anos	165	4,3	139	4,1	304	4.2
60 a 64 anos	124	3,2	136	4,0	260	3.5
65 a 69 anos	95	2,5	115	3,4	210	2.9
70 a 74 anos	83	2,2	80	2,4	163	2.3
75 a 79 anos	53	1,4	43	1,3	96	1.3
80 a 84 anos	37	1,0	28	0,8	65	0.9
85 a 89 anos	22	0,6	16	0,5	38	0.5
90 a 94 anos	07	0,2	09	0,3	16	0.2
95 a 99 anos	02	0.06	02	0.06	04	0.06
Mais de 100 anos	01	0.04	01	0,04	02	0.04
TOTAL	3816	100,0	3399	100,0	7215	100,0

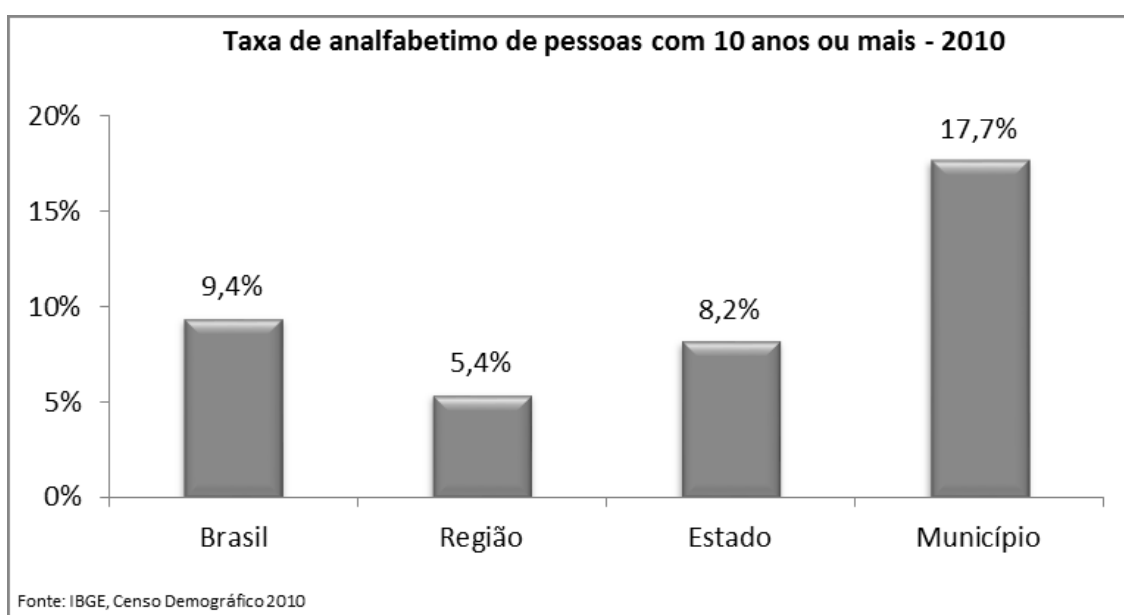
Fonte: Censo Demográfico IBGE (2010)

Percebe-se que o maior contingente populacional encontra-se na faixa de pessoas com idade de 5 a 19 anos e posteriormente, de 20 a 29 anos. Pode-se dizer de uma população jovem.

A situação da educação no município pode ser sintetizada nos seguintes indicadores: Taxa de analfabetismo entre maiores de 10 anos: 15,5%

Conforme dados do último Censo Demográfico (IBGE, 2010), a taxa de analfabetismo das pessoas de 10 anos ou mais era de 15,5%. Na área urbana, a taxa era de 12,9% e na zona rural era de 16,9%. Entre adolescentes de 10 a 14 anos, a taxa de analfabetismo era de 2,6%. A taxa de analfabetismo das pessoas de 10 anos ou mais no município é maior que a taxa do Estado, conforme gráfico 2.

Gráfico 2 – Taxa de analfabetismo de pessoas com 10 anos ou mais - 2010



De acordo com dados do Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais (INEP), em 2012, a taxa de distorção idade-série no ensino fundamental foi de 20,4% do 1º ao 5º ano e de 43,9% do 6º ao 9º ano. A taxa de distorção idade-série no ensino fundamental municipal foi maior, quando comparada às taxas da Região Sudeste, maior que a do estado e maior que a do Brasil. A taxa de distorção idade-série no ensino médio do município foi maior que a taxa do Brasil, maior que a da região e maior que a do estado.

No que concerne à taxa de atendimento da rede educacional do município, os dados do Censo foram calculados por faixa etária, conforme se observa nos gráficos 3 e 4, a seguir:

Gráfico 3 – Percentual de crianças não atendidas na rede educacional segundo faixa etária - 2010

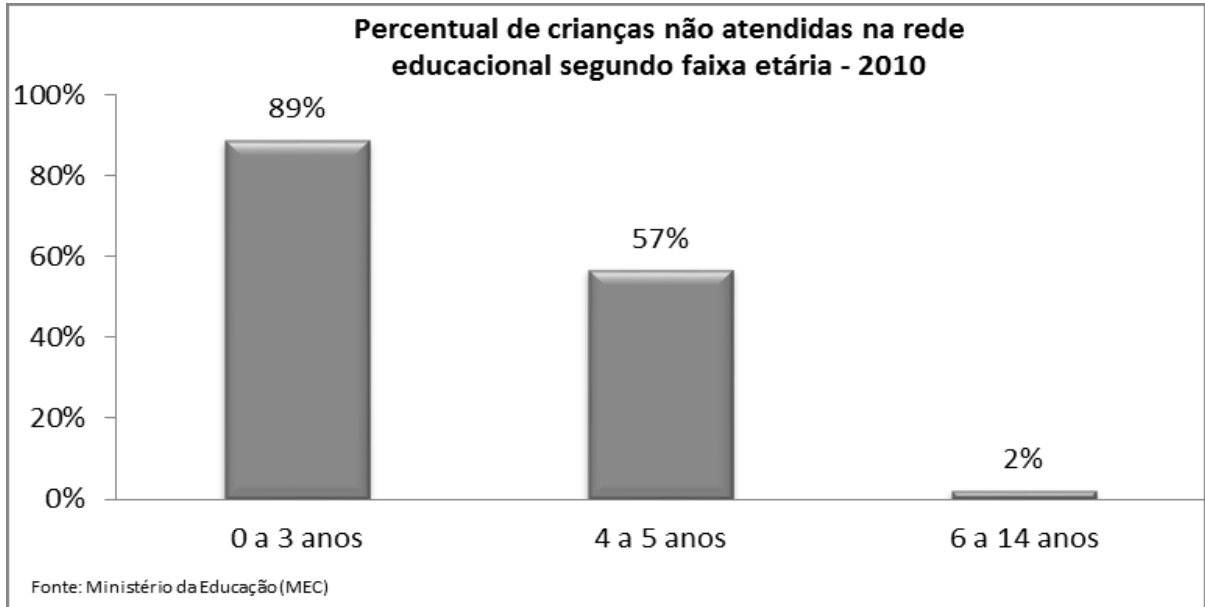
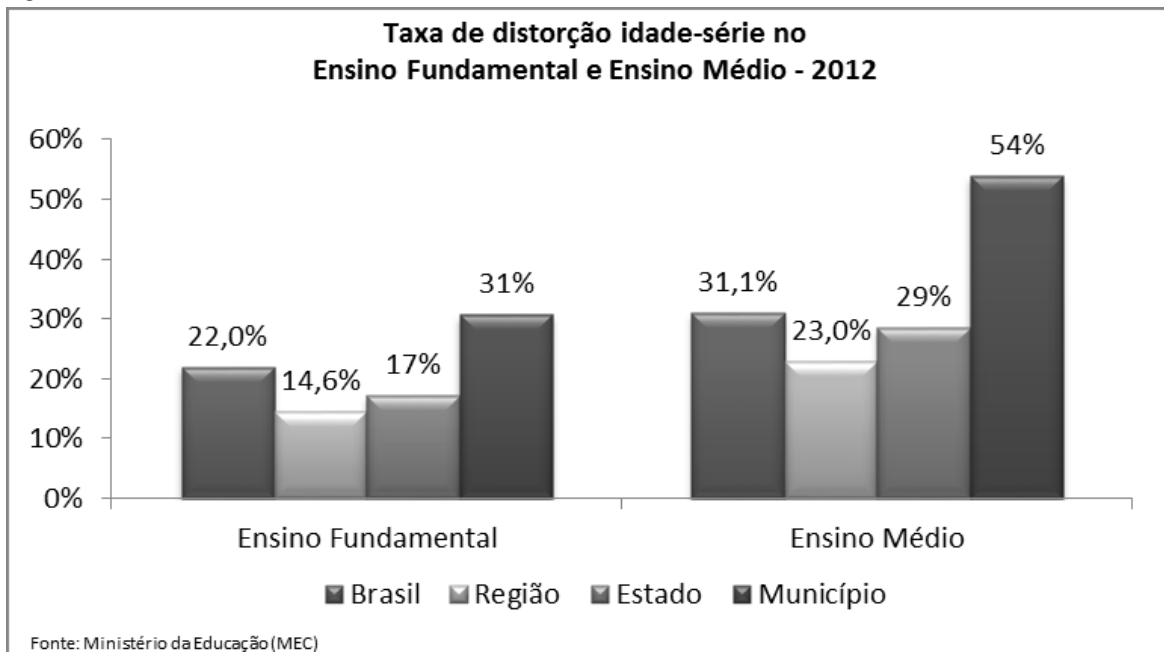


