

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

NORMA ILEANA DIAZ ALFONSO

**PLANO DE INTERVENÇÃO NA ASSISTÊNCIA PRESTADA AOS PORTADORES
DE HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA DE UMA ESTRATÉGIA DE SAÚDE
DA FAMÍLIA**

Polo Uberlândia/MG

2016

NORMA ILEANA DIAZ ALFONSO

**PLANO DE INTERVENÇÃO NA ASSISTÊNCIA PRESTADA AOS PORTADORES
DE HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA DE UMA ESTRATÉGIA DE SAÚDE
DA FAMÍLIA**

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 Especia

Orientador: Edilaine Assunção Caetano
de Loyola

Polo Uberlândia/MG

2016

NORMA ILEANA DIAZ ALFONSO

**PLANO DE INTERVENÇÃO NA ASSISTÊNCIA PRESTADA AOS PORTADORES
DE HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA DE UMA ESTRATÉGIA DE SAÚDE
DA FAMÍLIA**

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.

Orientadora: Edilaine Assunção Caetano de Loyola.

Banca examinadora

Examinador 1 Prof. : Edilaine Assunção Caetano de Loyola.

Examinador 2 Prof. : Samara Marcelo Cordeiro.

Aprovada em Belo Horizonte, em de de 2016

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a minha família, ao meu esposo e ao meu filho que são a fonte constante de estímulo, de carinho e, principalmente, de paciência.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, porque me deu coragem para questionar realidades e propor sempre um novo mundo de possibilidades.

A meus pais pelo carinho, compreensão e apoio em todas as fases de minha vida.

A meu esposo e filho, pela ajuda neste trabalho.

Aos meus amigos, pela companhia e o incentivo durante todos esses meses e a todos que de alguma forma contribuíram para a realização deste projeto.

A professora Edilaine Assunção Caetano de Loyola, por seu conhecimento e as oportunidades que me ofereceu.

“Há homens que perdem a saúde para juntar dinheiro e depois perdem o dinheiro para recuperar a saúde. Por pensarem ansiosamente no futuro, esquecem o presente, de tal forma que acabam por nem viver no presente nem no futuro; vivem como se nunca fossem morrer e morrem como se nunca tivessem vivido”.

Buda

RESUMO

A Hipertensão Arterial (HAS) é uma doença crônica de elevada prevalência na população brasileira, sendo considerada um grave problema de saúde pública. É uma doença multivariada, imperceptível nos estágios iniciais, na maioria das vezes progressiva e sempre perigosa, sendo um dos fatores de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, cérebro vascular e renal. É definida como a pressão sanguínea de valor igual ou superior a 140/90 mmHg para um adulto jovem. O objetivo deste trabalho foi elaborar um Plano de Intervenção para a assistência aos pacientes portadores de hipertensão arterial sistêmica e suas complicações residentes na área adstrita do PSF Camargo, Ituiutaba/MG. A amostra foi formada por 735 pacientes com o diagnóstico de HAS na Unidade de Saúde em estudo, a partir dos prontuários individuais dos pacientes cadastrados como hipertensos, e uma ampla revisão dos dados disponíveis acerca do tema no Departamento de Higiene e Epidemiologia do município, sendo coletadas informações da amostra estudada, e a análise foi realizada pelo método observacional. Assim, foi elaborado um plano de intervenção para a assistência aos pacientes portadores de hipertensão arterial sistêmica e suas complicações na área adstrita do PSF Camargo; visando manter os níveis pressóricos dentro dos limites preconizados pelo ministério de saúde e melhorar a qualidade de vida dos pacientes hipertensos, evitando complicações como insuficiência cardíaca congestiva, doenças cerebrovasculares, infarto agudo do miocárdio, nefropatia hipertensiva, insuficiência vascular periférica e retinopatia hipertensiva.

Palavras chave: Hipertensão Arterial, fatores de risco, doenças cardiovasculares

ABSTRACT

Arterial hypertension (HTN) is a chronic disease of high prevalence in Brazil, considered a serious public health problem. It is a multivariate disease noticeable in the early stages, most often progressive and always dangerous, one of the risk factors for developing cardiovascular, cerebrovascular and kidney diseases. It is defined as value of blood pressure exceeding 140/90 mm Hg for a young adult. The objective of this work develop an Intervention Plan for assistance to patients with hypertension and its complications residents in an area linked FHP Camargo, Ituiutaba / MG..The purpose of this work is to promote control actions of hypertension enrolled in FHP Camargo community, in Ituiutaba, Minas Gerais. Descriptive and cross-sectional study was conducted between March to May, 2015, with all patients of the age groups of 15 and over. The sample consisted of 735 patients diagnosed with hypertension in the Health Unit under this study, from the individual records of patients registered as hypertensive, and a wide review of available data on the subject at the Department of Health and municipal Epidemiology. Information was collected from the sample and analysis was performed by the observational method. Thus, an action plan was drawn up to improve the quality of assistance that is provided by the Family Health Programme at PSF Camargo to patients with hypertension; aiming to maintain the blood pressure levels within the limits recommended by the Health Ministry (MS) and improve the quality of life of hypertensive patients, avoiding complications such as congestive heart failure, cerebrovascular disease, acute myocardial infarction, hypertensive nephropathy, hypertensive retinopathy and peripheral vascular insufficiency.

Keywords: Arterial Hypertension, risk factors, cardiovascular disease

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLA

AVE	Acidente Vascular Encefalico
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CEO	Centro de Especialidades Odontologicas
DCV	Doença cardiovascular
FNS	Fundo Nacional de Saúde
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IAM	Infarto Agudo do Miocardio
IDHM	Indice de Desenvolvimento Humano Municipal
MS	Ministério da Saúde
MAPA	Monitoração Ambulatorial da Pressão Alterial
OMS	Organização Mundial de Saúde
PA	Pressão Alterial
PAD	Pressão Arterial Diastólica
PAS	Pressão Arterial Sistólica
PES	Planejamento Estratégico Situacional
PSF	Programa de Saúde da Família
SUS	Sistema Único de Saúde

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1: População urbana e rural estimada do município de Ituiutaba/MG para no ano 2010.....	16
Tabela 2: População por sexo estimada do município de Ituiutaba/MG para o ano 2010	16
Tabela 3: Total de repasses por bloco para o Fundo Municipal de Saúde de Ituiutaba no ano 2014.....	17
Tabela 4: Número de estabelecimentos de saúde em Ituiutaba/MG segundo a esfera administrativa registrada até maio de 2015.....	18
Tabela 5: Priorização dos Problemas identificados na área da Unidade Básica de Saúde da Família Camargo	22
Tabela 6: Classificação da pressão arterial de acordo com a medida casual no consultório.....	32

