

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

Projeto de intervenção para diminuir a incidência da Hipertensão Arterial e fatores de risco na área de abrangência na ESF “Mangabeiras”, Veredinha, MG.

DENNIS CASTILLO FISS

DIAMANTINA / MINAS GERAIS
2015

DENNIS CASTILLO FISS

Projeto de intervenção para diminuir a incidência da Hipertensão Arterial e fatores de risco na área de abrangência na ESF “Mangabeiras”, Veredinha, MG.

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do Certificado de Especialista.
Orientador: Prof. Heriberto Fiuza Sanchez

**DIAMANTINA / MINAS GERAIS
2015**

DEDICATÓRIA

Este trabalho é dedicado a minha mãe incansável lutadora, que acreditou em mim. Depositando todas sua força e amor para minha educação e sempre dando muito apoio para eu continuar a missão, sempre estão ao meu lado pelos caminhos da vida, me acompanhando, apoiando com minha filha. Obrigado, por estarem sempre presentes, incentivo, determinação, pelo Amor infinito.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, porque além da dificuldade que enfrentei no início deu-me a possibilidade de conhecer pessoas maravilhosas, pelo acolhimento desde as primeiras horas de minha chegada ao país.

Aos amigos e professores brasileiros e colegascubanos, agradeço toda a compreensão e o respeito e dedicação ao curso.

A nosso orientador Prof. Heriberto Fiuza Sanchezpor compartilhar conhecimentos e nosdirecionar aobjetivo proposto.

A verdadeira sabedoria consiste em saber como aumentar o bem-estar do mundo.

Benjamin Franklin

RESUMO

A Hipertensão arterial sistêmica (HAS) constitui-se como um dos problemas de saúde de maior prevalência na atualidade: estima-se que esta patologia atinja aproximadamente 22% da população brasileira acima de 20 anos. 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, dieta rica em sódio e gorduras e diabetes mellitus aliadas à tendência ao envelhecimento das populações vêm reforçar esta estatística. Após o diagnóstico de hipertensão arterial faz-se necessário à mudança no estilo de vida do indivíduo. Este trabalho tem como objetivo apresentar uma proposta de intervenção para diminuir a incidência de hipertensão arterial no PSF “Mangabeiras” Veredinha, 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 idosos. 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 encaminhados a melhorar a qualidade de vida dos idosos hipertensos.

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

ABSTRACT

Systemic arterial hypertension (SAH) was established as one of the most prevalent health problems today, it is estimated that this disease reaches approximately 22% of the population over 20 years. There are several risk factors associated with each other and to other conditions favor the development of this pathology, namely: age, gender, heredity, race, obesity, stress, diet high in sodium and fat and diabetes mellitus combined with the trend of aging populations reinforces this statistic. After the diagnosis of hypertension is necessary to change in the individual's lifestyle. This work aims to present a proposal for intervention to reduce the incidence of hypertension in PSF "Mangabeiras" Veredinha, Minas Gerais. This work was carried out through three steps: situation analysis, literature review and preparation of the action plan. The literature review was made from an online survey through access to the information center of the Virtual Health Library (VHL) through the database: Latin American and Caribbean Literature in Health Sciences (LILACS), Scientific Electronic Library Online (SciELO) about the risk factors for hypertension in the elderly. Established themselves as criteria for the selection of the sample articles published in Brazil, from 2003 to 2013 which have the full text and are available in English and referring to hypertension descriptors, and increased cardiovascular risk factors risk for hypertension. Upon review, we prepared an action plan based on the blood pressure and the risk factors and the main results of the situational diagnosis. The main proposals were to increase the knowledge of hypertension, to adopt healthy lifestyles and modes for hypertensive patients, increase the care of patients with risk factors and forwarded to improve the quality of life of elderly hypertensive patients.

Keywords: Hypertension, Risk factors. Lifestyle.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1- População – Perfil demográfico da população estimada de 2010, por gêneros e faixa etária, município de Veredinha, MG.....	17
Tabela 2- Território do PSF “Mangabeiras”, Veredinha, MG, segundo número de famílias e habitantes por micro áreas.....	20
Tabela 3- Caracterização da população do PSF “Mangabeiras”, município de Veredinha, MG, segundo idade e gênero.....	20
Tabela 4 - Priorização dos problemas encontrados no diagnóstico situacional da área de abrangência do PSF “Mangabeiras”, Veredinha MG, 2014.....	30
Tabela 5: Nós críticos definidos para o problema enfrentado: altos níveis de HAS na população assistida no PSF Mangabeiras, Veredinha, MG, 2014.....	31
Tabela 6: Desenho de operações para os “nós críticos” do problema da incidência de hipertensos na UBS Mangabeiras, Veredinha, MG, 2014.....	33
Tabela 7: Recursos críticos definidos para o problema enfrentado: altos níveis de HAS na população assistida no PSF Mangabeiras,Veredinha, 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 Mangabeiras, Veredinha, MG, 2014.	36
Tabela 9. Plano operativo para enfrentamento do problema da incidência de hipertensos na UBS Mangabeiras, Veredinha, MG, 2014.....	37
Tabela 10. Gestão do plano para enfrentamento do problema da incidência de hipertensos na UBS Mangabeiras,Veredinha, MG, 2014.....	38