Gráfico 4 – Taxa de distorção idade-série no Ensino Fundamental e Ensino Médio - 2012



Destaca-se que a proporção de usuários dependentes da assistência à saúde no Sistema Único de Saúde (SUS) é de 100%.

Conforme dito anteriormente, 100,0% da população do município são completamente dependentes do SUS. Para prestar o atendimento o município conta com uma Unidade de Saúde da Família (USF) na sede e dois pontos de apoio (Postos de Saúde), sendo eles na zona rural e três Equipes de Saúde da Família (ESF), o que resulta em uma cobertura de 100% da população.

A UAPS da equipe do PSF Jovem e Saúde foram construídas com investimentos do Programa Saúde em Casa, sendo uma construção moderna, porém, precisa de adequações impostas pela Vigilância Sanitária. Esta Unidade, por ser a única na sede do município, atende além da população adscrita, o restante da população que a considera como referência para o pronto atendimento, urgências e emergências. Atende também a equipe do PSF de Acari, três vezes por semana, para atender a população que foi recentemente desvinculada e criada a equipe nova na Estratégia Saúde da Família (ESF), na comunidade de Coqueiro. Falta, ainda, nesta Unidade, o escovário, o muro de proteção e arborização.

A UAPS da equipe de Acari, por ser uma Unidade Rural, não tem a especificação de uma Unidade Tipo I o que dificulta o atendimento à população. Não possui sala de reuniões, consultório odontológico, escovário e muro de proteção.

A UAPS de Coqueiro também construída como uma Unidade Rural, não possui as especificações de uma Unidade Tipo I, sendo aprovada a construção da Unidade Tipo I para a nova equipe, a atual construção necessitará apenas de manutenção da sua área física, pois a mesma será uma Unidade de Apoio.

No Centro de Saúde da cidade é realizado atendimento de urgência e primeiros socorros. Conta com 19 pessoas, sendo um médico atuando 8 horas/dia, uma enfermeira, 8 horas/dia, um coordenador da UBS, 8 horas/dia, 10 técnicas de enfermagem, 6 horas/dia, duas recepcionistas, 6 horas/dia, duas cirurgiãs dentista, 8 horas/dia, uma auxiliar de dentista, 8 horas/dia e quatro auxiliares de serviços gerais, 6 horas diárias.

O município conta com uma ambulância para transporte de pacientes que precisam de Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) e para o atendimento fora da cidade tem vários carros e um micro ônibus. Possui, também, em pleno

funcionamento, um Conselho Municipal de Saúde, constituído de um presidente e 15 membros, sendo eles líderes religiosos, civis e políticos. As reuniões ordinárias acontecem uma vez por mês regularmente.

As referências para as médias e altas complexidades são:

- Clínica de Fisioterapia, conveniada com o Município que atende, em média, 247 procedimentos/semanais.
- Consórcio Intermunicipal de Saúde com consultas especializadas nas especialidades: cardiologista, endocrinologista, ginecologista, ortopedista, oftalmologista e exames complementares diagnóstico de baixa e média complexidade. Dificuldades: suspensão de atendimentos na rede conveniada, por problemas financeiros devido à redução do FPM para os municípios que diminuiu também a cota para o consórcio dificultando o pagamento da rede citada. Pouca cota para a necessidade do município;
- Centro Viva Vida de referência em Brasília de Minas para o atendimento das seguintes especialidades médicas: ginecologia, urologia, cardiologia, neurologia e pediatria. Dificuldades: Quantidade de consultas e procedimentos insuficientes para atender a população adscrita.
- Hospital Municipal Senhora Santana em Brasília de Minas para o atendimento de média e alta complexidade em internação, pronto-socorro como também hemodiálise. Dificuldades: número muito reduzido de cirurgias eletivas destinadas ao município, acarretando uma longa fila de espera. Não atende a meta mensal estipulada.
- Hospital Municipal Dr. Brício de Castro Dourado em São Francisco que, no momento, atende somente internação ambulatorial, partos e exames de RX. Não está realizando cirurgias eletivas e nem de urgências. Na PPI São Francisco também deveria atender as solicitações ultrassom e exames laboratoriais, porém não está atendendo.
- Serviço de Ultrassonografia no Município de Urucúia que atende 10 procedimentos/mês. Dificuldade: acesso por rodovia sem pavimentação e quantidade ofertada não atende a nossa demanda, inclusive para as gestantes.

- Centro de Atendimento Psicossocial - CAPS I em São Francisco e CAPS AD em Brasília de Minas. Dificuldades: especialista em neurologia somente uma consulta/mês, em São Francisco. Dificuldade para encaminhar os pacientes para atendimento psicológico.
- Hospital Dilson Godinho e Santa Casa em Montes Claros para atendimento de cirurgias e procedimentos de alta complexidade, como tratamento de câncer. Dificuldades: agendamento em cirurgia pediátrica e longa fila de espera para as demais cirurgias.

O município de Pintópolis possui um total de 1.829 famílias cadastradas e acompanhadas pelas equipes de saúde. Deste total, 379 ou 20,72% dos chefes de família são analfabetos. O número de famílias com renda per capita inferior a R\$ 60,00 é 269, o que corresponde a 14,7% do total de famílias. Esse percentual está abaixo do parâmetro graças às aposentadorias, benefícios sociais do Governo Federal e empregos temporários nas agroindústrias em outras cidades.

Segundo o grau de risco, tem-se no município 368 ou 20,1% de famílias com risco ou sem risco; 561 ou 30,7% de famílias de baixo risco; 731 ou 40% de famílias de médio risco e 169 ou 9,2% de famílias de alto risco.

