

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

DAMASO DIAZ MATO

**AÇÕES DE SAÚDE PARA DIMINUIR A INCIDÊNCIA DE HIPERTENSÃO
ARTERIAL NA ÁREA DE ABRANGÊNCIA DO PSF “CAIC” DO MUNICÍPIO DE
PARÁ DE MINAS-MG: PLANO DE INTERVENÇÃO.**

LAGOA SANTA/MINAS GERAIS

2014

DAMASO DIAZ MATO

**AÇÕES DE SAÚDE PARA DIMINUIR A INCIDÊNCIA DE HIPERTENSÃO
ARTERIAL NA ÁREA DE ABRANGÊNCIA DO PSF “CAIC” DO MUNICÍPIO DE
PARÁ DE MINAS-MG: PLANO DE INTERVENÇÃO.**

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

Orientador: Prof. Heriberto Fiuza Sanchez

LAGOA SANTA/MINAS GERAIS

2014

DAMASO DIAZ MATO

**AÇÕES DE SAÚDE PARA DIMINUIR A INCIDÊNCIA DE HIPERTENSÃO
ARTERIAL NA ÁREA DE ABRANGÊNCIA DO PSF “CAIC” DO MUNICÍPIO DE
PARÁ DE MINAS-MG: PLANO DE INTERVENÇÃO.**

Banca examinadora:

Prof. Heriberto Fiuza Sanchez (orientador)

Profa. Maria Dolôres Soares Madureira(examinador)

Aprovado em Belo Horizonte: ____ / ____ / ____

DEDICATÓRIA

Este trabalho é dedicado a minha esposa, mãe e filhos que sempre dão muito apoio para eu continuar a missão, sempre estão ao meu lado pelos caminhos da vida, me acompanhando, apoiando e principalmente acreditando em mim. Não conquistaria nada se não estivessem ao meu lado. Obrigado, por estarem sempre presentes em todos os momentos, me dando apoio, incentivo, determinação, fé, e principalmente pelo Amor de vocês.

AGRADECIMENTOS

Agradecemos, primeiramente a Deus, por nos ter dado força de vontade para nunca desistirmos, a pesar das dificuldades com o idioma português.

Aos amigos e professores brasileiros e colegas cubanos, agradecemos toda a compreensão e o respeito e dedicação ao curso.

Ao nosso tutor (orientador) Prof. Heriberto Fiuza Sanchez por compartilhar conhecimentos e nos direcionar ao objetivo proposto.

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

Albert Einstein

RESUMO

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma doença crônica com alta prevalência na população brasileira e mundial, com elevado custo econômico e social, principalmente em decorrência das suas complicações. A causa exata na maioria dos casos de hipertensão não é identificada, porém sabe-se que é uma condição multifatorial. Vários são os fatores de risco que associados entre si e a outras condições favorecem o aparecimento desta patologia, sendo eles: idade, sexo, hereditariedade, raça, obesidade, estresse, anticoncepcionais orais, dieta rica em sódio e gorduras e diabetes mellitus. Após o diagnóstico de hipertensão arterial faz-se necessário a mudança no estilo de vida do indivíduo. Alterar esse estilo de vida não é uma tarefa fácil, porém se torna útil. Dessa maneira o objetivo do tratamento será alcançado e o cliente poderá usufruir de uma vida mais saudável. Este trabalho tem como objetivo apresentar uma proposta de intervenção para diminuir a incidência de hipertensão arterial no PSF “CAIC” em Pará de Minas, Minas Gerais. O presente trabalho foi realizado através de três etapas: diagnóstico situacional, revisão de literatura e elaboração do plano de intervenção. A revisão da literatura foi feita a partir de uma pesquisa *online* através do acesso ao centro de informação da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) através da base de dados: Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), *Scientific Electronic Library Online* (SciELO) acerca dos fatores de risco para HAS em adultos. Estabeleceram-se como critérios para a seleção da amostra os artigos publicados no Brasil, no período de 2003 a 2013, que tenham o texto completo disponível e que estejam em língua portuguesa e que se refiram aos descritores hipertensão arterial, risco cardiovascular aumentado e fatores de risco para hipertensão. Após a revisão, elaborou-se um plano de intervenção baseado na hipertensão arterial e os fatores de risco, bem como dos principais resultados do diagnóstico situacional. As principais propostas apresentadas foram aumentar o conhecimento acerca da HAS, adoção aos modos e estilos de vida saudáveis pelos pacientes hipertensos, aumentar o atendimento dos pacientes com fatores de riscos e aumentar a realização de atividades de promoção e prevenção em saúde.

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

ABSTRACT

The systemic arterial hypertension (SAH) is a chronic disease with high prevalence in Brazilian and world population, with high economic and social cost, mainly as a result of its complications. The exact cause in most cases of hypertension is not identified, however it is known that is a multifactorial condition. There are several risk factors that are associated with each other and to other conditions favor the occurrence of this pathology, being they: age, sex, heredity, race, obesity, stress, and oral contraceptives, diet rich in sodium and fats and diabetes mellitus. After the diagnosis of hypertension, it is necessary to change the lifestyle of the individual. Change this life style is not an easy task, but comes in handy, because the goal of treatment is achieved and the customer can enjoy a healthier life. This work aims to present a proposal for intervention to decrease the incidence of hypertension in the PSF "CAIC" in Pará de Minas, Minas Gerais. The present work was carried out through a literature review; to make it opted for an online search through the information centre access the Virtual Health Library (VHL) through the database: Latin American and Caribbean Literature on health sciences. (LILACS), Scientific Electronic Library Online (SciELO) about the risk factors for SAH in adults. Established as criteria for the selection of sample articles published in Brazil, in the period 2003 to 2013, having the full text available that are in English and referring to key words hypertension, increased cardiovascular risk and risk factors for hypertension. After the revision, drafted an intervention plan based on hypertension and risk factors. The main proposals were increasing the knowledge about the modes, adoption and HAS healthy lifestyles by hypertensive patients, increase the attendance of patients with risk factors and increase of activities in health promotion and prevention.