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS - Agente comunitário de Saúde

APS- Atenção Primária de Saúde

BVS - Biblioteca Virtual em Saúde

DCV - Doenças Cardiovasculares

ESF - Estratégia de Saúde da Família

FR - Fatores de risco

HAS- Hipertensão Arterial Sistêmica

IBGE- Instituto Brasileiro de Geografia Estadística

IDH -Índice de Desenvolvimento Humano

IMC - Índice de Massa Corporal

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

MEDLINE - Literatura Internacional em Ciências da Saúde

MG- Minas Gerais

NASF- Núcleo de Apoio da Saúde de Família

OMS- Organização Mundial de Saúde

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 - *ScientificElectronic Library Online*

DCNT-Doença crônica não transmissível

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	Erro! Indicador não definido.	1
1.1 Histórico de Criação do Município.....		14
1.2 Aspectos geográficos e socioeconômicos:.....		15
1.3 Produto Interno Bruto (PIB).....		16
1.4 Aspectos Demográficos.....		16
1.5 Educação.....		19
1.6 Sistema Local de Saúde.....		189
1.7 Recursos da Comunidade.....		190
1.8 Território sob responsabilidade do PSF “Mangabeiras”.....		220
2 JUSTIFICATIVA.....	Erro! Indicador não definido.	
3 OBJETIVOS.....		22
3.1 OBJETIVO GERAL.....		22
3.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS.....		22
4 METODOLOGIA.....		23
5 RESULTADOS.....		267
5.1 Revisão de Literatura.....	Erro! Indicador não definido.	7
6 PLANO DE INTERVENÇÃO.....		31
6.1 Diagnóstico Situacional da área de abrangência do PSF “Mangabeiras ”.....		31
6.1.1 Identificação dos problemas.....		31
6.1.2 Priorização dos Problemas.....		32
6.1.3 Descrição do Problema.....	Erro! Indicador não definido.	3
6.1.4 Explicação do problema.....		324
6.1.5 Identificação dos nós críticos, operações, resultados esperados e recursos necessários:.....		324
6.1.6 Desenho das operações.....	Erro! Indicador não definido.	6
6.1.7 Identificação dos recursos críticos.....		356
6.1.8 Análise da Viabilidade.....	Erro! Indicador não definido.	9
6.1.9 Elaboração do Plano Operativo.....		41
6.1.10 Gestão do plano.....		43
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....		415
REFERÊNCIAS.....		426

1 INTRODUÇÃO

Envelhecer é uma ação complexa, que abrange distintas variáveis como doenças crônicas, fatores genéticos, estilo de vida, entre outras informações. Deste modo, os gerontologistas alegam que o processo de envelhecimento se inicia desde o momento da concepção, sendo então a velhice definida como um processo dinâmico e progressivo no qual há modificações tanto morfológicas como funcionais, bioquímicas e psicológicas. Assim, com os aprimoramentos das ciências, principalmente na esfera da medicina a partir de 1950 até aos dias atuais, a expectativa de vida aumentou em dezenove anos, ponderando que a expectativa de vida hoje excede os setenta anos e que, em 2050, a estimativa é que teremos um número de centenários 15 vezes maior. Dentre as mais comuns consequências do envelhecimento está a hipertensão arterial sistêmica (ÁVILA et al, 2010).

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 e ocorre quando encontramos valores para a pressão arterial sistólica acima de 140 mm/hg e diastólica acima de 90mm/hg. A pressão arterial limítrofe é aquela com valores sistólicos entre 130-139mmhg e diastólica entre 85-89mm/hg, considerando-se a pressão arterial normal sistólica <130mm/hg e diastólica <85mm/hg. A pressão arterial é ótima se a pressão arterial sistólica for de 120mm/hg e diastólica <80mm/hg (CUBA, 2004).

A Hipertensão arterial é uma condição clínica multifatorial associada frequentemente a alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos como coração, cérebro, rins e vasos sanguíneos e de alterações metabólicas, com consequente aumento de risco para problemas cardiovasculares fatais e não fatais (MALACHIAS; MARCUS, 2010).

Destacam-se 2 tipos de hipertensão arterial: a Hipertensão primária, também conhecida como hipertensão essencial, que ocorre quando se desconhece a causa da hipertensão arterial. Este tipo de pressão arterial geralmente demora anos para se desenvolver e, provavelmente é o resultado do estilo de vida da pessoa. A Hipertensão secundária ocorre quando um problema de saúde ou medicamento provoca a hipertensão arterial. Os fatores que podem ocasionar a hipertensão secundária incluem: alguns medicamentos, consumo excessivo de álcool, problemas renais, obesidade, apnéia do sono e problemas nas glândulas tireoides ou suprarrenais (FAUCI, 2008).