O Índice de Necessidade em Saúde (INS) é um indicador composto por um conjunto de seis variáveis epidemiológicas e socioeconômicas: mortalidade de crianças menores que cinco anos; proporção de óbitos por causas mal definidas; taxa de fecundidade; taxa de alfabetização; percentual de indivíduos que vivem em domicílios urbanos com coleta de lixo; percentual de indivíduos com renda domiciliar menor que meio salário mínimo. Segundo estudo realizado em 2004 para determinar o INS dos municípios mineiros, Pintópolis ficou situado no quarto quartil, ou seja, com maior necessidade de saúde e de investimentos nessa área (MS)

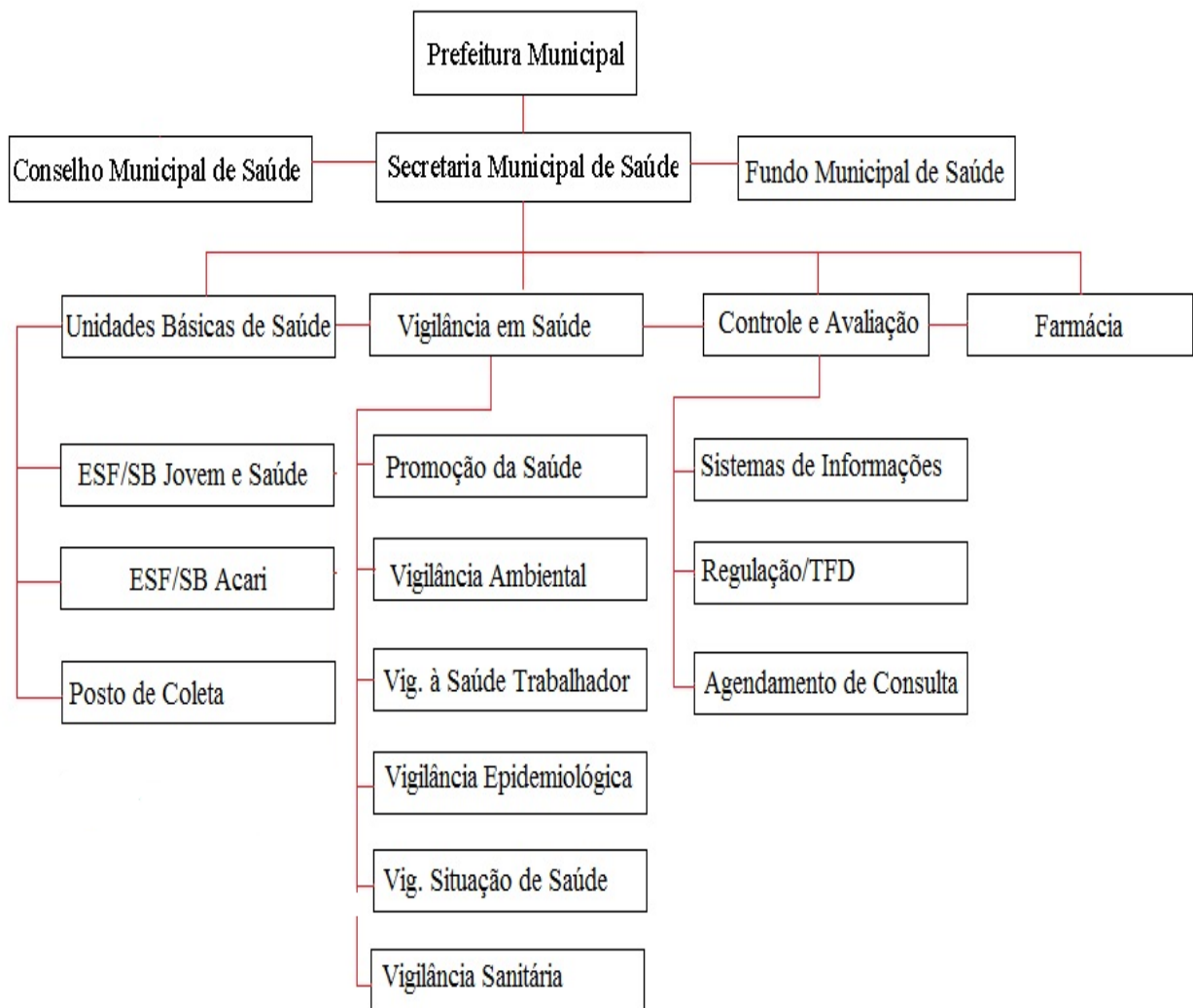
O Índice de Porte Econômico (IPE) do município de Pintópolis foi de 1,8 em 2004. O IPE representa a capacidade de financiar com recursos próprios os cuidados com a saúde. Quanto maior o IPE, menor a capacidade de autofinanciamento do município, e, portanto, maior a necessidade de recursos, como é o caso de Pintópolis.

A gestão do SUS representa um ponto essencial na garantia do direito à saúde, que tem nas dimensões do acesso e da qualidade das ações seus eixos estruturantes. A qualidade do trabalho é uma das variáveis mais sensíveis para mudanças que se desejam operar, em especial no campo da gestão em saúde.

A Secretaria Municipal de Saúde tem como atribuições planejar, desenvolver, orientar, coordenar e executar a política de saúde do município, compreendendo tanto o cuidado com a atenção primária e ambulatorial quanto o hospitalar; é de sua responsabilidade também planejar, desenvolver e executar as ações de vigilância em saúde de sua competência.

O município ainda não conta com Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF), mais trabalha nesse sentido. Objetivando desenvolver uma gestão organizacional descentralizada e eficiente, com foco na atenção e cuidados a saúde da população de Pintópolis apresentou a estrutura organizacional da Secretaria Municipal de Saúde, de acordo com a Figura 1

Figura 1- Estrutura Organizacional da prefeitura de Pintópolis



Quanto aos recursos da saúde, os dados do quadro 2 apresentam-nos:

Quadro 3 - Transferências fundo a fundo

Setor	Absoluto
Atenção básica	731.765,68
Meda e alta complexidade	0
Vigilância à saúde	40.084,29
Assistência farmacêutica	15.220,44
Gestão do SUS	0
Investimentos	108.000,00
Total	895.070,41

Fonte: prefeitura municipal. Plano gestor

O município aplicou no ano de 2013, R\$1.556.820,16 em saúde, correspondendo a 26,3% do orçamento municipal. Para o ano de 2014, espera-se uma redução dos gastos absolutos com saúde em função da redução significativa dos recursos do Fundo de Participação dos Municípios, principal componente do orçamento municipal.

Somando os recursos próprios e os recursos de transferência fundo a fundo, os gastos totais com saúde foram da ordem de 245.189,05 reais. Esta estrutura de financiamento limita de forma significativa o enfrentamento dos graves problemas identificados pela ESP.

No Município não existe hospital, clínicas privadas, nem laboratórios para realizar os exames. Para tal, conta com um convênio da Prefeitura e o laboratório de São Francisco.

Após apresentação do município de Pintópolis, passa-se à descrição da nossa área de abrangência denominada Vila Acari. Encontra-se localizada na zona norte do município Pintópolis, a 25,9 km de a cidade. Ela conta com um PSF, uma clínica odontológica desativada, um correio, uma escola estadual e seis escolas municipais, três pré-escolas, um comércio e várias igrejas.

A região que correspondente à área de abrangência da Equipe de Saúde da Família tem relevo plano com todas as ruas sem pavimentar. A USF foi implantada em 2008 e está instalada em uma sede própria. O espaço para a construção dela foi doado pela senhora Delira Gonçalves de Almeida, moradora de essa vila. Funciona de segunda a sexta de 7 horas às 16 horas.

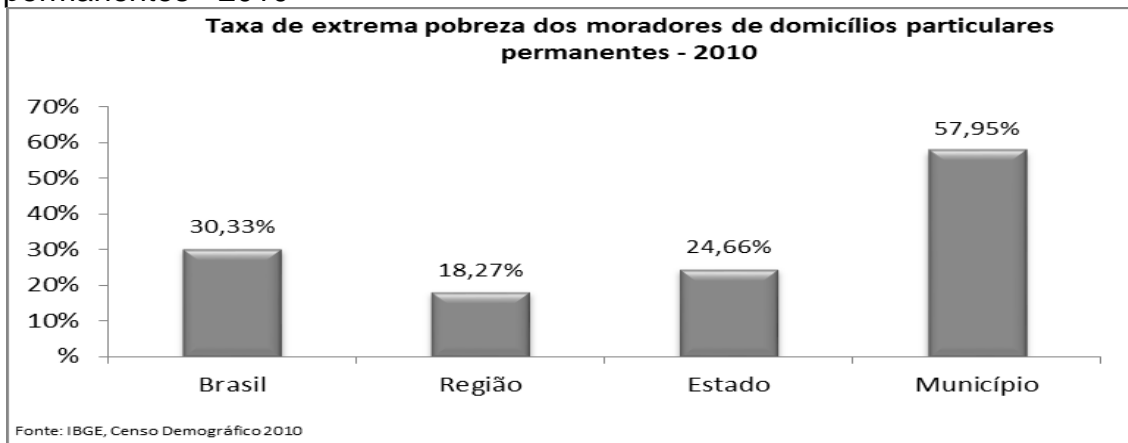
Na área realizam-se poucas atividades esportivas em campos improvisados. Pela falta de opção para o lazer é bastante considerável o índice de alcoolismo entre a população. O aspecto habitacional do município se caracteriza por: 45% de casas de alvenaria, 42% de adobe e 13% de pau a pique.