Keywords: Hypertension, Rick factors. Lifestyle.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1- População – Perfil demográfico da população estimada de 2012, por gêneros e faixa etária, município de Para de Minas, MG.....	17
Tabela 2- Território do PSF “CAIC”, Pará de Minas, MG, segundo número de famílias e habitantes por micro áreas.....	20
Tabela 3- Caracterização da população do PSF “CAIC”, município de Pará de Minas, MG, segundo idade e gênero.....	20
Tabela 4 - Priorização dos problemas encontrados no diagnóstico situacional da área de abrangência do PSF “CAIC”, Pará de Minas, MG, 2014.....	30
Tabela 5: Nós críticos definidos para o problema enfrentado: altos níveis de HAS na população assistida no PSF CAIC, Pará de Minas, MG, 2014.....	31
Tabela 6: Desenho de operações para os “nós críticos” do problema da incidência de hipertensos na UBS CAIC, Pará de Minas, MG, 2014.	33
Tabela 7: Recursos críticos definidos para o problema enfrentado: altos níveis de HAS na população assistida no PSF CAIC, Pará de Minas, MG, 2014	35
Tabela 8 - Proposta de ações motivacionais dos atores responsáveis pelo controle dos recursos necessários à execução do plano de intervenção para o enfrentamento do problema da incidência de hipertensos na UBS CAIC, Pará de Minas, MG, 2014.	36
Tabela 9. Plano operativo para enfrentamento do problema da incidência de hipertensos na UBS CAIC, Pará de Minas, MG, 2014.	37
Tabela 10. Gestão do plano para enfrentamento do problema da incidência de hipertensos na UBS CAIC, Pará de Minas, MG, 2014.	38

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS - Agente comunitário de Saúde

APS- Atenção Primária de Saúde

BVS - Biblioteca Virtual em Saúde

CAPS - Centro de Apoio Psicossocial

CASMUC- Centro de Atenção à Saúde da Mulher e Criança

CEO - Centro de Especialidades Odontológicas

CERSAM - Centro de Referência em Saúde Mental

DCV - Doenças Cardiovasculares

ESF - Estratégia de Saúde da Família

FR - Fatores de risco

HAS- Hipertensão Arterial Sistêmica

HAS- Hipertensão arterial sistêmica

IBGE- Instituto Brasileiro de Geografia Estadística

IDH - Índice de Desenvolvimento Humano

IMC - Índice de Massa Corporal

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

MEDLINE - Literatura Internacional em Ciências da Saúde

MG- Minas Gerais

NASF- Núcleo de Apoio da Saúde de Família

OMS- Organização Mundial de Saúde

PA - Pronto Atendimento

PACS- Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PA-Pressão arterial

PES- Planejamento Estratégico Situacional

PIB-Produto Interno Bruto

PSF- Programa de Saúde da Família

SciELO - *Scientific Electronic Library Online*

SIAB- Sistema de Informação de Atenção Básica

SUS- Sistema Único de Saúde

UBS – Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	12
1.1 Histórico de Criação do Município	14
1.2 Aspectos geográficos e socioeconômicos:.....	15
1.3 Setor Industrial	16
1.4 Produto Interno Bruto (PIB).....	16
1.5 Aspectos Demográficos	17
1.6 Sistema Local de Saúde.....	18
1.7 Território sob responsabilidade do PSF “CAIC”	19
1.8 Recursos da Comunidade	21
2 JUSTIFICATIVA	22
3 OBJETIVOS	23
3.1 OBJETIVO GERAL.....	23
3.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS.....	23
4 METODOLOGIA.....	24
5 RESULTADOS	26
5.1 Revisão de Literatura	26
6 PLANO DE INTERVENÇÃO	29
6.1 Diagnóstico Situacional da área de abrangência do PSF “CAIC”	29
6.1.1 Identificação dos problemas.....	29
6.1.2 Priorização dos Problemas	29
6.1.3 Descrição do Problema	30
6.1.4 Explicação do problema	31
6.1.5 Identificação dos nós críticos, operações, resultados esperados e recursos necessários:	31
6.1.6 Desenho das operações.....	32
6.1.7 Identificação dos recursos críticos.....	34
6.1.8 Análise da Viabilidade.....	35
6.1.9 Elaboração do Plano Operativo.	37
6.1.10 Gestão do plano	38
7 CONSIDERAÇÕES FINÁIS	39
REFERÊNCIAS	41

1 INTRODUÇÃO

“A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma doença crônica com alta prevalência na população brasileira e mundial, com elevado custo econômico e social, principalmente em decorrência das suas complicações” (CORRÊA *et al.*, 2006, p.91).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) o número de hipertensos no mundo gira em torno de 600 milhões e 500 milhões precisam de intervenção médica imediata. Em seu relatório anual, o World Health Report, acusa a hipertensão como sendo o terceiro principal fator de risco associado à mortalidade mundial, perdendo apenas para o sexo inseguro e desnutrição (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, *Apud* ZENI, 2008).

Segundo a Sociedade Brasileira de Hipertensão, 30% da população brasileira pode ser considerada hipertensa. Desse total, 5% são crianças e adolescentes. Anualmente, quase trezentas mil pessoas morrem no Brasil por doenças cardiovasculares sendo que mais da metade destas mortes são decorrentes da hipertensão. O Ministério da Saúde estima que cerca de 15 milhões de hipertensos desconheça sua condição. Em relação ao tratamento, a estimativa é de que apenas 7 milhões estejam sendo tratados (SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO, *Apud* ZENI, 2008).

A expectativa é que, até 2025, o número de hipertensos em países em desenvolvimento, como o Brasil, cresça 80%, segundo estudo realizado por especialistas da Escola de Economia de Londres, do Instituto Karolinska (Suécia) e da Universidade do Estado de Nova Iorque (SAÚDE & LAZER, 2008).

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

da pressão arterial, obtidas em dois ou mais contatos com o profissional de saúde, depois de uma triagem inicial (BRUNNER e SUDDARTH, 2005).

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

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

Em geral, as medidas não-farmacológicas são experimentadas em primeiro lugar, especialmente nos casos brandos recém diagnosticados. Se essas medidas forem ineficazes, o tratamento evolui de maneira progressiva para incluir vários tipos de agentes anti-hipertensivos (BOUNDY *et al.*, 2004).