LISTA DE QUADROS

- Quadro 1:** Desenho de operações para o “nó crítico” “Inadequados hábitos e estilo de vida” do problema: Alta prevalência de Hipertensão Arterial, na população sob-responsabilidade da UBSF Camargo, em Ituiutaba/MG, 2015.....35
- Quadro 2:** Desenho de operações para o “nó crítico” “Educação insuficiente sobre a Hipertensão Arterial” do problema: Alta prevalência de Hipertensão Arterial, na população sob-responsabilidade da UBSF Camargo, em Ituiutaba/MG, 2015.....35
- Quadro 3:** Desenho de operações para o “nó crítico” “Inadequada estruturação dos serviços de saúde” do problema: Alta prevalência de Hipertensão Arterial, na população sob-responsabilidade da UBSF Camargo em Ituiutaba/MG, 2015.....37
- Quadro 4:** Desenho de operações para o “nó crítico” “Processo de trabalho da Equipe de Saúde da Família inadequado”, do problema: Alta prevalência de Hipertensão Arterial, na população sob responsabilidade da UBSF Camargo, em Ituiutaba/MG, 2015.....38
- Quadro 5:** Desenho de operações para o nó crítico “Saber + Saúde”. UBSF Camargo, em Ituiutaba/MG, 2015.....39
- Quadro 6:** Desenho de operações para o nó crítico “Saber +”. UBSF Camargo, em Ituiutaba/MG, 2015.....40
- Quadro 7:** Desenho de operações para o nó crítico “Cuidar Melhor”. UBSF Camargo, em Ituiutaba/MG, 201541
- Quadro 8:** Desenho de operações para o crítico “Linha de Cuidado”. UBSF Camargo, em Ituiutaba/MG, 2015.....42

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	14
1.1 Identificação do município.....	14
1.2 Histórico de criação do município.....	14
1.3 Descrição do município.....	14
1.3.1 Município de Ituiutaba.....	14
1.3.2 Aspectos socioeconômicos.....	15
1.3.3 Aspectos demográficos.....	15
1.4 Sistema local de saúde.....	16
1.5 Morbidade e mortalidade.....	19
1.6 Recursos da comunidade.....	20
1.7 Unidade básica de saúde de família de Camargo.....	20
1.7.1 Recursos humanos.....	20
1.7.2 Recursos materiais.....	21
1.7.3 Caracterização dos atendimentos da unidade de saúde.....	21
2 JUSTIFICATIVA.....	24
3 OBJETIVO.....	26
4 METODOLOGIA	27
5 REVISÃO DA LITERATURA	29
6 PLANO DE INTERVENÇÃO	34

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS43

REFERÊNCIAS.....44

1 INTRODUÇÃO

1.1 Identificação do município

A cidade de Ituiutaba localiza-se na porção oeste do estado de Minas Gerais, na mesorregião do triângulo Mineiro/Alto Paranaíba. É considerada a maior cidade do Pontal do Triângulo Mineiro, em número de habitantes. Seus municípios limítrofes são Gurinhatã, Ipiacú, Capinópolis, Canápolis, Santa Vitoria, Monte Alegre de Minas, Prata, Campina Verde e o estado de Goiás (BRASIL, 2014).

1.2 Histórico de criação do município

As comunidades que hoje constituem o município de Ituiutaba eram, primitivamente, habitadas por ameríndios do grupo Gê, os caiapós. Posteriormente o processo de povamento da região do Triângulo Mineiro começou em meados do século XIX, como consequência da queda da produção nas minas de ouro, o que fez com que os habitantes das Gerais se dedicassem à agricultura e à pecuária e chegassem a essa região devido à necessidade de grandes extensões de terras. As primeiras famílias que povoaram a região do Rio Tijuco foram as de Joaquim Antônio de Moraes e José da Silva Ramos, posteriormente alcançando o desenvolvimento da cidade (BRASIL, 2014).

1.3 Descrição do município

1.3.1 Município de Ituiutaba

O município de Ituitaba possui uma extensão territorial de 2598,046 km², sendo 2587 km² de área urbana, e tem uma densidade populacional de 37,40 hab./km² (BRASIL, 2014). A distância até a capital Belo Horizonte é de 685 km. Possui uma altitude de 605 m e apresenta um clima do tipo Tropical de Altitude, com temperatura variando com mínima de 22°C e máxima 33°C, apresentando grandes precipitações de chuva nos meses de outubro a março. O restante do ano é caracterizado pela seca (BRASIL, 2014).

1.3.2 Aspectos socioeconômicos

O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) alcançado em 2010 foi de 0,739, ocupando a 36ª posição no ranking dos municípios mineiros, onde a capital Belo Horizonte apresentou um IDHM de 0,810, com municípios variando de 0,529 (São João das Missões) a 0,813 (Nova Lima) (BRASIL, 2014).

O município é predominantemente urbano, com uma taxa de urbanização de 95,80%, em 2010. Neste mesmo período a Renda Média Familiar ficou em torno de R\$ 2002,16 e a renda per capita foi de R\$ 1491,91 (BRASIL, 2014).

A cobertura de abastecimento de água canalizada em rede geral de distribuição foi de 93,9%; de saneamento por rede geral de esgoto ou pluvial foi de 93,1% e de coleta pública do lixo foi de 99,3% (BRASIL, 2014).

Entre as principais atividades econômicas de Ituiutaba, destaca-se o grande potencial produtivo na agropecuária (agricultura da soja e milho, cana de açúcar, mandioca, arroz e sorgo, pecuária de corte e leite) e na prestação de serviços (comércio variado, advocacia, assessoria e consultoria de informática, etc.). A produção de cana-de-açúcar detém o maior expoente produtivo, acompanhado pelo milho e pela soja (BRASIL, 2014).

No município, há 24329 pessoas com vínculo empregatício, sendo os principais postos de trabalho a agropecuária, o comércio, a construção civil, a indústria e os serviços (BRASIL, 2013).

1.3.3 Aspectos demográficos

Segundo estimativas, em 2014, sua população era de 103.333 habitantes, com um número aproximado de domicílios e famílias de 32.360 (BRASIL, 2016). A taxa total de urbanização foi de 95,8%, em 2010 (Tabela 1), sendo a taxa de urbanização entre as mulheres de 48,9% e de homens de 46,9%% (BRASIL, 2014).

Tabela 1: População urbana e rural estimada do município de Ituiutaba/MG, 2010.

Área	<1	1-4	5-9	10-14	15-19	20-25	25-39	40-59	60 e +	Total
Urbana	1128	5343	5805	7079	7724	8111	21790	23325	15730	93125
Rural	46	177	254	351	248	173	842	1272	736	4050
Total	1174	4720	6.059	7430	7972	8.284	22.632	24.597	16466	97171

Fonte: IBGE - Censo Demográfico 2010.

Com relação ao sexo, em 2010, havia uma pequena predominância de mulheres, 49.309 (50,7%) e os homens totalizavam 47.862 (49,3%) habitantes (BRASIL, 2014).