A estrutura de saneamento básico na área de abrangência do PSF Delira Gonçalves de Almeida é razoavelmente boa. Segundo o Censo Demográfico de 2010 revelou que nessa área rural do município, a coleta de lixo atendia 87,3% dos domicílios, o lixo coletado é depositado no lixão a céu aberto. O 20% de o lixo domiciliar é

queimado. Quanto à cobertura da rede de abastecimento de água, o acesso nessa área estava em 52,7% dos domicílios particulares permanentes, o outro 47,3 % da população é servida de água de rios, córregos, poços artesianos e cisternas. Quanto ao seu armazenamento 74% da população possui caixa d'água, 20% armazenam em potes e 5% em tambores ou latas. E 26,1% das residências dispunham de esgotamento sanitário adequado (IBGE, 2010).

O município não possui rede de esgoto, tendo os dejetos os seguintes destinos: 71% da população possuem fossa seca, 15% possuem fossa ligada ao curso d'água e 14% possuem esgoto a céu aberto. Há muitas famílias em situação de indigência e de pobreza.

Gráfico 5 – Taxa de extrema pobreza dos moradores de domicílios particulares permanentes - 2010

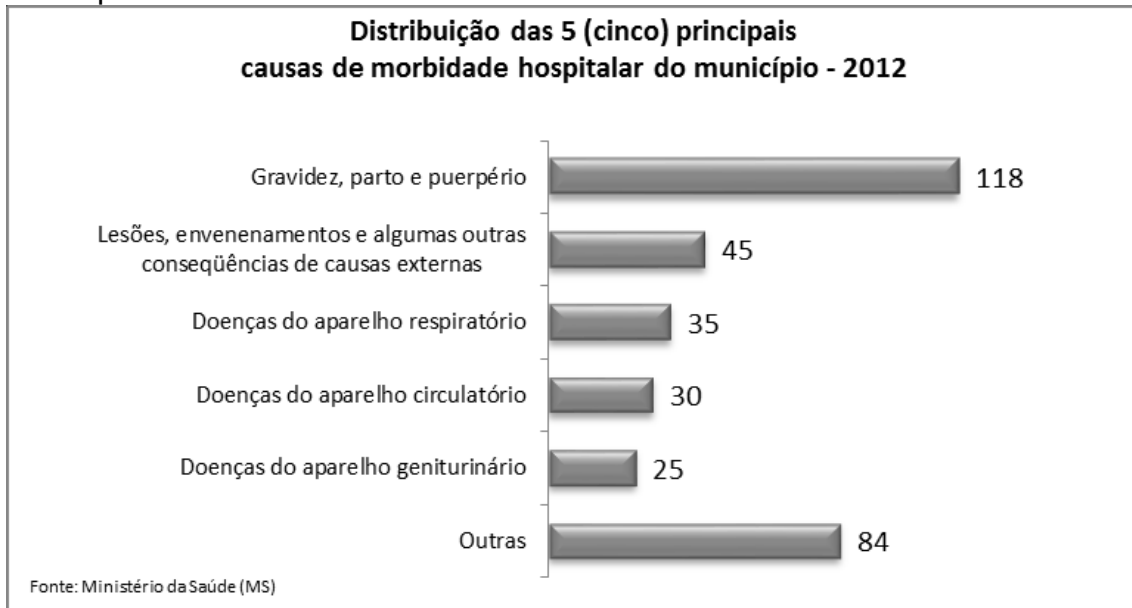


A respeito dos aspectos epidemiológicos, de acordo com os dados do SIAB (2014), o município tinha cadastrado no final de 2013, 834 portadores de hipertensão arterial, 107 portadores de diabetes, nenhum caso de tuberculose. O município registrou no ano 2013, 10 casos suspeitos de dengue e nenhum caso confirmado.

Na área de abrangência de nossa equipe, temos 330 pacientes portadores de hipertensão arterial e 38 diabéticos segundo dados registrados pela equipe, em 2013.

No que concerne à morbidade hospitalar, as cinco principais causas de internação são as listadas no gráfico 6:

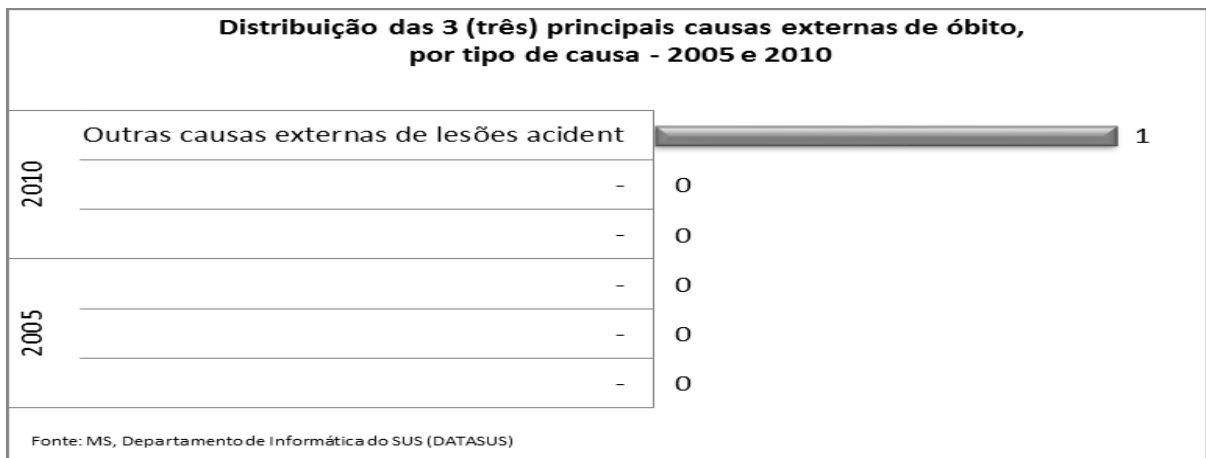
Gráfico 6 – Distribuição das cinco principais causas de morbidade hospitalar do município - 2012



Além da morbidade hospitalar, é importante, também, assinalar as principais causas externas de óbito relatadas pelo município. De acordo com o Censo Demográfico (IBGE, 2010), o total da população de 15 a 29 anos era de 1.980 indivíduos, sendo que nove faleceram em função de eventos e/ou causas externas.