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma das doenças que mais afetam a saúde dos indivíduos e das populações em todo o mundo. É em si uma doença, bem como um importante fator de risco para outras doenças, principalmente para a doença isquêmica do coração, insuficiência cardíaca, doença vascular cerebral, insuficiência renal e contribui significativamente para a retinopatia. A promoção da saúde adequada, prevenção de doenças e controle adequado dos pacientes hipertensos, contribui significativamente para a redução da morbidade e mortalidade na população (JARDIM, 2007).

Segundo a Sociedade Brasileira de Hipertensão, 30% da população brasileira podem ser consideradas hipertensas. 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 sete milhões estejam sendo tratados (SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO, APUDZENI, 2008).

Sabemos que a obesidade e ganho de peso são fatores de risco fortes e independentes para hipertensão. Estima-se que 60% dos pacientes hipertensos têm maior do que 20% de excesso de peso. Entre as populações, a prevalência de hipertensão aumentou em relação ao consumo de Na e baixo teor de cálcio e de potássio, que podem contribuir para o risco de hipertensão. Fatores ambientais, tais como álcool, estresse psicoemocional e baixos níveis

de atividade física também podem contribuir para a hipertensão (FAUCI, 2008).

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. A hipertensão arterial nos idosos é conhecida nas suas formas sistólica e diastólica e a sistólica isolada, sendo a mais comum com o envelhecimento, em consequências das mudanças nas estruturas das artérias de grosso calibre, tendência observada em estudos transversais em praticamente todas as populações as quais mostram que o nível médio da pressão aumenta de maneira linear a partir dos 50 anos, enquanto que a pressão diastólica tende a cair dos 55 anos de idade. (TRINDADE *et al.*, 2007).

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).

Isso pode levar à ausência do trabalho, à pensões por invalidez, de alto custo para as famílias e para a saúde pública. Na tentativa de controlar todos esses problemas, o Ministério da Saúde criou em 2002 o programa HIPERDIA, voltado para o acompanhamento de diabéticos e hipertensos na rede de cuidados primários.

Face ao exposto, o presente estudo busca elaborar uma proposta de intervenção para controle da HAS junto aos assistidos do Programa de Saúde da Família de Mangabeiras, Município de Veredinha, Estado de Minas Gerais.

1.1 Histórico de Criação do Município

Fundado em 22 de dezembro de 1995 (18 anos), desmembrado de Turmalina, sua vegetação é baseada no tipo de bioma do cerrado, o município de Veredinha é cortado pelo rio Itamarandiba e pelo rio Araçuaí. Sua distância é de 496 km até a capital Belo Horizonte. Constituído de dois distritos: Veredinha e Mendonça, criados na mesma época da fundação do município.

Municípios limítrofes são Turmalina, Minas Novas, Capelinha, Itamarandiba e Carbonita. Altitude de 832m, com clima temperado com temperaturas de 10 a 30°. O índice pluviométrico é de cerca de 1300 mm/ano, com chuvas mais frequentes nos meses de outubro a fevereiro. Quanto ao relevo e topografia, o terreno em sua maior parte é arenoso, com bastantes elevações, poucas várzeas e muitas serras e bosques. As famílias da zona rural são servidas por pequenos cursos de água bem distribuídos que abastecem também as pequenas produções agropecuárias.

No passado, Veredinha era conhecida como Vendinhas, pelo fato de só haver uma venda, depois quando foi surgindo as primeiras casas, o nome mudou para Veredinha, por causa das veredas que existem ao redor da cidade.

Veredinha mantém uma religiosidade forte, com festas populares e tradicionais. A festa mais tradicional é a Festa do Peão de Boiadeiro, que reuni uma legião de pessoas montadas em animais. Surgiu exatamente apenas como a queima do Judas, e que depois se transformou na grande Festa do Peão, que hoje é realizada sempre no final do mês de abril. A festa do divino mantém as mesmas características, com Imperador e Imperatriz, e seu cortejo passando pela rua principal da cidade. A Festa do Divino é sempre realizada no mês de Julho. Ainda conta com mais algumas festas religiosas, como Festa de São Vicente de Paulo e Festa de Santa Rita.

Nas comunidades rurais de Veredinha as festas religiosas também são muito fortes, e ainda contam com participações de grupos folclóricos como os Marujeiros. O distrito de Mendonça tem grupos como as Mulheres Fuleiras, um grupo de senhoras da terceira idade que animam os leilões do distrito, e ainda

contam com corais que enfeitam e alegra as missas locais, como o Coral dos Homens.

Mas o coral de maior expressão é o Coral Vozes das Veredas, também conhecido como Coral de Veredinha ou das Meninas de Veredinha. O Coral já se apresentou no Palácio das Artes (2006), para o Gov. Aécio Neves no Palácio da Liberdade (2008) e já participou de diversas edições do Festival Internacional de Corais em Belo Horizonte. O Coral Vozes das Veredas gravou o seu primeiro CD, intitulado "Um Canto Novo num Cantinho do Vale", no ano de 2005. O coral projetou a cidade de Veredinha, juntamente com o artesanato local, para o Brasil.