Tabela 2: População por sexo estimada do município de Ituiutaba/MG, 2010

Sexo	<1	1-4	5-9	10-14	15-19	20-25	25-39	40-59	60 +	Total
Home m	607	2411	3172	3786	4010	4211	1034 3	1172 9	7593	47862
Mulher	565	2309	2887	3644	3962	4073	1133 7	1286 8	7664	49309
Total	1172	4720	6059	7430	7972	8284	2263 2	2459 7	16466	97171

Fonte: IBGE: Censo Demográfico 2010.

A taxa de analfabetismo neste mesmo ano foi de 8,3% e a Incidência da pobreza em Ituiutaba foi de 29,1 %, sendo de 19,7% a proporção de moradores abaixo da linha da pobreza, ficando 38,5% no seu limite superior (BRASIL, 2014).

1.4 Sistema local de saúde

Ituiutaba possui Conselho Municipal de Saúde, composto por 20 Membros, sendo 16 usuários, 2 profissionais de saúde e 2 representantes do governo municipal. As reuniões acontecem mensalmente de forma ordinária e

extraordinariamente quando necessário, ou quando solicitado pela maioria dos membros (BRASIL, 2014).

No ano 2014, o governo federal do Brasil destinou ao MS o orçamento de 106 bilhões de reais, com um aumento de 5% em relação ao ano 2013. O Fundo Nacional de Saúde (FNS) é o gestor financeiro, na esfera federal, dos recursos do SUS. Além de atender às despesas do ministério e de seus órgãos e entidades da administração indireta, os recursos geridos pelo FNS são transferidos mensalmente aos estados e municípios para o custeio e investimento na área da saúde (BRASIL, 2014).

Todos os repasses financeiros realizados pelo MS levam em consideração fatores como a adesão aos programas federais. Além disso, são utilizados critérios populacionais e epidemiológicos, considerando as características de doenças transmissíveis ou crônicas existentes em cada região.

Ituiutaba recebeu no ano de 2014 um total líquido de R\$ 22.889.758,76, distribuídos para os diferentes blocos (Tabela 3) (BRASIL, 2014).

Tabela 3 - Total de repasses por bloco para o Fundo Municipal de Saúde de Ituiutaba/MG , ano 2014.

Bloco	Valor Total	Valor Desconto	Valor Líquido
Assistência Farmacêutica.	R\$ 618.743,88	R\$ 0,00	R\$ 618.743,88
Atenção Básica.	R\$ 4.604.862,68	R\$ 0,00	R\$ 4.604.862,68
Investimento.	R\$ 276.000,00	R\$ 0,00	R\$ 276.000,00
Média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar.	R\$ 17.701.642,71	R\$ 1.060.737,05	R\$ 16.640.905,66
Vigilância em Saúde.	R\$ 749.246,54	R\$ 0,00	R\$ 749.246,54
Total Geral.	R\$ 23.950.495,81	R\$ 1.060.737,05	R\$ 22.889.758,76

Fonte: Fundo Nacional de Saúde - Ministério de Saúde - Gov. Federal.

Na atenção básica, estes recursos foram investidos em diversas ações como:

- Programas de requalificação de UBS.
- Agentes Comunitários de Saúde (ACS).
- Incentivo adicional ao programa de agentes de saúde.
- Núcleos de apoio a saúde da família (NASF).
- Programa saúde na escola.
- Saúde bucal.
- Saúde da família.
- Programa de qualificação das ações de vigilância em saúde.
- Ações estruturantes de vigilância em saúde.
- Programa de assistência farmacêutica básica.
- Programa de requalificação de Unidade Básica de Saúde (UBS – Construção).

O número de estabelecimentos de saúde em Ituiutaba/MG até maio de 2015 era de 149 unidades. A tabela 4 mostra a distribuição destes estabelecimentos segundo seu tipo e área administrativa.

Tabela 4 - Número de estabelecimentos de saúde segundo a esfera administrativa registrada , Ituiutaba/ MG, maio de 2015.

Tipo de Estabelecimento	Estadual	Municipal	Privada	Total
Centro de atenção hemoterapia e/ou hematológica.	1	-	-	1
Centro de atenção psicossocial-CAPS.	-	1	-	1
Centro de saúde/unidade básica de saúde.	-	11	-	11
Clínica especializada/ambulatório especializado.	-	-	23	23
Consultório.	-	3	89	92
Hospital especializado.	-	-	2	2
Hospital geral.	-	-	3	3
Policlínica.	-	1	-	1
Posto de saúde.	-	2	-	2
Pronto socorro geral.	-	1	-	1
Secretaria de saúde.	1	1	-	2

Unidade de serviço de apoio de diagnóstico e terapia.	-	-	9	9
Unidade móvel terrestre.	-	1	-	1
Total.	2	21	126	149

Fonte: Ministério da Saúde - Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil – CNES.

Existe um sistema de referência dos casos da atenção básica quando necessários, fazendo uso de ambulâncias para transporte dos pacientes. Entretanto, não se verifica, na prática, a contra referência depois que os mesmos são avaliados nos hospitais, o que dificulta muito nosso desempenho para efetivação do vínculo e longitudinalidade.

Na atenção básica, o Programa de Saúde da Família (PSF) está implantado no município desde 1997 e até o ano de 2014 a cobertura era de 37,2%. Segundo o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES, até maio de 2015 o município contava com 11 UBS, dois Postos de Saúde, um Centro de Atenção Psicossocial-CAPS e um Unidade Móvel Terrestre.

O município tem 11 estabelecimentos de Saúde do SUS que atendem um 79,45% da população, aproximadamente 82 mil pessoas.

Número de Equipes:

- Saúde da Família (SF): 11 Equipes da Saúde.
- Saúde Bucal: Duas equipes implantadas, sendo duas da modalidade I e uma na modalidade II, sendo esta última alocada na Equipe Saúde da Família (ESF), correspondendo a uma cobertura de 6,8%.
 - NASF: Um do tipo I, composto por Nutricionista, Assistente Social, Fisioterapeuta, Ginecologista, Psicóloga.
 - Não possuiu um Centro de Especialidades Odontológicas (CEO).

1.5 Morbidade e mortalidade

A população desta área de abrangência conserva hábitos e costumes próprios da população brasileira, sendo que a maior parte mora em na zona urbana, em casas com boa construção, trabalham no município ou nas periferias, o sustento

básico familiar é o salário de 1500 reais, obtido pelo trabalho nas esferas econômicas do município, principalmente agropecuária e comércios. A principal causa de morte são as doenças cérebro vasculares.

1.6 Recursos da comunidade

Ituiutaba, de acordo com Censo de 2010, possuía 36 escolas de Ensino Fundamental, com 11.640 matrículas; 11 escolas de Ensino Médio, com 4.056 matrículas e 33 Pré-escolas, com 2.049 matrículas (BRASIL , 2014).