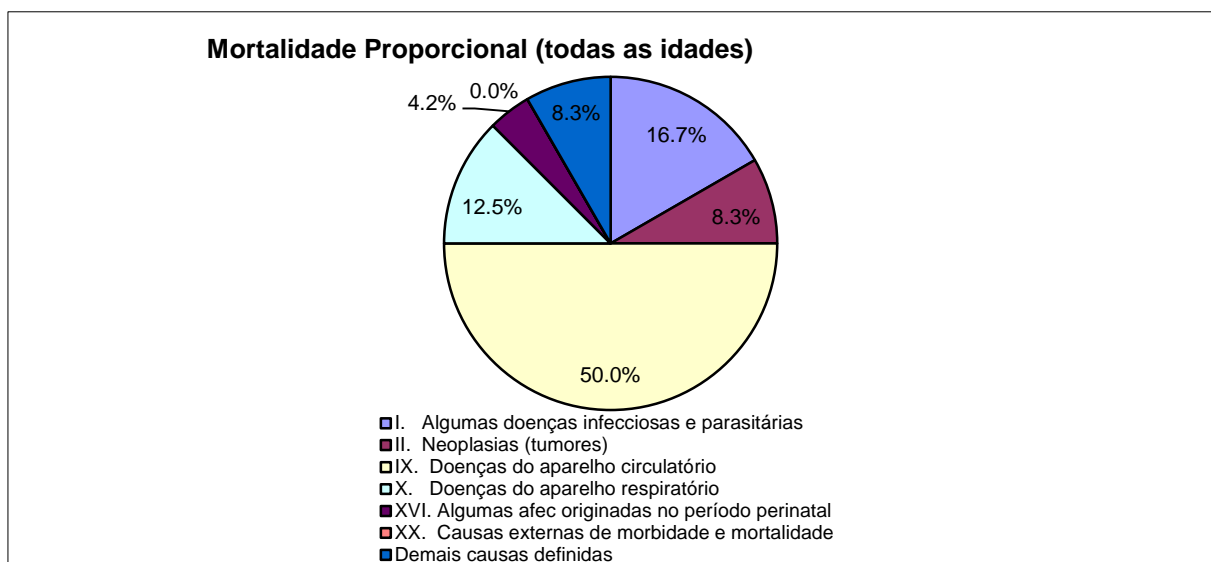
Quando analisamos de maneira mais detida essas informações, notamos que as causas de morte variam por município. No município, as três principais causas externas de óbito dos indivíduos na faixa etária de 15 a 29 anos são, de acordo com dados do Ministério da Saúde, as que seguem no gráfico 7, tomando por base os anos de 2005 e 2010:

Gráfico 7- Distribuição das três principais causas externas de óbito, por tipo de causa – 2005 e 2010



As doenças relacionadas no Gráfico 8 são prevalentes na população idosa que, apesar do acompanhamento das equipes de saúde, ainda prevalecem as doenças do aparelho circulatório que levam ao óbito. Verifica-se, assim, a necessidade de ações mais específicas e contínuas para a diminuição deste índice, bem como das neoplasias, com ênfase na prevenção que buscaremos atender também em todas as faixas etárias.

Gráfico 8- Mortalidade proporcional



Fonte: SIM. Situação da base de dados nacional em 14/12/2009.

A cobertura de vacinação da população de menores de 5 anos de idade de nossa área foi de 90%.

Ressalta-se, contudo, que o município não conta com hospitais, clínica médica, nem laboratórios. Tem uma UBSF, com três PSF e duas clínicas odontológicas, uma funciona e outra desativada, três farmácias, uma clínica de fisioterapia, duas clínicas odontológicas privadas, um SAMU.

O município não possui abrigos, asilos, albergues, nenhuma instituição especializada em pacientes portadores de necessidades especiais. O município não conta com cinemas, bibliotecas públicas, museus etc. A principal festa regional é a que comemora o dia da padroeira e o aniversário da cidade, realizada, tradicionalmente, no mês de agosto.

Para as atividades de lazer o município conta com atividades esportivas realizadas em três quadras poliesportivas na zona urbana. E em campos improvisados na zona rural.

Falando especificamente do Programa Saúde da Família – PSF, temos que o Posto de saúde “Delira Gonçalves de Almeida” da zona rural Acari, onde trabalha minha equipe, está localizado na área central da Vila e é um local que oferta todo atendimento da atenção primária, bem como atua como serviço de referência para atendimento de urgência. Atende a 10 microáreas.

A equipe é responsável pelo acompanhamento das famílias residentes na área de abrangência do programa saúde da família, atuando na prevenção, recuperação e reabilitação de doenças e promoção da saúde da comunidade, através de atendimentos individuais e coletivos. Encontram-se cadastradas 500 famílias, totalizando 1875 pessoas sob a responsabilidade desta equipe (SIAB, 2013).

Seu horário de funcionamento é de 7h00min as 17h00min horas. Todos os profissionais da equipe, conforme apresentado a seguir trabalham 8 horas diárias, o que totaliza 40 horas semanais.

A equipe é composta por um enfermeiro, uma médica, uma técnica de enfermagem, um cirurgião dentista, uma auxiliar da saúde bucal, seis agentes comunitários de Saúde e uma auxiliar de limpeza.

O Posto tem sede própria e foi inaugurado acerca de seis anos. Tem área adequada e bom espaço físico. Existe sala para recepção com quantidade de cadeiras necessárias para a demanda, uma sala para consulta médica, uma para consulta de enfermagem, pré - consulta, sala de expurgo e de esterilização, almoxarifado, mas não possui sala para reuniões, farmácia, sala de repouso, sala para os agentes comunitários de saúde e consultório odontológico. Contudo, está bem equipado e com os recursos necessários para o bom funcionamento da equipe.

A equipe de saúde detectou os seguintes determinantes e condicionantes em saúde da área de abrangência de nossa equipe: sedentarismo, obesidade, uso inadequado da alimentação, alcoolismo, estresse, uso incorreto de medicamento, renda insuficiente e educação inadequada.

Por sua vez, a realização do diagnóstico situacional, de acordo com Campos; Faria e Santos (2010) apontou os seguintes problemas de saúde: elevada prevalência de pessoas com hipertensão arterial (HAS), incidência de parasitismo, comportamentos e estilos de vida inadequados, incidência de alcoolismo na comunidade, elevada incidência de dislipidemias nos pacientes, falta de opção para lazer, baixa renda *per capita* mensal dos domicílios particulares, ausência de rede de esgoto, alta incidência e prevalência de pessoas com depressão e ansiedade, demora na chegada dos resultados dos exames complementares

Posteriormente, realizou-se a priorização do problema que seria trabalhado em primeiro lugar e ficou determinado que fosse a hipertensão devido à elevada prevalência de pessoas com HAS.

2 JUSTIFICATIVA

A HAS é uma condição clínica multifatorial, caracterizada por níveis elevados da pressão arterial (PA), frequentemente associada a alterações de órgãos-alvo e, por conseguinte, a aumento do risco de eventos cardiovasculares (MENDES, 2012).

Inquéritos populacionais em cidades brasileiras apontaram prevalência de HAS em indivíduos com 18-59 anos de idade, entre 20 a 30%, percentual que atinge 50% na faixa etária de 60 a 69 anos e 75% em indivíduos com idade acima de 70 anos (MENDES, 2012).

Em Minas Gerais, a Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais (SES/MG) estima a prevalência da HAS na ordem de 20% em sua população com idade igual ou superior a 20 anos (MENDES, 2012).

Este trabalho justifica-se pela necessidade de reduzir a alta prevalência de hipertensão arterial na comunidade, tendo em vista o grande número de pacientes com complicações cardiovasculares, sequelas permanentes e óbitos em decorrência da hipertensão, fato ocorrido principalmente no ano de 2013.

A Hipertensão Arterial vem ocupando a primeira causa de morte no ano de 2009 e já é responsável por 50% dos óbitos no ano de 2014, mantendo-se na história epidemiológica do município dentro das cinco primeiras causas de hospitalização e morte, o que prova a necessidade e importância de intervenções em prol da sua redução.

3 OBJETIVO

Elaborar um Plano de Intervenção com vistas à diminuição do número de casos novos de hipertensão arterial na área de abrangência da equipe de saúde da família de Acari no município de Pintópolis.

4 METODOLOGIA

Para o desenvolvimento do Plano de Intervenção foi utilizado o Método do Planejamento Estratégico Situacional (PES) conforme orientação da disciplina de Planejamento e Avaliação em Saúde (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

Para realizar o diagnóstico da situação de saúde na área de abrangência, equipe de saúde utilizou a Estimativa Rápida Participativa para obter informações sobre o território de atuação, identificando e analisando os problemas de saúde mais frequentes, suas causas e suas consequências.

Em reunião efetuada com a participação da comunidade e as informantes-chaves foram identificadas as necessidades e os problemas que afetam a saúde da comunidade, cujos dados permitiram fazer uma avaliação rápida dos mesmos, logrando-se numerar e listar segundo sua ordem de prioridade.