1.2 Aspectos geográficos e socioeconômicos:

- Área total do município: 635.262 km
- Concentração habitacional: 8.71 habitantes por Km²
- Índice de Desenvolvimento Humano (IDH): 0.669.

Concentração habitacional: 71% zona urbana e 29% zona rural.

Clima tropical

Número aproximado de domicílios: 2.300

Número famílias: 2.209 famílias

Área urbana: 3757 habitantes

Área rural: 1777 habitantes

Sexo masculino: 3879 hab.

Sexo feminino: 2654 hab.

A estrutura demográfica também apresentou mudanças no município. Entre 2000 e 2010 foi verificada ampliação da população idosa que cresceu 3,31% em média ao ano. Em 2000, este grupo representava 8,2% da população, já em 2010 tinha 10,8% do total da população municipal.

Conforme dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) no município a taxa de extrema pobreza da população era de 30,65%. No Censo Demográfico de 2000 o percentual de moradores com 60 anos ou mais com

renda per capita de até $\frac{1}{4}$ do salário mínimo era de 8,3%, percentual esse que diminuiu para 4,2% no Censo de 2010. No município, 2,5% da população tinha pelo menos uma deficiência grave, dessas pessoas 1,7% tinha renda per capita de até $\frac{1}{4}$ do salário mínimo.

Importante ressaltar as condições de saneamento e serviços correlatos do município, que interferem nas condições de saúde da população. Dados do Censo Demográfico de 2010 revelaram que na área rural do município a coleta de lixo atendia 86,6% dos domicílios. Quanto à cobertura da rede de abastecimento de água, o acesso nessa área estava em 27,8% dos domicílios particulares permanentes e 1,5% das residências dispunham de esgotamento sanitário adequado. Principais atividades econômicas: lavrador, professor, pedreiro, diarista, comerciante (IBGE 2010).

1.3 Produto Interno Bruto (PIB)

O PIB do município cresceu 57,5%, passando de R\$ 17,6 milhões para R\$ 43,8 milhões. O crescimento percentual foi inferior ao verificado no Estado, que foi de 63,6%.

A estrutura econômica municipal demonstrava participação expressiva do setor de Serviços, o qual responde por 48,1% do PIB municipal. Cabe destacar o setor secundário ou industrial, cuja participação no PIB era de 11,2% em 2010 contra 14,1% em 2006. No mesmo sentido ao verificado no Estado, em que a participação industrial cresceu de 27,8% em 2006 para 29,4% em 2012 deve-se ao mesmo a existência de uma indústria de Cerâmica que oferece fonte de emprego para a população.

1.4 Aspectos Demográficos

Veredinha está localizada na Região nordeste do Estado, mesorregião de Jequitinhonha, microrregião de Capelinha apresenta crescimento populacional ordenado, com crescimento desde sua emancipação. A população na cidade vem crescendo rapidamente, e por não possuir grandes indústrias grande parte da população tem fonte de emprego em outras cidades vizinhas. A tabela 1 traz

uma caracterização da população de Veredinha, segundo gênero e faixas etárias.

Tabela 1: População-Perfil demográfico da população estimada de 2010, por gêneros e faixas etárias, município Veredinha. MG

Faixa Etária	Homem	Mulher	Total
00-04	209	160	369
05-09	224	232	456
10-14	291	255	546
15-19	329	303	633
20-29	508	437	945
30-39	413	293	706
40-49	230	253	483
50-59	284	241	525
60-69	153	188	351
70-79	73	113	186
80+	29	54	83
Total	2.922	2.627	5.549

Fonte: DATASUS/IBGE

A taxa de crescimento anual da população é de 0.51%. Apresenta densidade demográfica de 8.71 hab/km².

1.5 Educação

Conforme dados do último Censo Demográfico em 2010, a taxa de analfabetismo das pessoas de 10 anos ou mais era de 19,5%. Na área urbana, a taxa era de 15,5% e na zona rural era de 27,7%. Entre adolescentes de 10 a 14 anos, a taxa de analfabetismo era de 0,9%. A taxa de analfabetismo das pessoas de 10 anos ou mais no município é maior que a taxa do Estado.

De acordo com dados do Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas (INEP) em 2012, a taxa de distorção idade-série no ensino fundamental foi de 7,7% do 1º ao 5º ano e de 25,6% do 6º ao 9º ano. A taxa de distorção idade-série no ensino fundamental municipal foi maior, quando comparada às taxas da Região Sudeste, menor que a do estado e menor 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. O Índice de Desenvolvimento da Educação Básica foi de 6.1%, com um comportamento acima da média nacional no Brasil.