Possui, ainda, 21 Igrejas, dez bancos e duas casas lotéricas. Conta com dois correios no centro da cidade e empresas de telefonia celular e fixa.

Cerca de 77.202 (79,4%) da população do município é completamente dependente do SUS. Para prestar o atendimento o município conta com 11 PSF.

1.7 Unidade básica de saúde da família de Camargo

A Unidade de Saúde da Família (USF) tem sede nas medições do centro da cidade de Ituiutaba e atende cinco bairros: Junqueira, Jardim do Rosário, Camargo, Bunitis, Portal dos Ipês com uma população de 4069 pessoas no território que abarca, com um total de 1090 domicílios e famílias cadastradas. Tem área adequada e um bom espaço físico. O horário de funcionamento da USF Camargo é de oito horas diárias, em dois períodos: das 07:00 às 11:00 horas e das 13:00 às 17:00 horas.

1.7.1 Recursos humanos

A equipe é composta por uma médica que integra o Programa “Mais Médicos” do governo Federal, de nacionalidade cubana e formação na Universidade de Ciências Médicas Serafim de Zera te, uma enfermeira, duas técnicas de enfermagem, seis ACS (Agentes Comunitários de Saúde), duas auxiliares de serviços gerais e uma recepcionista. Todos os funcionários trabalham 40 horas semanais, em período integral.

1.7.2 Recursos materiais

O PSF Camargo possui:

Área física: uma recepção onde os pacientes esperam o atendimento médico, banheiros para usuários e funcionários de cada sexo, sala de pré consulta, expurgo, consultório Médico, consultório de enfermagem, sala de curativo, sala de vacina, sala de reunião, copa e depósito de material de limpeza.

Materiais:

- Quatro Birô, um esfigmomanômetro, duas balanças adultas, uma balança infantil, um negatoscópio, um glicômetro, zero biombo, duas macas, uma cama ginecológica, um foco, um armário vitrine, dois arquivos, duas escadas de dois graus, um detector fetal, um antropômetro adulto e um antropômetro infantil.

1.7.3 Caracterização dos atendimentos da unidade de saúde :

Na UBSF Camargo tem 735 hipertensos cadastrados, são acompanhados, na unidade, 695, perfazendo 94,7%. Os pacientes não acompanhados são, em sua maioria, idosos que já algum tempo realizam suas consultas diretamente com especialistas (endocrinologistas e cardiologistas), com os quais já criaram algum vínculo não mais retornando à unidade e o restante realiza acompanhamento na rede particular.

Em nossa Unidade de Saúde Camargo, após fazer uma análise e discussão com a Equipe de Saúde e de realizar um levantamento sobre a situação de saúde da área de abrangência, identificou-se uma série de problemas descritos abaixo em ordem de prioridade:

Primeiro Passo: Identificação dos problemas.

Após fazer uma análise a respeito da população da área de abrangência do PSF Camargo com toda nossa equipe da saúde e alguns líderes comunitários foram levantados os principais problemas que atingem as famílias:

- 1- Alta incidência de hipertensão arterial (18,9%).

2 - Baixo nível de cultura higiênica alimentar.

3 - Baixa quantidade de coleta de Papanicolaou para a prevenção de câncer do colo de útero.

4 - Alto índice de tabagismo, o consumo de álcool e estupefacientes.

5 - Falta de estrutura de área adequada para atividades recreativas.

Após identificação dos problemas, procedeu-se à seleção e priorização dos que serão enfrentados. Para isso, consideramos os seguintes critérios: importância do problema, urgência, e a própria capacidade para enfrentá-los ou resolvê-los. O quadro abaixo sintetiza as discussões, estabelecendo a ordem de prioridade de acordo com os critérios atribuídos.

Tabela 5 - Priorização dos Problemas identificados na área da Unidade Básica de Saúde da Família Camargo, Ituiutaba/MG, 2015.

Planilha de Priorização de Problema da Equipe.

Principais Problemas	Importância	Urgência	Capacidade de enfrentamento	Seleção
Alta incidência de hipertensão arterial.	Alta.	7	Parcial.	1
Baixo nível de cultura higiênica alimentar.	Alta.	5	Parcial.	2
Alto índice de tabagismo, o consumo de álcool e estupefacientes.	Alta.	5	Parcial.	2
Falta da estrutura de atividade física.	Alta.	4	Fora.	3

Considerando que mais de 735 pacientes da população com Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) acompanhada na unidade está descompensada e constitui

uma das causas mais freqüentes de assistência a consulta médica, a equipe definiu este problema como prioritário para atuação.

Depois desta análise identificamos como "nós críticos" do problema:

- Educação insuficiente sobre a Hipertensão Arterial.
- Abandono de tratamento.
- Maus hábitos alimentares.
- Obesidade.
- Tabagismo.
- Sedentarismo.
- Consumo elevado de bebidas alcoólicas.
- Processo de trabalho da ESF inadequado para enfrentar o problema.

2 JUSTIFICATIVA

Este trabalho se justifica pela elevada prevalência de hipertensão arterial da população na comunidade com níveis pressóricos não controlados e pelo risco cardiovascular aumentado para suas complicações como insuficiência cardíaca congestiva, doenças cerebrovasculares, infarto agudo do miocárdio, nefropatia hipertensiva, insuficiência vascular periférica e retinopatia hipertensiva. A HAS tem alta prevalência e baixas taxas de controle, predominando em idosos sendo um fator determinante de morbidade além de levar a complicações funcionais e incapacitantes ou mesmo a morte. Considerada um importante problema de saúde pública, que muitas vezes é fator de risco ou agrava doenças cardiovasculares (DCV) (ZAITUNE, 2006).

A mortalidade por Doença cardiovascular (DCV) aumenta progressivamente com a elevação da PA a partir de 115/75 mmHg de forma linear, contínua e independente. Dentre as complicações mais importantes, estão as DCV. As DCV estão classificadas no Capítulo IX da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10) e são a principal causa de morte mundial, inclusive no Brasil, sendo que os números de indivíduos acometidos vêm aumentando progressivamente ao longo dos anos. O número de mortes no mundo devidas às DCV foi de 17,3 milhões em 2008. No Brasil, correspondeu a 28,6% das mortes, segundo dados do Ministério da Saúde (MS), totalizando 335.213 óbitos em 2011. Do total de mortes causadas por DCV no país, as principais são Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) e Acidente Vascular Encefálico (AVE) (DATASUS, 2013; PORTAL BRASIL, 2011; WHO, 2011).