Após a identificação dos problemas, tornou-se necessário a seleção dos que serão enfrentados. Para isso, a equipe levou em consideração quais foram determinantes na saúde da comunidade, tendo em vista a importância dos problemas, sua urgência, à capacidade para enfrentá-los pela equipe e o impacto deles. A partir dessa análise foi definido o problema prioritário.

Após a seleção, ele foi caracterizado com o objetivo de obter indicadores que serão utilizados mais adiante para avaliar o impacto alcançado pelo plano. Identificou-se a gênese do problema, ao conhecer as causas do mesmo e para isso foi utilizado a Árvore Explicativa do problema a qual levou a seleção dos “nós críticos”, que são as causas fundamentais do problema sobre as quais o plano de ação elaborado irá atuar para modificar o quadro atual de saúde do território.

Para a confecção deste trabalho, utilizaram-se bancos oficiais de dados para a obtenção de dados secundários do município, como o Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (CNES), O Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), o Sistema de Informação da Mortalidade, Situação da base de dados nacional em 14/12/2009, Censo Demográfico do IBGE 2010 e o INEP.

Para a elaboração do plano de intervenção foi realizada uma revisão de literatura sobre o tema com base em dados eletrônicos de Bibliotecas Virtual em Saúde

(BVS), na base de dados do *Scientific Eletronic Library Online* (SciELO) por meio dos seguintes descritores:

Hipertensão.

Estratégia Saúde da Família.

Atenção à saúde .

5 REVISÃO DA LITERATURA

A Hipertensão Arterial Sistêmica

[...] é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial (PA). Associa-se frequentemente a alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvos (coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos) e a alterações metabólicas, com consequente aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010, p.7).

Segundo a Sociedade Brasileira de Cardiologia (2010), a hipertensão arterial é considerada um dos principais fatores de risco modificáveis e um dos mais importantes problemas de saúde pública. Ela não possui uma causa única; vários fatores de risco aumentam as chances de sua ocorrência. Pode-se como exemplos: sexo e etnia, fatores socioeconômicos, excesso no consumo de sal, obesidade, abuso do consumo de álcool e sedentarismo (PAULA; ANDRADE, 2012).

“O diagnóstico da hipertensão arterial é estabelecido pelo encontro de níveis tensionais acima dos limites superiores da normalidade (140/90 mmHg) quando a pressão arterial é determinada através de metodologia adequada e em condições apropriadas” (ORQUIZA, 2007 *apud* De SOUZA *et al.*, 2007, p.2).

Ainda Souza *et al.* (2007) afirmam que as consequências mais comuns da HA descontrolada são o infarto do miocárdio, insuficiência cardíaca e renal, acidentes vasculares cerebrais e visão prejudicada. Isso ocorre porque o ventrículo esquerdo do coração pode ficar aumentado (hipertrofia ventricular esquerda) tendo em vista que atua para bombear o sangue contra a pressão elevada.

Em 2001, 7,6 milhões de morte no mundo foram atribuídas à elevação da PA, sendo 54% por Acidente Vascular Encefálico e 47% por doença isquêmica do coração, entre indivíduos de 45 a 69 anos. No Brasil no ano, 2010, ocorreram 308, 466 óbitos por doenças do aparelho circulatório (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

Inquéritos populacionais em cidades brasileiras apontaram prevalência de HAS em indivíduos com 18-59 anos de idade, entre 20 a 30%, percentual que atinge 50% na faixa etária de 60 a 69 anos e 75% em indivíduos com idade acima de 70 anos (MENDES, 2011). Em Minas Gerais, a SES/MG estima prevalência da HAS na ordem de 20% em sua população com idade igual ou superior a 20 anos (MENDES, 2011).

Os problemas diagnósticos e terapêuticos estão intimamente relacionados com o controle de hipertensão arterial, uma vez que o aumento de doenças cardiovasculares e vasculares cerebrais são as principais causas de morte no mundo civilizado dependem dela e da hipertensão, por sua vez estão envolvidas na patogênese ambas as condições e da insuficiência renal. Portanto, não há dúvida de que a hipertensão é um dos mais importantes problemas de saúde da medicina contemporânea e o controle dela é a pedra angular sobre a qual temos de agir para reduzir a morbidade e mortalidade.

Oliveira (2004) enfatiza que a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) somente passa a provocar sintomas quando os órgãos- alvos começam a não mais suportar as alterações que sofreram para se adaptar aos níveis tensionais elevados. Entretanto, tais alterações não são precoces, surgem geralmente após mais de dez anos de presença da doença através de complicações graves, fato justificado pela evolução assintomática que a HAS apresenta. Infere ainda o autor, que se deve ter como objetivo uma conduta preventiva que pode ser conseguida mediante o diagnóstico precoce e o tratamento da HAS.

Pode parecer que a população em geral tem conhecimento suficiente sobre HAS como um problema de saúde. No entanto, o controle dos níveis de pressão arterial é frequentemente inadequado. Geralmente, 8 de 10 adultos hipertensos que recebem tratamento medicamentoso, não estão bem controlados e, portanto, é claro que há uma incompatibilidade entre o potencial benefício do controle da pressão arterial e da realidade. Vários fatores podem ser responsáveis por esta dissociação tal como falta de aderência ao tratamento higiênico - dietético ou medicamentoso por parte do paciente, e a falta de ênfase mostrada por muitos médicos para atingir os níveis ótimos de pressão arterial.

As consequências da falta de controle de uma condição a priori controlável contribuem significativamente para que a doença cardiovascular seja responsável por um terço das mortes em sua totalidade

Por estas razões e por causa dos altos custos de tratamento, é extremamente importante enfatizar na prevenção primária.

Sabemos que há uma série de fatores de risco para a hipertensão arterial, uns não-modificáveis e outros passíveis de intervenção. O primeiro grupo inclui a idade, sexo e genética. Na segunda, a obesidade/excesso de peso, falta de exercício físico e o tipo de dieta.

Entre os fatores modificáveis , a obesidade/excesso de peso é muito importante, existe uma relação direta entre o grau de obesidade e a síndrome metabólica e suas complicações em geral e para o desenvolvimento de hipertensão em particular. E uma redução no Índice de massa corporal (IMC) é uma medida eficaz para controlar a pressão arterial elevada.

Os baixos níveis de atividade física estão associados com um risco aumentado de desenvolvimento de hipertensão. É por isso que o exercício está incluído nas orientações para a prevenção e tratamento da hipertensão.

A Hipertensão arterial provoca: Alta morbidade e mortalidade cerebrovascular e cardiovascular, um maior volume de consultas médicas, aumento do consumo de drogas e de recursos materiais.

O tratamento não farmacológico visa reduzir a ingestão de sódio, álcool e gordura animal, à conservação do peso ideal, à ingestão de potássio, cálcio e magnésio, e combinam todas essas medidas com mudar o estilo de vida, tais como o exercício físico e psicoterapia comportamental incluindo auto relaxação. Estas medidas são muito benéficas na maioria dos pacientes hipertensos, principalmente nos grupos de hipertensos leves e idosos. É necessário um plano de prevenção primária para toda a comunidade para promover estilos de vida saudáveis aplicável às pessoas com hipertensão arterial e aqueles que não têm. Os hábitos nocivos para a saúde são

difíceis de erradicar e vai precisar de terapia especializada e apoio psicológico (GASPERIM e FENSTERSEIFER, 2006).

Na atualidade, no Brasil, buscamos uma atenção voltada ao paciente e que promova a seu restabelecimento assim como o acompanhamento do seu tratamento, de forma humanizada e coerente.

6 PLANO DE AÇÃO

A elaboração do Plano de ação baseou-se no PES, conforme afirmado anteriormente.