1.6 Sistema Local de saúde

Conselho municipal de saúde é composto por 12 membros titulares e 12 suplentes, com 100% de cobertura, 02 equipes de PSF com saúde bucal mod. II. Orçamento destinado à saúde é de R\$4.402.000,00. Sistema de referência e contra referência: existe um hospital na cidade vizinha para o atendimento de emergência a toda a população da cidade. Não possui redes de alta complexidade. Recursos humanos: 63 funcionários na área de saúde, sendo que 90% com vínculo empregatício estatutário e 10% vínculo empregatício na forma de contrato, com carga horária de 40 horas semanais,

A UBS Mangabeiras se encontra localizada na Av. Castelo Branco, 363, Bairro Mangabeiras, com acesso mediante via asfaltada em sua totalidade e das comunidades pela via de estrada de terra não asfaltada. A rede secundária encontra-se localizada na cidade vizinha, através do Hospital São Vicente. Em relação com outros municípios, não possui rede terciária, estando pactuada na regional de Diamantina e Belo Horizonte, 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.

Os casos de alta complexidade, como traumas maxilofaciais, lesões de ortopedia são referenciados para o Hospital São Vicente e Diamantina.

Recursos físicos: 03 UBS, 02 clínicas de fisioterapia, 02 clínicas de odontologia, 01 Laboratório, 01 farmácia de Minas, 01 VISA.

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 02 médicos, 02 dentistas, 5 enfermeiros, 3 técnicos de saúde bucal, 10 técnicos de enfermagem e 15 ACS.

1.7 Recursos da Comunidade

A comunidade adscrita conta com os seguintes recursos para a população: uma escola, uma creche, quatro igrejas. Não há clínicas privadas perto da comunidade e o serviço de laboratório municipal atende com dias definidos para a coleta de sangue, uma policlínica, uma farmácia básica, uma escola estadual, duas escolas municipais, uma creche, um centro cultural, 12 igrejas, uma associação comunitária rural, 1 associação cultural, uma Pastoral das crianças.

Serviços existentes: Luz elétrica, unidade de correios, BRADESCO, BANCO DO BRASIL, CAIXA, Lotérica, Telefonia, redes de esgoto e água potável.

1.8 Território sob responsabilidade do PSF “Mangabeiras”

A UBS Mangabeiras encontra se localizada na Av. Castelo Branco, 363 Bairro Mangabeiras. Possui duas salas de espera, recepção, três consultórios, sala de curativo e de vacinas, sala de medicação e medidas antropométricas, copa, almoxarifado, sala de curativo, sala de reuniões, esterilização, expurgo, casa de gás, sala de observação masculina, feminina e infantil, totalizando seis leitos. Há quatro banheiros, dois para funcionários e dois disponíveis para a população. O horário de trabalho é de 07:00 às 16:00.

2 JUSTIFICATIVA

Nas estatísticas de saúde pública percebe-se que a HAS tem alta prevalência e baixas taxas de controle, sendo considerado 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).

A equipe de saúde realizou análise diagnóstica do território e levantamento dos principais problemas, sendo identificada a alta prevalência de hipertensão arterial. Esta condição de saúde é passível de intervenções, com a realização de ações de promoção, prevenção e tratamento, evitando novos casos e reduzindo complicações nos casos presentes.

A equipe após o análise da situação levantada considerou que o nível local apresentarecursos humanos e materiais para realização do Projeto de Intervenção, considerando o projeto viável.

Nossa área tem um total de 5.549 pacientes, deles 481 com hipertensão arterial sistêmica diagnosticada e ainda existe certa parcela da população maior de 15 anossem o diagnóstico da doença, com altos níveis de obesidade, dislipidemias, stress, idosos, acompanhamento inadequado, o que aumenta a possibilidade de novos pacientes com possibilidade de desenvolver uma complicação. Além disso, o nível de conhecimento dessa população de doentes acerca do problema é alto; é baixa a taxa de adesão aos tratamentos e quase 80% dos pacientes que são assistidos no posto referem não tomar a medicação. Esses e com outros fatores fazem a equipe refletir sobre a necessidade de reduzir os agravos que as doenças crônicas provocam, com o objetivo de diminuir a morbimortalidade que elas causam.

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

- Elaborar um plano de intervenção para diminuir a incidência de hipertensão arterial no PSF “Mangabeiras” em Veredinha, MG.

3.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

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

4 METODOLOGIA

Para elaboração da proposta de intervenção para o acompanhamento nas ações de saúde para a diminuição da HAS no PSF Mangabeiras, 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. Este diagnóstico foi 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 etc.

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.

Para o desenvolvimento do Plano de Intervenção será utilizado o Método do Planejamento Estratégico Situacional (PES) conforme os textos da seção 1 do módulo de iniciação científica e seção 2 do módulo de Planejamento e uma revisão da literatura.

A seleção do problema foi feita a partir da análise de determinados critérios. Na UBS o problema foi o baixo nível de conhecimento dos pacientes com doenças crônicas como prioridade um. Uma vez definidos os problemas e as prioridades (1º e 2º passos), a próxima etapa foi a descrição do problema selecionado.