Inquéritos populacionais em cidades brasileiras nos últimos 20 anos apontaram uma prevalência de HAS acima de 30%. Considerando-se valores de PA $\geq 140/90$ mmHg, 22 estudos encontraram prevalências entre 22,3% e 43,9% (média de 32,5%), com mais de 50% entre 60 e 69 anos e 75% acima de 70 anos (VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão, 2010).

Um fator agravante para o controle da HAS reside no fato da mesma poder se apresentar de forma assintomática, o que nos leva a intensificar sua detecção e investigação sistemática. A população adstrita à PSF Camargo apresenta muitos fatores de risco relacionados ao aparecimento da HAS como o excesso de peso, hábitos alimentares não saudáveis, o uso excessivo de álcool, o tabagismo e o

sedentarismo. Como consequência espera-se uma maior ocorrência de complicações, como AVE, IAM e doenças renais.

Neste contexto, justifica-se esta proposta de uma intervenção para melhorar a adesão ao tratamento e controle da hipertensão arterial na PSF Camargo, frente a alta incidência e prevalência de pacientes com HAS em nossa área, encontrando-se em sua maioria sem controle, expostos a inúmeros fatores de risco, doenças associadas e complicações.

A equipe participou da análise dos problemas levantados e considerou que no nível local temos recursos humanos e materiais para fazer um Plano de Intervenção, portanto a proposta é viável.

3 OBJETIVO

Elaborar um Plano de Intervenção para a assistência aos pacientes portadores de hipertensão arterial sistêmica e suas complicações na área adstrita do PSF Camargo, Ituiutaba/MG.

4 METODOLOGIA

Para realização deste trabalho optou-se pela revisão narrativa da literatura e a busca de informações e dados disponíveis em publicações de origem nacional ou internacional, sobre o tema a partir do descritor HAS (MORESI, 2003. p29).

Para o desenvolvimento do Plano de Intervenção utilizou-se 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 narrativa da literatura sobre o tema, por meio da qual, após processados os problemas identificados no diagnóstico situacional da área de abrangência da equipe Camargo, do município Ituiutaba, foi elaborado um plano de ação para intervenção sobre o problema identificado como prioritário.

A busca bibliográfica foi desenvolvida na Biblioteca Virtual de Saúde (BVS - BIREME) na base de dados eletrônica Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e do *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), Google acadêmico e site do MS/SIAB, de 2010.

Essa busca procedeu-se nos meses de março até maio do ano 2015. A delimitação temporal de publicação dos artigos foi de 2002 a 2012. Os critérios de inclusão foram: disponibilidade do texto completo em suporte eletrônico, de publicações nacionais.

Foram utilizados na busca dos artigos científicos os seguintes descritores: hipertensão Arterial Sistêmica, Atenção Primária a Saúde, prevenção primária e doenças cardiovasculares.

Foi desenhado um programa educativo com temas relacionados com fatores de risco da doença e suas complicações com a finalidade de reforçar os conhecimentos dos pacientes relacionados ao tema da HAS para garantir a compreensão naqueles pacientes com baixo nível educacional.

No primeiro momento, realizou-se levantamento de dados no formulário de atendimento de enfermagem dos 735 pacientes cadastrados no ambulatório, durante período de seis meses, identificando-se o percentual de assiduidade às consultas, o tratamento medicamentoso e não medicamentoso. No total, foram selecionados 374 pacientes que, nas três últimas consultas, apresentaram média de PA igual ou superior a 140/90 mmHg, e média da PA acima de 130/80mmHg durante a Monitoração Ambulatorial da Pressão Arterial (MAPA) de 24 horas. Os valores foram

estabelecidos pelas V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial e IV Diretrizes para o uso da Monitorização Ambulatorial da Pressão Arterial (IV Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial, V 95. 2010, p. 1-51).

Realizou-se um estudo com todos os pacientes maiores de 15 anos onde os Agentes de Saúde eram responsáveis de conduzir os pacientes com vontade de ser estudado e que tiveram sintomas para a realização do exame; as técnicas de enfermagem capacitadas foram responsáveis por todos os exames realizados e responsáveis pelas palestras educativas em acolhimento de pacientes na sala do Posto de Saúde, anotando o nome dos casos positivos; o médico foi responsável pelo exame, receituário médico para a prescrição da medicação aos casos positivos, acompanhar a medicação dada e a reavaliação dos casos.

Foi realizada uma busca ativa aos comunicantes, onde foram examinados e os casos positivos adequadamente tratados.

A HAS foi diagnosticada e classificada de acordo com os critérios da Organização Mundial da Saúde (OMS) para detecção epidemiológica da doença e das VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial (2010).

5 REVISÃO DA LITERATURA

A HAS é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de Pressão Arterial (PA). Associa-se freqüentemente a alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo (coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos) e a alterações metabólicas, com consequente aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais (VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial, 2010, p.7).

Hipertenso é todo indivíduo adulto, maior de 18 anos, cuja pressão arterial sistólica atinge valores iguais ou superiores a 140 mmHg, e/ou pressão arterial diastólica seja igual ou maior que 90 mmHg, em duas ou mais ocasiões, na ausência de medicação anti-hipertensiva. Porém, a elevação da pressão arterial a partir de 115/75 mmHg representa uma variável linear, contínua e independente que se associa positivamente com o risco cardiovascular (VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial, 2010).

Como a hipertensão arterial passa a maior parte do seu curso assintomática, vem sendo negligenciado o diagnóstico e tratamento, o que faz a baixa adesão, por parte do paciente, ao tratamento prescrito. Estes são os principais fatores que predispõem um controle muito baixo da HAS aos níveis considerados normais em todo o mundo, devido a recusas pelos próprios pacientes que não aceitam a doença como crônica (BRASIL, 2006).

A HAS encontra-se entre as doenças crônicas não transmissíveis mais prevalentes entre as pessoas, com uma prevalência de um bilhão de hipertensos no mundo e responsável por aproximadamente 7,6 milhões de mortes ao ano. No entanto, aproximadamente 40% dos pacientes hipertensos encontram-se sem tratamento anti-hipertensivo e dois terços dos tratados não atingem as metas de controle da PA < 140/90 mmHg (VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão 2010; VITOR et al., 2011).

Estudos de prevalência da hipertensão no Brasil, entre 1970 e início dos anos 90, revelam valores de prevalência entre 7,2 e 40,3% na Região Nordeste, 5,04 a 37,9% na Região Sudeste, 1,28 a 27,1% na Região Sul e 6,3 a 16,7% na Região Centro-Oeste (PASSOS; ASSIS; BARRETO, 2006; SOUZA, 2007).

Em estudo de base populacional urbana de prevalência de hipertensão arterial em adultos e os fatores associados, realizado em Pelotas, Rio Grande do

Sul, encontrou uma prevalência de hipertensão arterial, em uma amostra de 1.968 indivíduos, de 23,6% (IC95% 21,6 a 25,3) (COSTA et al., 2007).