6.1 Primeiro Passo: Identificação dos problemas

Para realizar o diagnóstico da situação de saúde na área de abrangência, a equipe de saúde teve primeiramente que obter informações precisas através da Estimativa Rápida Participativa (PES) que é um método bastante prático que aporta todos os dados necessários que possibilitam conhecer o território de atuação, identificando e analisando os problemas de saúde mais importantes, suas causas e suas consequências (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

Em reunião com a participação da comunidade e informantes chaves foram identificadas as necessidades e os problemas que afetam a saúde da comunidade.

6.2 Segundo Passo: Priorização dos problemas

Após a identificação dos problemas, tornou-se necessária a seleção dos que serão enfrentados. Para isso, a equipe levou em consideração que eles eram determinantes na saúde da comunidade, tendo em vista à importância dos problemas, sua urgência, a capacidade para enfrentá-lo pela equipe e o impacto deles, conforme dados no quadro a seguir:

Quadro 4- Priorização dos problemas da área de abrangência

Principais Problemas	Importância	Urgência	Capacidade de enfrentamento	Seleção
Elevada prevalência de pessoas com HAS	Alta	8	Parcial	1
Incidência de parasitismo	Alta	6	Parcial	4
Comportamentos e estilos de vida inadequados	Alta	7	Parcial	2
Incidência de alcoolismo na	Alta	7	Parcial	3

comunidade				
Elevada incidência de dislipidemia nos pacientes	Alta	7	Parcial	2
Falta de opção para laser	Media	5	Fora	8
Baixa per capita mensal dos domicílios particulares	Alta	6	Fora	7
Ausência de rede esgotos	Media	5	Fora	10
Alta incidência e prevalência de pessoas com depressão e ansiedade	Alta	6	Parcial	5
Demora na chegada dos resultados exames complementares	Alta	7	Fora	6

A partir do resultado obtido pela aplicação dos critérios de seleção, o problema priorizado em nossa área de abrangência foi: **a elevada prevalência de pessoas portadoras de HAS dentro da comunidade.**

6.3 Terceiro Passo: Descrição do problema

A comunidade tem uma população de 1875 pessoas, das quais 330 são hipertensas o que representa 17,6 % do total (SIAB, 2014). São realizadas, em média, 83 consultas médica individual/mensal, e constata-se que muitos delas são a pacientes hipertensos.

Tendo em vista que a hipertensão, além de ser uma doença crônica, é descrita também como um dos mais importantes fatores de riscos para outras doenças, como as cardiovasculares, renais e cerebrovasculares que deixam sequelas permanentes nas pessoas, deteriorando muito a qualidade de vida.

6.4 Quarto Passo: Explicação do problema

Geralmente, a causa de um problema é outro problema e estes problemas identificados pela população e nossas equipes ficam intimamente relacionadas entre si, de tal maneira que é necessário conhecer também suas causas e suas

consequências, o que é fundamental para o desenvolvimento do trabalho e a elaboração de um plano de ação eficaz.

Para análise do problema utilizamos como ferramenta a Árvore Explicativa que não é mais que um diagrama de causa-efeito, porque possibilita uma análise do problema priorizado, procurando compreender suas relações causais, sendo estabelecidas as ligações mais importantes, visando analisar a realidade, que é complexa, de uma forma mais simplificada a fim de tornar possível uma ação.

Causas:

- 1- Inadequada cultura alimentar, comidas com muita gordura de origem animal, além do consumo excessivo de sódio.
- 2- Não realização de exercícios físicos.
- 3- Sedentarismo.
- 4- Obesidade.
- 5- Hábito alcoólico.
- 6- Desconhecimento da doença mesma, dos riscos associados a ela e do risco que ela constitui.
- 7- Insuficientes atividades educativas à população pela equipe de saúde da família.

Consequências:

- 1- Aumento de demandas nos serviços de pronto atendimento, pelos agravos.
- 2- Aumento da morbidade por doenças cardiovasculares.
- 3- Aumento dos gastos com as internações hospitalares.
- 4- Aumento de sequelas invalidades por doenças cerebrovasculares.
- 5- Ocorrência de mortes causadas pelas complicações da HAS.
- 6- Má qualidade de vida das famílias.
- 7- Sofrimento dos familiares.

6.5 Quinto Passo: Identificação dos “nós críticos”

- 1- Inadequados estilos de vida da população.
- 2- Insuficiente quantidade de atividades educativas à população. Escassas ações de promoção à saúde e prevenção a doença.

6.6 Sexto Passo: Desenho de Operações

O Quadro 5 apresenta o desenho das operações com seus respectivos resultados, produtos e recursos necessários para cada “nó crítico”.

Quadro 5 – Desenho das operações

“Nó” crítico	Operação	Resultados Esperados	Produtos	Recursos Necessários
Inadequados estilos de vida da população	Modificar estilos de vida	Diminuir no prazo de 01 ano, em 15% o número de obesos, consumidores de gorduras e sal, sedentários e consumidores de álcool.	Campanha educativa comunitária; Programa “Alimentação saudável”; Exercícios físicos orientados. (Incentivar todos os programas direcionados a promoção à saúde)	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Organizacional:</i> para organizar o programa de exercícios. - <i>Cognitivo:</i> informação sobre o tema e estratégias de comunicação. - <i>Político:</i> local para debates de temas e espaço para fazer exercícios. - <i>Financeiro:</i> aquisição de recursos audiovisuais, folhetos, folder educativos, cartazes, material didáticos, etc.
- Insuficiente quantidade de atividades educativas à população.	Aumentar as atividades de promoção e prevenção na população total e	Agenda programática da equipe com presença de ações de promoção e prevenção de agravos crônicos, com foco na HAS.	Campanhas educativas; Cumprimento dos indicadores da Promoção à Saúde (Vigilância em Saúde); Capacitação aos membros	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Cognitivo:</i> conhecimento sobre a doença e sobre estratégias de comunicação. - <i>Organizacional:</i> organização da agenda de trabalho da equipe com os

	com fatores de risco para hipertensão arterial por parte da equipe		da equipe para desenvolvimento de ações eficazes de promoção e prevenção à saúde; Implantação de equipe de Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), com presença de profissionais que irão apoiar no desenvolvimento das ações, como o educador físico e o nutricionista.	pacientes hipertensos. - <i>Político</i> : implantação de equipe do NASF; - <i>Financeiro</i> : aquisição de folhetos, folders educativos, folhas, material didáticos.
--	--	--	---	--

6. 7 Sétimo Passo: Identificação dos Recursos Críticos

Nesse passo, buscou-se descrever os recursos críticos necessários para cada operação.

Quadro 6 - Identificação dos recursos críticos

Operação	Recurso Crítico
Modificar estilos de vida	- <i>Político</i> : conseguir local para debates de temas e espaço para fazer exercícios. - <i>Financeiro</i> : aquisição de recursos audiovisuais, folhetos, folder educativos, cartazes, material didáticos, etc.
Aumentar as atividades de promoção e prevenção na população total e com fatores de risco para hipertensão arterial por parte da equipe	- <i>Financeiro</i> : aquisição de folhetos, folders educativos, folhas, material didáticos. - <i>Político</i> : implantação de equipe do NASF.

6.8 Oitavo Passo: Análise da Viabilidade

Encontram-se apresentados no Quadro 7 o ator que controla, a motivação e ações estratégicas para as devidas operações.

Quadro 7. Análise da Viabilidade

Operações	Recursos Críticos	Controle dos Recursos Críticos		Ações Estratégicas
		Ator que controla	Motivação	
Modificar estilos de vida	<p>- <i>Político:</i> conseguir local para debates de temas e espaço para fazer exercícios.</p> <p>- <i>Financeiro:</i> para aquisição de recursos audiovisuais, folhetos, folder educativos, cartazes, material didáticos, etc.</p>	<p>-Poder executivo e Secretaria municipal de saúde</p> <p>- Secretaria municipal de saúde</p> <p>-Equipe de Saúde da Família</p>	<p>- Favorável</p> <p>-Favorável</p> <p>-Favorável</p>	<p>Apresentação da proposta aos gestores municipais.</p> <p>Apresentação da proposta a coordenação de Atenção Primária municipal.</p> <p>Não é necessária</p>
Aumentar as atividades de promoção e prevenção na população total e com fatores de risco para hipertensão arterial por parte da equipe	<p>-<i>Financeiro:</i> para aquisição de folhetos, folders educativos, folhas, material didáticos.</p> <p>- <i>Político:</i> implantação de equipe do NASF.</p>	<p>- Secretario municipal de saúde</p> <p>Secretário municipal de saúde.</p>	<p>-Favorável</p> <p>Favorável</p>	<p>Não é necessária</p> <p>Apresentação da necessidade da equipe do NASF ao gestor municipal de saúde e coordenação de Atenção Primária à Saúde.</p>

6.9 Nono Passo: Plano Operativo

No Quadro tem-se praticamente uma síntese do que se busca com o Projeto de intervenção, incluindo responsáveis e prazos de execução.