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

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

Ao chegar à população adscrita do Programa Saúde da Família (PSF) CAIC, observou-se que um dos principais problemas de saúde é a quantidade de pacientes com HAS, além da falta de conhecimentos sobre sua doença: são 460 hipertensos

cadastrados no sistema HIPERDIA. Observa-se a dificuldade na manutenção da pressão arterial em níveis considerados adequados em uma grande parcela dos usuários devido aos mesmos não fazerem o uso correto dos medicamentos. Desta forma, é importante avaliar e elaborar um plano de intervenção com objetivo principal incentivar as mudanças dos hábitos e estilos de vida em busca de condições mais saudáveis de vida. Essas medidas, em conjunto, contribuirão para a melhoria da qualidade de vida.

1.1 Histórico de Criação do Município

Até a chegada dos primeiros exploradores de origem europeia, no século XVI, todo o território do atual estado de Minas Gerais era habitado por índios falantes de línguas do tronco macro-jê. Em fins do século XVI, havia várias bandeiras paulistas na região de Pitangui para buscar ouro, pedras preciosas e escravos índios. O município surgiu com a descoberta das minas de Pitangui, local que se tornou centro de migração e riqueza na área compreendida entre os rios Paraopeba, São João e Pará. As trilhas das bandeiras paulistas se formaram por toda a região e, ao longo de uma dessas trilhas, se formou um povoado onde havia um ponto de pouso, situado às margens do Ribeirão Paciência, que fazia parte do roteiro dos bandeirantes. Muitos resolveram ficar nesse povoado e se dedicar ao trato da terra e à criação. Dentre os que ficaram no povoado, estava o mercador português Manuel Batista, apelidado de “Pato Fofó”, em virtude de seu peso excessivo e de sua baixa estatura (PARA DE MINAS, 2014).

Manuel Batista estabeleceu-se em uma fazenda que passou a explorar, e sua fama logo alcançou outros domínios da região. A casa onde residiu é considerada a primeira residência construída na cidade e, atualmente, abriga o Museu Histórico de Pará de Minas. Ali levantou uma capela dedicada a Nossa Senhora da Piedade. Por causa de seu apelido, o lugar passou a se chamar Arraial do Pata Fofó (PARA DE MINAS, 2014).

A capela foi elevada a paróquia em 8 de abril de 1846, ficando em poder de Pitangui. Dois anos depois, em 9 de outubro de 1848, o Arraial do Patafofo passou à categoria de vila, mas, em 1850, a vila foi suprimida por não satisfazer as condições impostas pela lei anterior. A restauração ocorreu oito anos depois, e em 8 de junho de 1858, recebeu a denominação de Vila do Pará. A instalação ocorreu em 20 de setembro de 1859, data de fundação do Município (PARA DE MINAS, 2014).

Novamente o município foi suprimido, e em 15 de julho de 1872, foi incorporado seu território a Pitangui. Restabeleceu-o, porém, em 23 de dezembro de 1874, por meio da Lei Provincial Nº 2.081, quando se criou novamente o Município do Pará. A reinstalação ocorreu a 25 de março de 1876. A Vila do Pará foi elevada à categoria de cidade pela Lei Provincial Nº 2.416, de 5 de novembro de 1877 (PARA DE MINAS, 2014).

Pará de Minas exemplifica perfeitamente o ideário da mineiridade. Ao mesmo tempo em que tem conservada sua memória histórica, o município projeta-se no cenário estadual pelo seu progresso e potencial de desenvolvimento.

1.2 Aspectos geográficos e socioeconômicos:

- Área total do município: 551 Km²
- Concentração habitacional: 155,92 habitantes por Km²
- Índice de Desenvolvimento Humano (IDH): 0.725.

No setor econômico, o município se destaca no segmento da produção agropecuária e agronegócios, exercendo grande influência na economia local. O setor primário se sobressai pela significativa produção de aves e suínos e pela produção de leite e seus derivados.

Pará de Minas é a 2ª cidade do Estado de Minas Gerais na produção de aves, seguido de Uberlândia, e a 4ª em produção de suínos, seguido de Uberlândia, Urucânia e Patos de Minas. A cidade é produtora de hortifrutigranjeiros, com destaque para a produção de tomate, pimentão e abóbora. Outras informações importantes sobre a economia do município são:

- Agropecuária (Setor primário) - 46% das receitas do município;
- Indústria Têxtil e Siderurgia (Setor secundário) - 27%;
- Comércio e Prestação à Saúde (Setor terciário) - 20%;
- Outras receitas – 7%.
- O agronegócio gera movimentação de aproximadamente 1,3 bilhões na economia do Município, sendo:
 - Suínos: R\$ 160 milhões/ano;
 - Aves: R\$ 500 milhões/ano;
 - Leite e derivados: R\$ 500 milhões/ano;
 - Carne: R\$ 60 milhões/ano;
 - Hortifrutigranjeiros: R\$ 40 milhões/ano;

Fonte: PARA DE MINAS (2014)

1.3 Setor Industrial

No setor industrial, destacamos a mineração (agalmatólito), siderurgia (ferrogusafundições), indústrias têxteis, laticínios, cerâmicas, dentre outras. A cidade possui 4 Distritos Industriais, com área total de 403.254,00 m², com cerca de 40 empresas instaladas (PARA DE MINAS, 2014).

1.4 Produto Interno Bruto (PIB)

Pará de Minas está localizado na Região Central do Estado, estendendo-se em direção à Região Centro-oeste de Minas que é composta por 5 municípios: Pará de Minas, Florestal, Pitangui, Onça de Pitangui e São José da Varginha. Esta microrregião de Pará de Minas perfaz 1,23 % do PIB e 1,77 % da população de Minas Gerais. Destaca-se que o município de Pará de Minas concentra 80% do PIB da microrregião e 68,3% da população sustentando um PIB per capita de R\$ 19.604,78. A duplicação da BR 262 que interliga Espírito Santo, Minas Gerais, São Paulo e Mato Grosso do Sul, favorece a entrada de matérias-primas e insumos, bem como o escoamento do que é produzido no município, fator que contribui para o fomento da economia local e atração de novos negócios (PARA DE MINAS, 2014).