Outro estudo, que objetivou estimar a prevalência de HAS e identificar variáveis socioeconômicas, demográficas e antropométricas associadas, em 287 indivíduos residentes em área adstrita de PSF, em Formiga, MG, encontrou prevalências totais de HAS em cada sexo de 33,6% no masculino e de 35,1% no feminino e salientou a impotência de programas de intervenção que promovam a prática de atividades físicas, considerando a adesão ao tratamento medicamentoso e atentando para os hipertensos que desconhecem sua condição (CASTRO; MONCAU; MARCOPITO; 2007).

Estudo realizado por Ulbrich et al. (2011), estima que a partir dos 40 anos de idade há um aumento na prevalência de indivíduos com pressão arterial elevada para ambos os sexos, principalmente entre os considerados com sobrepeso e obesidade. Estudo similar a este encontrou prevalência geral de excesso de peso de aproximadamente 46% (30,0% sexo feminino e 56,0% masculino e a hipertensão arterial foi diretamente associada à idade em ambos os sexos ($\geq 40 < 50$ 38,6% F e 65,8% M; ≥ 50 54,3% F e 63,7% M) (SARNO; BANDONI; JAIME, 2008).

Sendo a Hipertensão Arterial uma doença crônica multifatorial é importante conhecer os fatores de risco modificáveis e não modificáveis, a saber: (MACHADO; PIRES; LOBÃO, 2012).

Fatores de risco não modificáveis: etnia, idade e sexo e predisposição genética.

Raça ou etnia: a literatura sugere maior disposição dos negros a sofrer de hipertensão, além disso, parece mostrar que a sua incidência tem um prognóstico pior nessa população (CASTRO; MONCAU; MARCOPITO, 2007).

A maior ou menor presença de doença cardiovascular em diferentes grupos étnicos é em grande parte devido à prevalência diferente da doença genética. Além disso, o impacto diferenciado dessas patologias entre as raças é também uma consequência de hábitos alimentares e o desempenho de outros fatores de risco (CASTRO; MONCAU; MARCOPITO, 2007).

A raça não é um fator modificável, mas sempre pode agir sobre outros elementos que nos ajudarão a reduzir a probabilidade de doença cardiovascular. Em alguns casos, é difícil distinguir se o maior impacto da doença cardíaca, em determinada raça é devida à genética ou fatores ambientais ou socioculturais.

Idade: com a idade aumenta os níveis de pressão arterial significativamente. Em pacientes com mais de 65 anos, a prevalência de hipertensão arterial é muito mais frequente que em pessoas tem menor idade. Além disso, e a hipertensão sistólica isolada é mais comum por causa da rigidez das artérias pela idade. Este é um fator não modificável (CASTRO; MONCAU; MARCOPITO, 2007).

Sexo: a relação entre o sexo e a hipertensão podem ser modificados pela idade onde as mulheres acima de 60 anos exibem níveis de pressão semelhantes aos homens, embora antes dos 40 anos estejam mais protegidos do que os homens contra doenças coronárias, onde tem importância o efeito protetor de estrogênios, o menor consumo de tabaco do que os homens e a diminuição da resistência total periférica (CASTRO; MONCAU; MARCOPITO, 2007).

Predisposição genética: a hereditariedade ou o fator genético é um forte indicador do desenvolvimento da hipertensão; por isso, os indivíduos com casos da doença na família devem estar atentos para monitorar o possível desenvolvimento da patologia (CASTRO; MONCAU; MARCOPITO, 2007).

Fatores de risco modificáveis:

- Fatores socioeconômicos.
- Ingestão de sal.
- Excesso de peso e obesidade.
- Ingestão de álcool.
- Sedentarismo.
- Tabagismo.

No controle da hipertensão arterial, em nossa prática profissional, percebemos a influência sobre o perfil socioeconômico representado por baixa renda e escolaridade, mostrando que as pessoas com condições socioeconômicas desfavorecidas têm níveis mais elevados de pressão. Neste sentido as baixas rendas e escolaridade são significativamente relacionadas a fatores para a pressão arterial de alto risco Assim, status socioeconômico tem relação inversa com os níveis de pressão e taxas de hipertensão, mostrando que o mais baixo nível dos salários, emprego e educação, os níveis de pressão mais elevados (MACHADO; PIRES; LOBÃO, 2012).

Ingestão de sal: O sal contém em sua composição o sódio que é um potente estimulante cardíaco e, além disso, exerce atividades hipertensivas nos vasos sanguíneos periféricos (BRASIL, 2013).

Ingestão de álcool: O alcoolismo está relacionado à hipertensão devido ao aumento da pressão arterial em 2 mmHg a cada 30ml de álcool etílico ingerido.

Tabagismo: A nicotina presente no cigarro provoca o aumento do trabalho cardíaco, a disfunção do endotélio capilar, a liberação de catecolaminas e a hiperreatividade vascular, aumentando, conseqüentemente, a pressão arterial (BRASIL, 2013).

Excesso de peso e obesidade: é um fator de risco para a ocorrência de eventos cardiovasculares, especialmente doença coronariana, insuficiência cardíaca e acidente vascular cerebral, complicações muito associadas à hipertensão arterial. A obesidade, especialmente do tipo abdominal ou visceral se associa com outros fatores que contribuem para um maior risco cardiovascular, promovendo um risco aumentado de doença aterosclerótica (PICCINI et al, 2012).

Tabela 6 - Classificação da pressão arterial de acordo com a medida casual no consultório.

Classificação	Pressão Sistólica (mmhg)	Pressão Diastólica (mmhg)
Ótima	<120	<80
Normal	<130	<85
Pré-hipertensão	130-139	85-59
Hipertensão estágio 1	140-159	90-99
Hipertensão estágio 2	160-179	100-109
Hipertensão estágio 3	≥ 180	≥ 110
Hipertensão estágio Insolada	≥ 140	< 90

Fonte: VI DBH (2010).

Diante da sua baixa taxa de controle, a hipertensão é reconhecida como um grave problema de saúde no país. Isto se deve à grande parcela de indivíduos hipertensos não diagnosticados ou não tratados adequadamente. Em face da situação, reforça-se a importância da verificação da PA como uma prática a ser adotada pelos profissionais de saúde em toda avaliação clínica. Deve ser feita de forma adequada com o preparo do usuário, a adoção da técnica padronizada e equipamento calibrado (BRASIL, 2013). Além disso, propostas intervencionistas

devem ser adotadas aliando tratamentos farmacológicos, não farmacológicos e apoio da equipe multiprofissional ao paciente hipertenso para adequado controle da doença.

Neste sentido, é que apresenta-se o plano de intervenção para pacientes hipertensos da área adstrita do PSF Camargo, em Ituitaba/MG.