Quadro 8. Plano operativo

Operações	Resultados	Produtos	Ações Estratégicas	Responsável	Prazo
Modificar estilos de vida	Diminuir no prazo de 01 ano, em 15% o número de obesos, consumidores de gorduras e sal, sedentários e consumidores de álcool.	Campanha educativa comunitária; Programa “Alimentação saudável”; Exercícios físicos orientados. (Incentivar todos os programas direcionados a promoção à saúde)	Apresentação da proposta aos gestores municipais e a coordenação de Atenção Primária municipal.	Dra. Lisette Pupo	Dois meses para o início das atividades
Aumentar as atividades de promoção e prevenção na população total e com fatores de risco para hipertensão arterial por parte da equipe	Agenda programática da equipe com presença de ações de promoção e prevenção de agravos crônicos, com foco na HAS	Campanhas educativas; Cumprimento dos indicadores da Promoção à Saúde (Vigilância em Saúde); Capacitação aos membros da equipe para desenvolvimento de ações eficazes de promoção e prevenção à saúde; Implantação de equipe de	Apresentação da necessidade da equipe do NASF ao gestor municipal de saúde e coordenação de Atenção Primária à Saúde.	Dra. Lisette Pupo	Dois meses para apresentar a proposta ao gestor Um mês para começar com a capacitação dos membros da equipe Um mês para reorganizar as atividades

		Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF), com presença de profissionais que irão apoiar no desenvolvimento das ações, como o educador físico e o nutricionista.			
--	--	--	--	--	--

Todas as ações serão acompanhadas para sua avaliação e modificação caso se faça necessário. É a gestão do plano.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Hipertensão arterial é uma das mais importantes enfermidades do mundo moderno, constituindo a principal causa de mortalidade e incapacitação em vários países. Grande parte da população adulta conforme ilustrou o presente trabalho é portadora dessa enfermidade.

Este estudo confirmou os resultados das análises relatadas nas referências bibliográficas levantadas que evidenciam que o sedentarismo e os hábitos inadequados de alimentação aumentam a incidência de hipertensão arterial, uma vez que indivíduos sedentários apresentam risco aproximadamente 30 % maior de desenvolver hipertensão que os ativos, tal comportamento se repete na nossa comunidade.

A questão dos hábitos inadequados de alimentação, a literatura mostrou que a alimentação tem função primordial no surgimento das doenças cardiovasculares, exercendo papel fundamental para a prevenção das mesmas.

Outra conclusão a que se chegou é que o controle da pressão arterial não se relaciona apenas aos hábitos de vida saudável do paciente e seu tratamento medicamentoso, mas também com a conscientização sobre a enfermidade e às comorbidades relacionadas.

Mudar o estilo de vida é uma tarefa difícil, e quase sempre, é acompanhada de muita resistência, levando a maioria das pessoas a não conseguir fazer modificações e/ou mantê-las por muito tempo. No entanto, a educação em saúde é uma alternativa fundamental para conduzir as pessoas a essas mudanças, para fins de prevenção e controle dos fatores de risco da HAS, através de hábitos e atitudes saudáveis.

O plano de ação apresentado neste trabalho foi elaborado a partir das reclamações e sugestões dos usuários e profissionais, além da observação da população. Foram abordados os seguintes problemas: elevada prevalência de pessoas portadoras de HAS dentro da comunidade, inadequada cultura alimentaria, não realização de exercícios físicos, sedentarismo, obesidade.

Com base nesses fatores, o levantamento dos nós críticos foi realizado e elaborado um plano de intervenção para solucionar esses problemas. Porém, para que haja alguma mudança, é necessária uma sensibilização da equipe de saúde da família, sobre a importância de mudar o estilo de vida da população através de atividades de promoção e educação da mesma, que permitam melhorar a qualidade de vida. Essa tarefa se sabe é difícil, mas necessária por isso já foi dado o primeiro passo com a elaboração do plano de ação.

REFERÊNCIAS

BRANDÃO, AYRTOM PIRES; *et al.* Epidemiologia da hipertensão arterial. **Rev.Soc. Cardiol.** v. 13, n.1, p. 7-19, jan-fev, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Series C. **Projetos, programas e Relatórios.** Avaliação do Plano de Reorganização à hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus no Brasil. Brasília. DF. 2004. 63 p.

CAMPOS, F. C. C; FARIA H. P. SANTOS, M. A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde.** NESCON/UFMG – Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. 2ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010.

Censo Populacional 2010. Censo Populacional 2010. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (29 de novembro de 2010). Página visitada em 11 de dezembro de 2010.

CORRÊA, E. J.; VASCONCELOS, M.; SOUZA, M. S. L. **Iniciação à metodologia: textos científicos.** Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2013.

FERREIRA, D.; BAGNARA, F.C. A importância da atividade física para indivíduos diabéticos. **Revista digital,** Buenos Aires, v.16, n.155, 2011. Disponível em: <<http://www.efdeportes.com>>.

GASPERIM. D.; FENSTERSEIFER, L. M. As modificações do estilo de vida para hipertensos. **Rev. Gaucha de Enfermagem.** v.27.n.3.Pág. 17-23, 2006.

HOSPITAL SIRIO-LIBANES E SISTEMA ÚNICO DE SAUDE-GESTÃO DE EMERGENCIAS EM SAUDE PUBLICA. **Árvore Explicativa de Problemas:** uma ferramenta para análise de problemas. IEP/HSL: 1-23, sep, 2013.

IBGE Cidades@. O Brasil Município por Município. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Página visitada 19 de agosto de 2009.

LOPES, M. C. L. *et al.* O autocuidado em indivíduos com hipertensão arterial: um estudo bibliográfico. **Revista Eletrônica de Enfermagem,** v.10, n.1, 2008. Disponível em:< [HTTP://www.fen.ufg.br/revista/v10/n1a18.htm](http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n1a18.htm)>

MEDEIROS, G.B.J. Hipertensão arterial em relação a outros fatores de riscos em pacientes adultos. 2002. 88p. Dissertação (Pós - graduação em Ciências da Nutrição). Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à Saúde**. 2 ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde. 2011

MENDES, E. V. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: **o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família**. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde. 2012.

OLIVEIRA, N.M.C.M. Prevalência e fatores de risco da hipertensão arterial numa comunidade de periferia urbana no município de João Pessoa, PB. 2004. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa.

PAULA, C.F.; ANRADE, T.C.B. Atuação do enfermeiro na prevenção de hipertensão arterial e diabetes mellitus na família. **Ensaio e Ciências: Ciências Biológicas, Agrárias e de Saúde**, Bauru: Universidade Estadual Paulista Julio de Mesquita Filho-UNESP, Marília, v.16, n.1, p. 137-148, 2012.

PREFEITURA MUNICIPAL DE PINTÓPOLIS. **Plano Gestor**. Historia da Cidade Pintópolis- MG, Pintópolis, 2010.

SARMENTO, Z.G.P. Crenças relacionadas à adoção da dieta para controle da hipertensão arterial. 2004. Monografia (Curso de Especialização em Saúde da Família). Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA IV Diretrizes Brasileira de Hipertensão. **Revista Brasileira de Hipertensão**. Rio de Janeiro, v.17; n.1, jan/mar. 2010

ANEXO 1 - Árvore Explicativa