1.5 Aspectos Demográficos

Pará de Minas apresenta crescimento populacional ordenado, com crescimento de 2007 a 2010 acima de 4%. Este desenvolvimento se verifica pela enorme procura pela cidade, uma vez que a mesma possui grande quantidade de emprego, muitas escolas e uma grande infra estrutura na saúde. Suas grandes indústrias e a proximidade com Belo Horizonte faz com que Pará de Minas se destaque em crescimento demográfico e IDH. Desde a década de 70, a população na cidade vem crescendo rapidamente, e o crescimento rápido da população trouxe vários problemas como a falta de planejamento do centro da cidade, horários de trânsito caótico, pela falta de ruas e avenidas mais amplas e modernas (PARA DE MINAS, 2014).

De acordo com o Censo Populacional do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), de 2010, a população de Pará de Minas é de 84.215. Estima-se que a população de 2012 é de 85.908 habitantes.

Tabela 1 População-Perfil demográfico da população estimada de 2012, por gêneros e faixas etárias, município de Para de Minas, MG

Faixa Etária	Homem	Mulher	Total
00-04	2.683	2.666	5.349
05-09	3.171	2.928	6.099
10-14	3.765	3.555	7.320
15-19	3.883	3.695	7.578
20-29	7.804	7.547	15.351
30-39	6.970	7.013	13.983
40-49	5.930	6.261	12.191
50-59	4.325	4.599	8.924
60-69	2.247	2.814	5.061
70-79	1.236	1.594	2.830
80+	461	761	1.222
Total	42.475	43.433	85.908

Fonte: DATASUS/IBGE

1.6 Sistema Local de Saúde

No município de Pará de Minas, 94,6% da população é usuária do Sistema Único de Saúde (SUS).

O Fundo Municipal de Saúde é de responsabilidade do gestor municipal. Quanto ao orçamento destinado à saúde, nos últimos exercícios sempre ultrapassou os 15%. Os gastos referentes ao exercício de 2013 ainda não foram enviados. Aguarda-se o relatório anual de gestão que será entregue a este conselho, para apreciação, até 31 de março/14.

A implantação da Estratégia de Saúde da Família (ESF) aconteceu em 1996. O Sistema de Saúde pública está organizado de acordo com a Constituição Federal. O município conta com um Pronto Atendimento (PA), um Policlínica, um Centro de Referência em Saúde Mental (CERSAM), um hospital filantrópico de médio porte, um Centro de Atenção à Saúde da Mulher e Criança (CASMUC), 17 PSF um PSF Rural e um Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Cada equipe de PSF é composto por um médico, um enfermeiro, dois auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS) que variam em número conforme a unidade. Destas equipes, 10 apresentam também equipes de saúde bucal inseridos na estratégia saúde da família. Apresenta também profissionais de saúde bucal na Policlínica e na zona rural.

A rede secundária está composta por um PA, uma Policlínica, um CASMUC e um Hospital. Em relação com outros municípios, não possui rede terciária, estando pactuada na regional de Divinópolis, não sendo feitas cirurgias de grande porte, oncologia nem transplantes.

Em relação ao sistema de referência e contra referência, a Rede de Atenção à Saúde Bucal está sendo estruturada, para encaminhamento à atenção secundária e terciária. Alguns procedimentos de média complexidade, como pequenas cirurgias, extrações de siso, diagnóstico de lesões e realização de biópsias são encaminhadas para a Policlínica. Radiografias odontológicas (periapicais, interproximais e oclusais) também são executadas neste ponto de atenção.

O Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), de referência existente na região de Pará de Minas, está localizado em Nova Serrana e é tipo II, com as especialidades de Cirurgia e Diagnóstico de Lesões, Endodontia, Periodontia e atendimento a Usuários com Necessidades Especiais.

Está em andamento o projeto de implantação do CEO tipo I, em Pará de Minas para 2014, com funcionamento na Policlínica Nossa Senhora da Piedade, facilitando o acesso do usuário ao serviço da atenção secundária.

Os casos de alta complexidade, como traumas maxilofaciais, são referenciados para o Hospital João XIII, em Belo Horizonte.

De acordo com a proposta de descentralização/regionalização da secretaria de estado de Minas Gerais, Pará de Minas está situado na região ampliada de saúde Oeste, cujo pólo é o município de Divinópolis. O município é sede de região de saúde composta atualmente, por oito municípios: Conceição do Pará, Igaratinga, Leandro Ferreira, Nova Serrana, Onça de Pitangui, Pitangui e São José da Varginha.

O vínculo empregatício dos profissionais que atuam na Atenção Primária à Saúde (APS) do município ocorre por meio de contrato de trabalho, cuja renovação ocorre a cada 06 meses, sendo a carga horária de 40 h semanais. O quadro de profissionais da APS conta atualmente com 125 médicos, 139 dentistas, 66 enfermeiros, 5 técnicos de saúde bucal, 104 técnicos de enfermagem e 104 ACS.

1.7 Território sob responsabilidade do PSF “CAIC”

A unidade de saúde, PSF “CAIC”, funciona em um local da escola até que esteja pronta a nova unidade básica. Possui uma sala de espera, recepção, três consultórios, sala de curativo e de vacinas, sala de medicação e medidas antropométricas. Há 4 banheiros, dois nos consultórios, 1 para funcionários e 1 disponível para a população. O posto de saúde está formando por 5 ACS, 1 enfermeira, 2 auxiliares de enfermagem, 2 médicos; uma equipe de saúde bucal, 1 farmacêutico, 1 recepcionista, 1 auxiliar geral.

O horário de trabalho é de 07:00 às 16:00.

O território sob responsabilidade do PSF “CAIC” o Pará de Minas abrange o bairro do mesmo nome e Santa Edwiges, conta com cinco micro áreas com as seguintes composições:

Tabela 2: Território do PSF “CAIC”, Pará de Minas, MG, segundo número de famílias e habitantes por micro áreas. Ano 2014

Micro área	Famílias	Habitantes
01	230	816
02	239	829
03	206	712
04	266	955
05	184	618
Total	1.125	3.930

Tabela 3: Caracterização da população do PSF “CAIC”, município de Pará de Minas, MG, segundo idade e gênero. Ano 2014

Faixa etária (anos)	Homens	Mulheres	Total
Menor 1 ano	30	22	52
1 a 4	101	89	190
5 a 6	57	46	103
7 a 9	96	79	175
10 a 14	176	144	320
15 a 19	227	208	435
20 a 39	710	751	1461
40 a 49	297	314	611
50 a 59	177	185	362
Maior de 60	94	127	221
Total	1.965	1.965	3.930

1.8 Recursos da Comunidade

A comunidade adscrita conta com os seguintes recursos para a população: uma escola, uma creche, 4 igrejas. Não há clínicas privadas perto da comunidade e o serviço de laboratório municipal atende com dias definidos para a coleta de sangue. Existem 2 farmácias, bancos do Brasil, Santander, Itaú, Caixa, bem como múltiplas loterias, além disso, o município conta com serviço de luz elétrica, água potável, telefonia, serviço de correios.