Para descrição do problema priorizado, a equipe utilizou alguns dados fornecidos pelo SIAB e outros que foram produzidos pela própria equipe através das diferentes fontes de obtenção dos dados. Foram selecionados indicadores da frequência de alguns dos problemas relacionados aos mesmos, além disso, da ação da equipe frente a esse problema. Cabe aqui ressaltar as deficiências dos nossos sistemas de informação e da necessidade da equipe produzir informações adicionais para auxiliar no processo do planejamento.

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

A equipe identificou mediante uma análise entre as várias causas, aquelas consideradas mais importantes na origem do problema, as que precisam ser enfrentadas.

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

A identificação dos recursos críticos a serem consumidos para execução das operações constitui uma atividade fundamental para analisar a viabilidade de um plano. São considerados recursos críticos aqueles indispensáveis para a execução de uma operação e que não estão disponíveis e, por isso, é importante que a equipe tenha clareza de quais são esses recursos, para criar estratégias para que se possa viabilizá-los.

A Equipe identificou os recursos críticos de cada operação.

Para analisar a viabilidade de um plano, inicialmente foram identificadas três variáveis fundamentais:

- Quais são os atores que controlam recursos críticos das operações que compõem o plano;

- Quais recursos cada um desses atores controla.
- Qual a motivação de cada ator em relação aos objetivos pretendidos com o plano.

Identificou-se os atores que controlavam os recursos críticos e sua motivação em relação a cada operação, propondo em cada caso ações estratégicas para motivar os atores identificados.

Finalmente para concluir a elaboração do plano operativo foram feitas reuniões com todas as pessoas envolvidas no planejamento, sendo definidos por consenso a divisão de responsabilidades por operação e os prazos para a realização de cada produto.

5 RESULTADOS

5.1 REVISÃO DA LITERATURA

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) são a maior causa de morte em todo o mundo incluindo o Brasil. Em 2008, elas foram responsáveis por 36 milhões de óbitos. Os dados fazem parte de um balanço divulgado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) que inclui informações de 193 países. As doenças cardiovasculares são responsáveis por 48% das mortes no grupo, seguidas pelo câncer (21%), pelas doenças respiratórias crônicas (12%) e pelo diabetes (3%). 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).

No Brasil, as doenças crônicas não transmissíveis são a principal causa de morte, concentrando 67,3% do total de óbitos em 2007. Entre elas, as que mais matam são as doenças cardiovasculares (29,4%) (BRASIL, 2006).

A hipertensão arterial é uma doença de alta prevalência no mundo moderno, aonde as elevadas taxas de obesidade, aliadas à tendência ao envelhecimento das populações vem reforçar esta estatística. O diagnóstico da hipertensão depende de uma avaliação criteriosa, procurando-se identificar a presença de hipertensão secundária, assim como os portadores de hipertensão de consultório, condição relativamente frequente nos extremos da idade. Os riscos cardiovasculares atribuídos à hipertensão são conhecidos e se iniciam a partir das faixas pressóricas pré-hipertensivas, numa relação contínua. A obtenção de um controle pressórico rigoroso (<140/90 mmHg) mostrou nos últimos anos prover uma redução substancial no risco cardiovascular, particularmente no que se refere à ocorrência do acidente vascular cerebral e da insuficiência cardíaca. Engloba-se nestes resultados, o impacto do tratamento da hipertensão sistólica isolada em pacientes idosos, situação antes pouco abordada. Em populações nas quais se encontram presentes outros fatores de risco, lesões de órgãos-alvo ou condições clínicas correlatas, o impacto da pressão arterial sobre a morbimortalidade cardiovascular será ainda maior e a obtenção de alvos

pressóricos mais estreitos (<130/80 mmhg), particularmente na população de diabéticos, nefropatas e cardiopatas, tem mostrado maior proteção. Para quaisquer pacientes, as recomendações para as modificações no estilo de vida e controle dos fatores de risco correlatos devem ser enfatizadas, destacando-se a redução do peso corporal, que terá grande impacto sobre o controle da pressão e os distúrbios associados à síndrome metabólica (AVILA et al, 2010).

Com uma prevalência entre 14% e 40% entre os países do continente americano (estudos realizados em diversos países em populações acima de 35 anos de idade), esta enfermidade é geralmente desconhecida pela metade dos pacientes, e entre aqueles que conhecem seu problema, somente a metade deles recebe algum tipo de assistência médica para seu controle, deixando quase 75% de todos os casos sem nenhum tipo de atenção ou serviços médicos. Como resultado desta situação, aproximadamente 60% de pacientes apresenta algum tipo de complicação microvascular no momento do diagnóstico inicial, o que gera uma grande porcentagem de pacientes com complicações irreversíveis posteriores, entre elas, perda da visão e problemas renais (SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO, Apud ZENI, 2008).