6 PLANO DE INTERVENÇÃO

O plano de ação é composto de operações desenhadas para enfrentar e impactar as causas mais importantes (ou os “nós críticos”) do problema selecionado. As operações são conjuntos de ações que devem ser desenvolvidas durante a execução do plano. A seguir, nos quadros detalha-se o desenho de operações para cada um dos “nós críticos” identificados.

Quadro 1 - Desenho de operações para o “nó crítico” “Inadequados hábitos e estilo de vida” do problema: Alta prevalência de Hipertensão Arterial, na população sob-responsabilidade da UBSF Camargo, em Ituiutaba/MG, 2015.

Nó crítico 1	Inadequados hábitos e estilo de vida.
Operação/Projeto	+Saúde → Modificar hábitos e estilos de vida.
Resultados Esper.	Diminuir em 20% o número de tabagistas e obesos.
Produtos esperados	Programa de caminhadas. Programa educativo na rádio local. Capacitação dos ACS.
Recursos necessários	Organizacionais: para organizar as caminhadas e as palestras de educação em saúde. Cognitivo: informação sobre o tema e estratégias de comunicação. Político: conseguir local, mobilização social, articulação Inter setorial com a rede. Financeiros: para recursos audiovisuais, folhetos educativos, etc.
Recursos críticos	Político: decisão de aumentar os recursos para estruturar o serviço. Financeiro: recursos necessários para a estruturação do serviço (custeio e equipamentos).
Controle dos recursos críticos / Viabilidade	Ator que controla: Setor de comunicação social; Secretaria de Educação; Secretário de Saúde. Motivação: Favorável; Favorável; favorável. Ações estratégicas de motivação: Não é necessária.

Atores Sociais/ Responsáveis:	Equipe Básica de Saúde.
Cronograma / Prazo	Três meses para o início das atividades.

Quadro 2 - Desenho de operações para o “nó crítico” “Educação insuficiente sobre a Hipertensão Arterial” do problema: Alta prevalência de Hipertensão Arterial, na população sob-responsabilidade da UBSF Camargo, em Ituiutaba/MG, 2015.

Nó crítico 2	Educação insuficiente sobre a Hipertensão Arterial.
Operação/Projeto	Saber +→ Aumentar o nível de conhecimento da população sobre Hipertensão Arterial.
Resultados esperados	População com mais conhecimento sobre Hipertensão Arterial.
Produtos esperados	1. Avaliação do nível de conhecimento da população sobre Hipertensão Arterial. 2. Programa educativo na rádio local. 3. Programa de Saúde Escolar. 4. Capacitação dos ACS.
Recursos necessários	Cognitivo: conhecimento sobre o tema e sobre estratégias de comunicação e pedagógicas. Organizacional: organização da agenda. Político: articulação Inter setorial (parceria com o setor educação) e mobilização social.
Recursos críticos	Político: articulação Inter setorial. Financeiro: para aquisição de recursos audiovisuais, folhetos educativos, etc.
Controle dos recursos críticos / Viabilidade	Ator que controla: Setor de comunicação social; Secretaria de Educação; Secretário de Saúde. Motivação: Favorável; favorável; favorável. Ações estratégicas de motivação: Não é necessária.
Atores Sociais/	1 e 2 -. Equipe Básica de Saúde.

Responsáveis:	3 e 4 – Enfermeira.
Cronograma / Prazo	1. - Início em quatro meses e término em seis meses; 2 e 3.- Avaliações a cada semestre.; 4.- Início em dois meses e término em 3 meses.

Quadro3 - Desenho de operações para o “no crítico” “Inadequada estruturação dos serviços de saúde” do problema: UBSF Camargo, em Ituiutaba/MG, 2015.

Nó crítico 3	Inadequada estruturação dos serviços de saúde
Operação/Projeto	Cuidar Melhor Melhorar a estrutura do serviço para o atendimento de pacientes com HAS.
Resultados esperados	Garantia de Medicamentos e exames previstos nos protocolos para 80% dos Hipertensos.
Produtos esperados	Capacitação de pessoal. Contratação de compra de exames e consultas especializadas. Compra de medicamentos.
Recursos necesarios	Políticos: decisão de recursos para estruturar o serviço. Financeiros: aumento de oferta de exames. Cognitivo: elaboração adequada.
Recursos críticos	Político: decisão de aumentar os recursos para estruturar o serviço. Financeiro: recursos necessários para a estruturação do serviço (custeio e equipamentos).
Controle dos recursos críticos / Viabilidade	Ator que controla: Prefeito Municipal; Secretário de Saúde. Secretário Municipal de Saúde; Fundo Nacional de Saúde. Motivação: Favorável; Favorável; Indiferente. Ações estratégicas de motivação: Apresentar projeto de estruturação da rede.
Atores Sociais/ Responsáveis:	Secretaria de Saúde Municipal.
Cronograma / Prazo	Quatro meses para Apresentação do projeto e oito meses para Aprovação e liberação dos recursos. Quatro Meses para compra dos equipamentos. Início em quatro meses. Finalização em oito meses.

Quadro 4 - Desenho de operações para o “nó crítico” “Processo de trabalho da Equipe de Saúde da Família inadequado” UBSF Camargo, em Ituiutaba/MG, 2015.

Nó crítico 4	Processo de trabalho da Equipe de Saúde da Família inadequado
Operação/Projeto	<u>Linha de Cuidado</u> Implantar a linha de cuidado segundo protocolo para atenção aos pacientes Hipertensos.
Resultados esperados	Cobertura de 80% da população acima dos 15 anos.
Produtos esperados	1.Linha de cuidado para atenção à Hipertensos. 2.Protocolos implantados. 3.Recursos humanos capacitados. 4.Regulação implantada. 5.Gestão da linha de cuidado.
Recursos necesarios	<u>Cognitivo:</u> elaboração de projeto da linha de cuidado e de protocolos. <u>Político:</u> Articulação entre os setores da saúde e adesão dos profissionais. <u>Organizacional:</u> adequação de fluxos.
Recursos críticos	<u>Político:</u> articulação entre os setores da saúde e adesão dos profissionais.
Controle dos recursos críticos / Viabilidade	<u>Ator que controla:</u> Secretário Municipal de Saúde <u>Motivação:</u> Favorável. <u>Ações estratégicas de motivação:</u> Não é necessário.
Atores Sociais/ Responsáveis:	1. Enfermeira; 2, 3 , 4 e 5. Coordenação da ABS.
Cronograma / Prazo	Início em 03 meses finalização em 12 meses.

Quadro 5 - Desenho de operações para o crítico “Saber + Saúde”. UBSF Camargo, em Ituiutaba/MG, 2015.