2 JUSTIFICATIVA

Nas estatísticas de saúde pública percebe-se que a HAS tem alta prevalência e baixas taxas de controle, sendo considerada um dos principais fatores de risco (FR) modificáveis, e um dos mais importantes problemas de saúde pública. As Doenças Cardiovasculares (DCV) são importantes causas de morbidade, internações frequentes e mortalidade, gerando altos custos econômicos e, além disso, sabe-se que a mortalidade por DCV aumenta progressivamente com o aumento da pressão arterial (PA) (NOBRE *et al*, 2010).

Por isso o controle adequado dos pacientes com HAS deve ser prioridade da Atenção Básica a partir do princípio de que o diagnóstico precoce, o bom controle e o tratamento adequado dessa condição são essenciais para diminuição dos eventos cardiovasculares e de possível alcance com os recursos disponíveis.

Além disso, são frequentes os casos de pacientes com descompensações agudas dos níveis de PA, que sobrecarregam a demanda espontânea. A falta de adesão dos usuários às mudanças de estilo de vida e ao tratamento adequado da HAS também são evidentes durante as consultas médica e de enfermagem. Dessa forma, devido à alta prevalência de HAS na população da área de abrangência do PSF “CAIC” e ao evidente grau de descontrole desses pacientes, acredita-se que o projeto de intervenção proposto seja importante e possibilite melhora das condições de saúde e de vida da população adscrita, reduza a morbimortalidade relacionada às DCV e, indiretamente, os custos médicos e socioeconômicos relacionados ao mal controle desses pacientes.

Assim, a partir da abordagem multidisciplinar e da procura em levar a informação ao paciente de forma mais acessível e mais dinâmica, espera-se que ocorra maior adesão dos pacientes às mudanças de estilo de vida, ao uso correto da medicação, a preocupação com o bom controle e, a longo prazo, da HAS e a uma maior autonomia em relação ao acompanhamento da própria saúde.

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

- Elaborar plano de intervenção para diminuir a incidência de hipertensão arterial no PSF “CAIC” em Pará de Minas.

3.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Realizar revisão de literatura sobre o tema.
- Contribuir para a redução da HAS na população do PSF CAIC.

4 METODOLOGIA

Para elaboração da proposta do plano de ação para o acompanhamento nas ações de saúde para a diminuição da HAS no PSF CAIC, foram executadas três etapas: diagnóstico situacional, revisão de literatura e elaboração do plano de intervenção. Primeiramente, foi executado um diagnóstico situacional, com a colaboração da equipe de saúde de CAIC. Este diagnóstico está baseado no método de estimativa rápida, sendo este um método que constitui um modo de se obter informações sobre um conjunto de problemas e dos recursos potenciais para o seu enfrentamento, em curto período de tempo, sem gastos constituindo uma importante ferramenta para apoiar um processo de planejamento participativo. Seu objetivo é envolver a população na identificação das suas necessidades e problemas e também os atores sociais, a comunidade em geral (PARA DE MINAS, 2014).

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

Para a revisão de literatura, optou-se por uma pesquisa *online* através do acesso ao centro de informação da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) através da base de dados: Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde. (LILACS), *Scientific Electronic Library Online* (SciELO) acerca dos fatores de risco para HAS em adultos. Estabeleceram-se como critérios para a seleção da amostra os artigos publicados no Brasil, no período de 2003 a 2013, que tenham o texto completo disponível e que estejam em língua portuguesa e que se refiram aos descritores hipertensão arterial, risco cardiovascular aumentado e fatores de risco para hipertensão.

Para Vasconcelos (2004) a revisão bibliográfica ou de literatura representa uma modalidade de estratégia de abordagem a ser utilizada dentro de seções

particulares de pesquisas inspiradas no paradigma da complexidade, principalmente nos tópicos de contextualização, dada a característica de multiperspectivismo necessária no enquadramento de um objeto.

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

Após este processo foi realizada uma proposta para a elaboração de plano de intervenção que será aplicado pela equipe do PSF CAIC. Todas as etapas e aspectos da construção foram descritos e estão apresentados no tópico do Plano de intervenção.

5 RESULTADOS

5.1 Revisão de Literatura

Nas últimas décadas, houve uma importante mudança no perfil da mortalidade da população brasileira, com aumento dos óbitos causados por doenças crônicas degenerativas e causas externas. Nesse contexto, as doenças cardiovasculares passaram a ser as causas mais comuns de morbidade e mortalidade em todo o mundo, incluindo o Brasil e, entre os fatores de risco para doença cardiovascular encontra-se a hipertensão arterial (GUEDES *et al.*, 2011).

A HAS é um grave problema de saúde pública, sendo considerado um dos principais fatores de risco para as doenças cardiovasculares e é responsável por altas taxas de morbidade (OLIVEIRA, 2013).

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

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

É necessário excluir a hipertensão do jaleco branco e hipertensão mascarada, pois interferem no diagnóstico correto. A hipertensão do jaleco branco consiste níveis tensionais elevados (maior ou igual a 140/90 mmHg) apenas quando um profissional de saúde aferir a pressão do paciente, mantendo valores normais quando aferida em casa por amigos ou familiares. A hipertensão mascarada é

definida como valores normais da PA no consultório (menores que 140/90 mmHg), porém com PA elevada pela monitorização ambulatorial durante o período de vigília ou na monitorização residencial (VI DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, 2010).

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

As medidas não medicamentosas, como mudanças no estilo de vida e prática de hábitos de vida saudáveis são certamente recomendadas, pois além de reduzir a PA e, conseqüentemente, a mortalidade 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 FR. Apesar das evidências incontestáveis, esses FR relacionados aos hábitos de vida continuam a aumentar, levando ao aumento da incidência, da prevalência e do controle inadequado da HAS na população (BRASIL, 2006).