No Brasil, estima-se que aproximadamente 30% da população geral com mais de 40 anos possa ter a pressão arterial elevada. Por esta razão, a OPAS/OMS vem trabalhando no desenvolvimento de estratégias e instrumentos que facilitem o desenvolvimento de atividades de detecção prematura e controle permanente, assim como metodologias e iniciativas que ampliem o nível de conhecimento das populações e das autoridades sobre o impacto causado por esta enfermidade e as implicações que em saúde pública representam seu controle e prevenção. Este rápido aumento da morbimortalidade por DCNT vem afetando o desenvolvimento social e econômico de vários países, ademais da qualidade de vida de milhões de pessoas na nossa Região (GIROTTO *et al.*, 2013).

A OPAS promove a abordagem deste tema através da *Estratégia Regional e Plano de Ação para um enfoque integrado sobre a prevenção e controle das doenças crônicas, incluindo a alimentação, a atividade física e a saúde*; que foi aprovada pelo 47º Conselho Diretivo das OPAS em setembro de 2006.

Esta Estratégia, que foi formulada após uma ampla consulta com todos os países da Região, requer um enfoque de atenção integral, combinando intervenções populacionais e individuais, incluindo estratégias de prevenção e controle focalizados nas principais DCNT e fatores de risco mais frequentes, como a nutrição inadequada, sedentarismo, tabagismo e consumo de álcool (OLIVEIRA, 2013).

A estratégia orienta que a abordagem das DCNT e seus fatores de risco associados devem ter ações em parceria com a saúde, educação, agricultura e pecuária, desenvolvimento urbano e meio-ambiente, etc. – envolvendo, assim, diferentes instituições da sociedade como instituições públicas federais, estaduais e municipais, empresas do setor privado, academia, sociedade civil organizada e ONGs, pois as maiorias dos determinantes principais destas enfermidades se encontram fora do setor saúde ou mesmo da alçada das Instituições públicas. A estratégia está estruturada em quatro linhas de ação:

1. Vigilância.
2. Política e Promoção da causa (“advocacy”).
3. Promoção da saúde e prevenção.
4. Cuidado integrado das DCNT e seus fatores de risco

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 monetarização ambulatorial durante o período de vigília ou na monetarização 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).

6 PLANO DE INTERVENÇÃO

6.1 Diagnóstico Situacional da área de abrangência do ESF “MANGABEIRAS”

Por meio do diagnóstico situacional da área de abrangência do PSF “Mangabeiras” de Veredinha, realizado neste ano, foi identificado um grupo de problemas que possibilitaram a elaboração do Plano de intervenção:

Foi feita uma análise do tema proposto e da bibliografia recomendada. O passo seguinte foi uma reunião com a equipe de trabalho e pessoas da comunidade para que se soubesse os principais problemas de saúde da comunidade. Posteriormente deu-se prioridade aos problemas em correspondência com o nível em que afetam a saúde da população foi escolhido como problema principal a alta prevalência de pacientes com doenças crônicas como hipertensão arteriale das medidas pra seu controle.

6.1.1 Problemas de saúde identificados:

- 1-Alta incidência de doenças mentais.
- 2-Elevada prevalência de pessoas que sofrem de hipertensão arterial.
- 3-Alta prevalência de depressão e ansiedade.
- 4-Alta incidência de doenças respiratórias.
- 5-Alto índice de Alcoolismo e tabagismo.
- 6- Poucas fontes de emprego e lazer.
- 7-Sedentarismo e obesidade.
- 8-Alto consumo de antidepressivos.
- 9-Funcionamento inadequado de equipe de saúde do processo de trabalho.

Atribuiu-se valor “alto, médio ou baixo” para a importância do problema, distribuindo pontos conforme sua urgência.

Definiu-se se a solução do problema está dentro, fora ou parcialmente dentro da capacidade de enfrentamento da equipe responsável pelo projeto.

Numerou-se os problemas por ordem de prioridade a partir do resultado da aplicação dos critérios.

Obteve-se a tabela abaixo:

Tabela 2- Priorização dos problemas encontrados no diagnóstico situacional da área de abrangência do PSF “Mangabeiras”, Veredinha, MG, 2014:

Principais Problemas	Importância	Urgência	Capacidade de enfrentamento	Seleção
Doenças mentais	Alta	5	Parcial	8
Alta prevalência de depressão e ansiedade	Alta	7	Parcial	4
Alto número de pacientes com HAS.	Alta	8	Parcial	1
Alta incidência de doenças respiratórias	Alta	6	Parcial	5
Uso indiscriminado de ansiolíticos e antidepressivos	Alta	7	Parcial	2
Alto índice de Alcoolismo e tabagismo.	Alta	5	Parcial	7
Poucas fontes de emprego	Alta	6	Parcial	3
Sedentarismo e obesidade.	Alta	5	Parcial	6
Funcionamento inadequado de equipe de saúde do processo de trabalho.	Alta	6	Parcial	5

6.1.2 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.

6.1.3 Explicação do problema

A ausência de estratificação do risco clínico para HAS pela unidade de saúde, unido a 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 descontrola da doença e complicações posteriores.

6.1.4 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 3: Nós críticos definidos para o problema enfrentado: altos níveis de HAS na população assistida no PSF Mangabeiras, Veredinha, MG, 2015.