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

A implantação de programas multidisciplinares no âmbito do PSF, envolvendo o acompanhamento do estado de saúde individual e coletivo, além do estímulo à

adoção de hábitos de vida saudáveis, se mostrou medida eficaz para a redução dos riscos à saúde na população em questão (AMER, MARCON e SANTANA, 2010).

Xavier *et al.* (2008) concluíram que há efeito protetor de algumas doenças dependendo do tempo de participação no PSF, apesar de uma prevalência maior de HAS e obesidade na população participante desse programa. Sendo assim, percebeu que quanto mais tempo participando do PSF, maior a proteção contra doenças cardiovasculares e cerebrovasculares, mostrando, neste estudo, que o PSF foi eficiente na promoção da saúde da população avaliada. A exemplo desses estudos, percebe-se que a Estratégia Saúde da Família, em sua atuação na promoção e prevenção a saúde por meio de programas específicos, mostra-se essencial e significativamente importante no controle a longo prazo dos paciente hipertensos.

6 PLANO DE INTERVENÇÃO

6.1 Diagnóstico Situacional da área de abrangência do PSF “CAIC”

Por meio do diagnóstico situacional da área de abrangência do PSF “CAIC” de Pará de Minas, realizado neste ano, foram identificados um grupo de problemas que possibilitaram a elaboração do Plano de intervenção:

6.1.1 Identificação dos problemas.

Foram identificados cinco problemas considerados fundamentais, relacionados abaixo:

- 1-Alto número de pacientes hipertensos.
- 2-Pacientes diabéticos em tratamento irregular.
- 3-Uso excessivo de ansiolíticos e antidepressivos na população.
- 4-Falta de adesão da população a atividade de promoção de saúde e prevenção de doenças.
- 5-Tabagismo.

6.1.2 Priorização dos Problemas

O PSF possui um número elevado de hipertensos, porém não possui uma agenda definida de trabalho com os mesmos. A falta de um cronograma que trabalhe com os grupos de Hipertensos e a falta de estratificação do risco clínico como norteadores das ações de saúde dificultam o trabalho com o grupo e a promoção eficaz da mudança dos hábitos modificáveis de saúde.

Atribuindo valores de baixa, média e alta importância em relação a três critérios fundamentais (importância do problema, urgência e capacidade de enfrentamento pela equipe) foi feita a priorização dos problemas identificados, tendo como problema prioritário neste momento um alto número de pacientes hipertensos na área de abrangência:

Tabela 4: Priorização dos problemas encontrados no diagnóstico situacional da área de abrangência do PSF “CAIC”, Pará de Minas, MG, 2014:

Pará de Minas - Equipe PSF “CAIC”				
Principais Problemas	Importância	Urgência	Capacidade de enfrentamento	Seleção
Alto número de pacientes hipertensos	Alta	7	Parcial	1
Pacientes Diabéticos em tratamento irregular.	Alta	6	Parcial	2
Uso excessivo de ansiolíticos e antidepressivos na população	Alta	5	Parcial	3
Falta de adesão da população a atividade de promoção de saúde e prevenção de doenças	Alta	5	Parcial	4
Tabagismo	Alta	4	Parcial	5

6.1.3 Descrição do Problema

Quando a doença é diagnosticada o paciente deve ter alguns cuidados como: hábitos de vida saudável, praticar atividade física regularmente, evitar tabagismo, diminuir o consumo de sal, açúcares e farinha, evitar sobrepeso e a obesidade, combater o estresse e assistir a consulta regularmente.

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

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

É uma doença crônica que não tem cura, mais pode e deve ser controlado para evitar as complicações. O tratamento contínuo pode melhorar a qualidade de vida do paciente. No Brasil cerca de 17 milhões do total da população são hipertensos. Deste total o 90% de pacientes com HAS tem hipertensão essencial e o 10 % restante tem hipertensão secundária.

6.1.4 Explicação do problema

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

6.1.5 Identificação dos nós críticos, operações, resultados esperados e recursos necessários:

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

Tabela 5: Nós críticos definidos para o problema enfrentado: altos níveis de HAS na população assistida no PSF CAIC, Pará de Minas, MG, 2014.

Problema enfrentado	Nós críticos
Hipertensão arterial: Conforme SIAB da unidade o PSF CAIC há 460 hipertensos 11,70% da população total.	<ul style="list-style-type: none">• Hábitos alimentares não saudáveis.• Sedentarismo e Obesidade• Tabagismo e etilismo• Falta de informação

1- Inadequados hábitos de vida: Neste problema a operação é modificar os hábitos de vida para diminuir a quantidade de pacientes com fatores de risco modificáveis que podem desencadear a doença em um momento determinado, para isso a equipe pode aumentar a realização de palestras, programar caminhadas e as campanhas educativas na rádio local. Os recursos necessários para conseguir estas ações são os conhecimentos que tem cada membro da equipe de saúde e o poder organizacional e planejador da equipe.

2 - Insuficiente conhecimento de os pacientes sobre a doença: é necessário lembrar que o grau de escolaridade da população que vive no bairro é muito baixo. Neste problema a operação é aumentar o nível de conhecimento em relação à doença com o objetivo que a população fique mais informada. Podem-se fazer campanhas educativas na rádio local e aumentar a fabricação de panfletos educativos que falem de hipertensão. Para isso necessita-se de diferentes recursos tais como o cognitivo e financeiro para a elaboração dos panfletos, políticos com mobilização social e poder da equipe para planejar as ações.

3- Ações de saúde insuficientes para evitar sua aparição: Neste problema a operação é aumentar as ações de saúde para fazer pesquisa ativa de pacientes com hipertensão, organizar a agenda para aumentar o atendimento dos pacientes com fatores de risco e aumentar a realização de atividades de promoção e prevenção em saúde. Com isto espera-se ter a agenda organizada e aumentar a satisfação dos pacientes pelo atendimento programado. O produto final é avaliar o maior número de pacientes com fatores de risco e programar cada vez mais as atividades de prevenção e promoção, os recursos necessários são ligados à organização na agenda de trabalho.

6.1.6 Desenho das operações

Após a explicação e identificação das causas consideradas mais importantes, é necessário elaborar soluções e estratégias para o enfrentamento do problema, iniciando a elaboração de um plano de intervenção. Devem ser descritas as operações para o enfrentamento dos “nós críticos” e identificados os produtos e

resultados para cada operação definida e os recursos necessários para a concretização das operações (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

A tabela 6 permite uma visualização do problema e o desenho de operações traçadas para o enfrentamento de cada nó crítico.

Tabela 6: Desenho de operações para os “nós críticos” do problema da elevada incidência de hipertensos na UBS CAIC, Pará de Minas, MG, 2014.

Nós críticos	Operação projeto	Resultados esperados	Produtos	Recursos necessários
Hábitos alimentares não saudáveis.	Saber +: Modificar hábitos alimentares não saudáveis.	Diminuir em 20% o número de pessoas que fazem uso excessivo de sal, gorduras saturadas e açúcares.	Avaliar o nível de informação do grupo acerca das práticas alimentares saudáveis	Cognitivo: Conhecimento científico acerca do temas abordados. Organizacional: definir agenda para trabalhar com o grupo.
Tabagismo e Etilismo.	+ Saúde: Proporcionar apoio supervisionado para encorajar o abandono do uso	Diminuir em 15% o número de tabagistas e etilistas para o período de 1 ano.	Programa de apoio e luta contra o tabaco e álcool.	Organizacional: formalizar agenda em conjunto com a unidade. Intersetorial: Formalizar ação com apoio do Centro de apoio psicossocial CAPS, para designar profissional psicólogo.
Falta de informação	Fomentar o conhecimento sobre a doença HAS	População mais consciente e informada sobre os riscos, causas e consequências	Avaliação do nível de conhecimento dos participantes (em adesão na intervenção)	Cognitivos: Capacitação da equipe executora (metodologia conhecimentos científicos, habilidade comunicativa)

		da hipertensão arterial.	Réplicas da estratégia relatando suas experiências. Campanhas de Promoção e Prevenção da HAS	Organizacionais Cronograma da estratégia, Recursos básicos, Agenda de trabalho. Políticos Conseguir espaço na rádio local, mobilização social e articulação intersetorial com rede de ensino. Financeiros: Aquisição de recursos audiovisuais, material educativo, didático, folder, folhetos, cartazes, etc.
Sedentarismo e Obesidade	Viver Melhor: proporcionar atividade física supervisionada	Diminuir em 20% o número de sedentários e obesos para o período de 1 ano.	Programa de caminhadas e exercícios físicos orientados	Organizacional: formalizar agenda em conjunto com a unidade. Intersectorial: Formalizar ação com apoio do NASF, para designar educador físico.

6.1.7 Identificação dos recursos críticos

A tabela 7 permite uma visualização dos recursos críticos definidos para o problema enfrentado.

Tabela 7: Recursos críticos definidos para o problema enfrentado: altos níveis de HAS na população assistida no PSF CAIC, Pará de Minas, MG, 2014.

Operação projeto	Recursos Críticos
Saber +: Modificar hábitos alimentares não saudáveis.	Financeiro para aquisição de recursos audiovisuais.
Viver melhor: proporcionar atividade física supervisionada.	Político: articulação intersetorial.
+ Saúde: Proporcionar apoio supervisionado para encorajar o abandono do uso do tabaco e álcool.	Político: articulação intersetorial.
Saber +: Fomentar o conhecimento sobre a doença HAS	Políticos Conseguir espaço na rádio local, mobilização social e articulação intersetorial com rede de ensino.

6.1.8 Análise da Viabilidade

No Planejamento Estratégico Situacional (PES), o plano é entendido como um instrumento para ser utilizado em situações de baixa governabilidade. 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, p.68).

E então, definir operações/ações estratégicas capazes de construir viabilidade para o plano ou motivar o ator que controla os recursos críticos (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

A tabela 8 busca descrever as ações necessárias para a execução do plano operativo, os atores responsáveis e ações estratégicas:

Tabela 8 -Proposta de ações motivacionais dos atores responsáveis pelo controle dos recursos necessários à execução do plano de intervenção para o enfrentamento do problema da incidência de hipertensos na UBS CAIC, Pará de Minas, MG, 2014.

Operação projeto	Recursos Críticos	Controle dos recursos Críticos		Ação estratégica
		Ator que controla	Motivação	
Saber +:Modificar hábitos alimentares não saudáveis	Financeiro para aquisição de recursos audiovisuais.	Secretaria de saúde	Favorável	Apresentar demanda
Viver melhor: proporcionar atividade física supervisionada.	Político: articulação intersetorial.	Secretaria de saúde	Favorável	Apresentação de projeto de ação específico
+ Saúde: Proporcionar apoio supervisionado para encorajar o abandono do uso do tabaco e álcool.	Político: articulação intersetorial.	Secretaria de saúde	Favorável	Apresentação de projeto de ação específico
Fomentar o conhecimento sobre a doença HAS	Político Conseguir espaços na rádio, imprensa para debates do tema sobre HAS Financeiro Aquisição de recursos para equipamento material: médios audiovisuais, material didático educativo, docente etc.	Setor de Comunicação social Secretaria de Saúde	Favorável Favorável	Não é necessária

6.1.9 Elaboração do Plano Operativo.

A principal finalidade do plano operativo é a designação de responsáveis pelos projetos e operações estratégicas, além de estabelecer os prazos para o cumprimento das ações necessárias. O gerente de uma operação/projeto é aquele que se responsabilizará pelo acompanhamento da execução de todas as ações definidas, o que não significa que deva executá-las. O seu papel principal é garantir que as ações sejam executadas de forma coerente e sincronizadas, prestando contas do andamento do projeto nos espaços definidos para o sistema de gestão do plano (CAMPOS; FARIA; SANTOS., 2010, p.71).

Tabela 9. Plano operativo para enfrentamento do problema da incidência de hipertensos na UBS CAIC, Pará de Minas, MG, 2014.