Problema enfrentado	Nós críticos
Hipertensão arterial: Conforme SIAB da unidade o PSF CAIC há 481 hipertensos 8,60% da população total.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Hábitos alimentares não saudáveis. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Sedentarismo e Obesidade <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Tabagismo e etilismo <input type="checkbox"/> 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 eo 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 da agenda de trabalho.

6.1.5 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 *et al.*, 2010).

A tabela 4 permite uma visualização do problema e o desenho de operações traçadas para o enfrentamento de cada nó crítico.

Tabela 4: Desenho de operações para os “nós críticos” do problema da elevada incidência de hipertensos na UBS Mangabeiras, Veredinha, 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 dos temas abordados. Organizacional: definir agenda para trabalhar com o grupo.
Tabagismo e Etilismo.	+ Saúde: Proporcionar apoio Supervisionado para encorajar o abandono do uso de bebidas com 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.	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	População mais consciente e	Avaliação do nível de	Cognitivos: Capacitação da equipe

	sobre a doença HAS	informada sobre os riscos, causas e consequências da hipertensão arterial.	conhecimento dos participantes (em adesão na intervenção) Réplicas da estratégia relatando suas experiências. Campanhas de Promoção e Prevenção da HAS	executora (metodologia conhecimentos científicos, habilidade comunicativa) Organizacionais Cronogramas 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. Intersetorial: Formalizar ação com apoio do NASF, para designar educador físico.

6.1.6 Identificação dos recursos críticos

A tabela 5 permite uma visualização dos recursos críticos definidos para o problema enfrentado.

Tabela 5: Recursos críticos definidos para o problema enfrentado: altos níveis de HAS na população assistida no PSF, Mangabeiras, 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.

6.1.7- Análise de viabilidade do plano:

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.

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

Tabela 6: 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 ESF Mangabeiras, Veredinha, MG, 2015.

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 Inter setorial.	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 Inter setorial.	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. Financeira 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

6.1.8 Elaboração do plano operativo:

Ele tem como objetivos principais:

1-Designar os responsáveis por cada operação.

2-Definir os prazos para execução das operações.

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 *et al.*, 2010).

Tabela 7: 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 maisconsciente e informada sobre os riscos, causas e conseqüências da hipertensão arterial.	Avaliação do nível de conhecimento dos participantes em tema de HAS, Campanhas de Promoção e Prevenção da HAS, Palestras por rádio local 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% 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.	Dois meses para início das atividades
Viver Melhor: proporcionar atividade física supervisionada.	Diminuir em 20% o número de Sedentários e obesos para o período de 1	Programa de caminhadas e exercícios físicos	Apresentação do projeto de ação específico.	ACS, Médico, Enfermeira	2 meses para início das atividades

	ano.	orientados			
+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 início das atividades

6.1.9 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 *et al.*, 2010).

Tabela 8: Gestão do plano para enfrentamento do problema da incidência de hipertensos na UBS Mangabeiras, Veredinha, MG, 2015.

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	3 meses para o início das atividades			

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

8 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 Mangabeiras, 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 possam-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

- 1-ÁVILA, A, et al. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão, Conceituação, Epidemiologia e Primária. **Revista Brasileira de Hipertensão**, Rio de Janeiro, v.17, n.1, p.7-10, 2010.
- 2-BRASIL. Ministério da Saúde. III Consenso Brasileiro de Hipertensão Arterial. **Hipertensão Arterial: diagnóstico e classificação**. Brasília, 2001.
- 3-BRASIL. Ministério da Saúde. **Hipertensão arterial sistêmica**. Departamento de Atenção Básica, Brasília, 2006.
- 4-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.
- 5-FARIA, H.P.et al. Planejamento de e avaliação das ações em saúde. NESCON/UFMG. Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família 2ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, p.110, 2010.
- 6-GIROTTO, E. *et al.* Adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico e fatores associados na atenção primária da hipertensão arterial. *Ciência & saúde coletiva*, Londrina, V. 18, n. 6, p. 1763-1772. 2013.
- 7-NOBRE, F. *et al.* VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Revista Brasileira de Hipertensão**. Rio de Janeiro, vol.17, n.1, Jan/Mar. 2010, 57p.
- 8-OLIVEIRA T. L. et. al., Eficácia da educação em saúde no tratamento não medicamentoso da hipertensão arterial. **Ata Paul Enferm**, São Paulo, V. 26, n. 2, p.179-184. 2013.
- 9-SAÚDE & LAZER. **Hipertensão aumenta entre jovens**. 2008.
- 10-SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. **VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão**. Arq Bras. Cardiol, 2010; 95 (1 supl.1): 1-51.
- 11-Sociedade Brasileira de Hipertensão. 3º Consenso Brasileiro de Hipertensão. Campos do Jordão; 1998. [[Links](#)]
- 12-VASCONCELOS Eduardo Mourão. **Complexidade e Pesquisa interdisciplinar: Epistemologia e metodologia operativa**. 2ª ed. Petrópolis: editora Vozes. 2004.
- 13-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.