Operação Projeto	Resultados esperados	Produtos	Ação estratégica	Responsável	Prazo
Fomentar o conhecimento sobre a doença HAS	População mais consciente e informada sobre os riscos, causas e consequências da hipertensão arterial.	Avaliação do nível de conhecimento dos participantes em tema de HAS, Campanhas de Promoção e Prevenção da HAS Palestras Falatórios por rádio locais Informação em imprensa de os temas da intervenção	Não é necessária	UBS	2 meses para o início das atividades
Saber +: Modificar hábitos alimentares não saudáveis.	Diminuir em 20% o número de pessoas que fazem uso excessivo de sal, gorduras saturadas e açúcares.	Avaliar o nível de informação do grupo acerca das práticas alimentares saudáveis	Apresentar demanda de aquisição de materiais audiovisuais	ACS, médico, enfermeira.	2 meses Para o início das atividades
Viver Melhor: proporcionar atividade física	Diminuir em 20% o número de Sedentários e obesos para o	Programa de caminhadas e exercícios físicos	Apresentação de projeto de ação	ACS, Médico,	2 meses para início das

supervisionada.	período de 1 ano.	orientados	específico.	Enfermeira	atividades
+ Saúde: Proporcionar apoio supervisionado para encorajar o abandono do uso do tabaco e álcool.	Diminuir em 15% o número de tabagistas e etilistas para o período de 1 ano.	Programa de apoio e luta contra o tabaco e álcool.	Apresentação de projeto de ação específico.	ACS, médico, Enfermeira	2 meses Para o início das atividades

6.1.10 Gestão do plano

É necessário um sistema de gestão para coordenar e acompanhar a execução das operações, indicando as correções de rumo necessárias.

Esse sistema de gestão deve também garantir a eficiente utilização dos recursos, promovendo a comunicação entre os planejadores e executores. O sucesso de um plano, ou pelo menos a possibilidade de que ele seja efetivamente implementado, depende de como será feita sua gestão (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010, p.73).

Tabela 10. Gestão do plano para enfrentamento do problema da incidência de hipertensos na UBS CAIC, Pará de Minas, MG, 2014.

Operação Projeto	Produtos	Responsável	Prazo	Situação atual	Justificativa	Novo Prazo
Saber +: Modificar hábitos alimentares não saudáveis	Avaliar o nível de informação do grupo acerca das práticas alimentares saudáveis	ACS, médico, Enfermeira	2 meses para início das atividades			
Viver melhor: proporcionar atividade física supervisionada	Programa de caminhadas e exercícios físicos orientados	ACS, médico, Enfermeira	2 meses para início das atividades			

a.			es			
+ Saúde: Proporcionar apoio supervisionado para encorajar o abandono do uso do tabaco e álcool.	Programa de apoio e luta contra o tabaco e álcool.	ACS, médico, Enfermeira	2 meses para inicio das atividades			
Fomentar o conhecimento sobre a doença HAS	Avaliação do nível de conhecimento dos participantes em tema de HAS, Campanhas de Promoção e Prevenção da HAS Palestras Falatórios por rádio locais Informação em imprensa de os temas da intervenção	UBS	2 meses para inicio das atividades			

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A hipertensão arterial vem se destacando como a epidemia moderna nos dias atuais e se tornando um grande problema de saúde pública. Como relatado durante este trabalho, esta doença está cada vez mais crescente na população adulta.

Explorar esse estudo é de fundamental importância na qualidade de vida dos hipertensos.

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

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

REFERÊNCIAS

- AMER, N. M.; Marcon, S. S.; Santana, R. G. Índice de massa corporal e Hipertensão arterial em indivíduos adultos no Centro-Oeste do Brasil. **Arq. Bras. Cardiol.** São Paulo, vol. 96, no. 1, Jan. 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. III Consenso Brasileiro de Hipertensão Arterial. **Hipertensão Arterial: diagnóstico e classificação.** Brasília, 2001.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Hipertensão arterial sistêmica.** Departamento de Atenção Básica, Brasília, 2006.
- BOUNDY, Janice et al. **Enfermagem médico-cirúrgica.** 3. ed. Rio de Janeiro: Reichmann & Affonso, 2004.
- BRUNNER, Lilian S.; SUDDARTH, Doris S. **Tratado de enfermagem medicocirúrgico.** 10. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.
- CAMPOS, F.C.C.; FARIA, H.P.; SANTOS, M.A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde.** NESCON/UFMG - Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. 2. ed. Belo Horizonte: Coopmed, 2010. 114p.
- CORRÊA, Thiago Domingos et al. **Hipertensão arterial sistêmica: atualidades sobre sua epidemiologia, diagnóstico e tratamento.** 2006. Disponível em: <<http://www.fmabc.br/admin/files/revistas/31amabc91.pdf>>. Acesso em: 17 abr.2009.
- GIROTTI, E. *et al.* Adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico e fatores associados na atenção primária da hipertensão arterial. *Ciência & saúde coletiva*, Londrina, V. 18, n. 6, p. 1763-1772. 2013.
- GUEDES, M. V. C. *et al.* Barreiras ao tratamento da hipertensão. **Revista Brasileira de Enfermagem-REBEN**, Brasília, V. 64, n. 6, p. 1038-1042. 2011.
- MANTOVANI, Maria de Fátima et al. **Caracterização dos usuários e o conhecimento sobre a hipertensão arterial.** 2008. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=Ink&exprSearch=489765&indexSearch=ID>>. Acesso em: 19mar. 2009.
- NOBRE, F. *et al.* VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Revista Brasileira de Hipertensão.** Rio de Janeiro, vol.17, n.1, Jan/Mar. 2010, 57p.

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

PARA DE MINAS. Prefeitura Municipal de Pará de Minas Estado de Minas Gerais. Secretaria Municipal de Saúde Plano Municipal de Saúde 2014-2017

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

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

SAÚDE & LAZER. **Hipertensão aumenta entre jovens**. 2008.

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

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

VASCONCELOS, Eduardo Mourão. **Complexidade e Pesquisa interdisciplinar: Epistemologia e metodologia operativa**. 2ª ed. Petrópolis: editora Vozes. 2004.

XAVIER, A. J. et al. Tempo de adesão à Estratégia de Saúde da Família protege idosos de eventos cardiovasculares e cerebrovasculares em Florianópolis, 2003 a 2007. **Ciênc. saúde coletiva**. Rio de Janeiro, vol. 13 n.5, Set./Out. 2008.

ZENI, Ana. **A perigosa relação entre hipertensão e mal de Alzheimer**. 2008. Disponível em: <<http://www.clinicaanazeni.med.br/noticia.php?id=78>>. Acesso em: 30 jul. 2009.