Planilha de acompanhamento das operações/projeto					
Operação ‘Saber + Saúde’					
Coordenação: – Avaliação após seis meses do início do projeto.					
Produtos	Responsável.	Prazo	Situação atual	Justificativa	Novo Prazo.
Avaliação do nível de conhecimento da população sobre Hipertensão Arterial.	Equipe Básico de Saúde.	3 meses para início das atividades.	Programa implantado e implementado em o micro áreas.		
Campanha educativa na rádio local.	Equipe Básico de Saúde.	3 meses para início das atividades.	Programa para implementar.	Formato e duração do programa definidos; Conteudos definidos, Falta de definicion de horario pela emissora local.	
Programa de Saúde Escolar.	Enfermeria.	3 meses para início das atividades.	Programa para implementar. Conteúdos, programas e meios audiovisuais já definidos.		
Capacitação dos ACS.	Enfermeria.	3 meses.	Programa implantado e implementado em todas as micro áreas.		

Quadro 6 - Desenho de operações para o crítico “Saber +”. UBSF Camargo, em Ituiutaba/MG, 2015.

Operação “Saber +”					
Coordenação – Avaliação após 6 meses do início do projeto					
Produtos	Responsável	Prazo	Situação atual	Justificativa	Novo Prazo.
Avaliação do nível de conhecimento da população sobre Hipertensão Arterial.	Equipe Básico de Saúde.	Início em quatro meses e término em seis meses;	Programa implantado e implementado em todas as micro áreas.		
Campanha educativa na rádio local.	Equipe Básico de Saúde.	Início em três meses e término em 12 meses;	Programa para implementar.	Formato e duração do programa definidos; Conteúdos definidos, Falta de definição de horário pela emissora local.	1 mes.
Programa de Saúde Escolar.	Enfermeira.	Início em seis meses; Avaliações a cada semestre.	Programa para implementar. Conteúdos, programas e meios audiovisuais já definidos.	Programa para implementar	
Capacitação dos ACS.	Enfermeira.	Início em dois meses e término em 3 meses.	Programa implantado e implementado em todo o micro áreas.	Programa implantado e implementado em todas as micro áreas.	

Quadro 7 - Desenho de operações para o crítico “Cuidar Melhor” UBSF Camargo, em Ituiutaba/MG, 2015.

Operação “Cuidar Melhor ”					
Coordenação: . – Avaliação após 6 meses do início do projeto					
Produtos	Responsável	Prazo	Situação atual	Justificativa	Novo Prazo.
Capacitação de pessoal.	Secretaria de Saúde Municipal.	Início em quatro meses e finalização em oito meses.	Projeto a implementar		
Contratação de compra de medicamentos, materiais e insumos previstos; consultas especializadas.	Secretaria de Saúde Municipal.	8 meses	Projeção de demanda e estimativa de custos realizada; edital elaborado.		

Quadro 8 - Desenho de operações para o crítico “Linha de Cuidado”. UBSF Camargo, em Ituiutaba/MG, 2015.

Operação “Linha de Cuidado”					
Coordenação: – Avaliação após 6 meses do início do projeto					
Produtos	Responsável	Prazo	Situação atual	Justificativa	Novo Prazo.
Linha de cuidado para atenção à Hipertensos.	Enfermeria.	12 meses	Projeto elaborado e submetido ao Fundo Nacional de Saúde.		
Protocolos implantados.	Coordenação de ABS.	3 meses	Projeção de demanda e estimativa de custos realizada; edital elaborado.		
Recursos humanos capacitados.	Coordenação de ABS.	8 meses	Programa de capacitação elaborado; capacitação com início para dois meses.		
Regulação implantada.	Coordenação da ABS.	12 meses	Projeto de regulação em discussão.		
Gestão da linha de cuidado.	Coordenação da ABS.	12 meses	Projeto de gestão da linha de cuidado em discussão.		

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considera-se que a elaboração do Plano de intervenção para a assistência que é prestada aos pacientes portadores de hipertensão arterial na área de abrangência do PSF Camargo constituiu um fator de importância para a execução das ações que devem ser feitas pela equipe multiprofissional, juntamente com os parceiros, motivando atingir o objetivo final dentro dos prazos estabelecidos.

A proposta mostrou se eficiente dentro do que almejamos, uma vez que a conscientização de que o controle da doença depende de colocar em prática o plano de intervenção feito que direcione as ações a serem executadas pela equipe do PSF.

Almejamos que a partir da implantação do plano de intervenção seja atendido o nosso objetivo que é manter os níveis pressóricos dentro dos limites que são preconizados pelo Ministério de Saúde e melhorar a qualidade de vida e saúde dos pacientes hipertensos.

REFERÊNCIAS

- BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística .IBGE Cidades @.Brasilia [online] 2013 Disponible em <http://www.cidades.ibge.gov.br/tras/nome.php>.
- _____. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística .IBGE Cidades @.Brasilia [online] 2014 Disponible em <http://www.cidades.ibge.gov.br/tras/nome.php>.
- _____. Ministério da Saúde. Hipertensão arterial sistêmica para o sistema único de Saúde, Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
- _____. Ministério da Saúde. Hipertensão arterial sistêmica para o sistema único de Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção á Saúde, Departamento de Atenção Básica - Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância de Saúde. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022 / Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância de Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. - Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 148p. il. –(Serie B. Textos Básicos de Saúde).
- _____. Ministério da Saúde. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica Hipertensão Arterial Sistêmica. Brasília. 2013. (Caderno de Atenção Básica, n.37).
- CAMPOS, F. C.; FARIA H. P. ; SANTOS M. A. Planejamento e avaliação das ações em saúde. 2ed. Belo Horizonte: Ed. UFMG, 2010.
- CASTRO R. A. A.; MONCAU, J. E. C.; MARCOPITO, L. F. Prevalência de hipertensão arterial sistêmica na cidade de Formiga, MG. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 88, n. 3, p. 334-9, 2007 .
- COSTA, J. S. D.; BARCELLOS, F. C.; SCLOWITZ, M. L. et al. Prevalência de hipertensão arterial em adultos e fatores associados: um estudo de base populacional urbana em Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 88, n. 1, p. 59-65, 2007.
- DATASUS. Brasília: Ministério da Saúde (BR). Departamento de Informática do SUS (DATASUS). **Sistema de informação sobre mortalidade (SIM)**. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defthtm.e xe?sim/cnv/obt10uf.def>. Acesso em: 31 out 2015.
- DIRETRIZES. Sociedade Brasileira de Cardiologia/Sociedade Brasileira de Hipertensão /Sociedade Brasileira de Nefrologia. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 95, supl. 1, p. 1-51, 2010;.
- MORESI, E. (Organizador), **Metodologia de Pesquisa**. Brasília: Universidade Católica de Brasília, 2003.
- MACHADO, M. C.; PIRES, C. G. S.; LOBÃO, W. M. Concepções dos hipertensos sobre os fatores de risco para a doença. **Ciência & Saúde coletiva**, v. 17, n. 5,P.

1365-74, 2012 .

PASSOS V. M A.; ASSIS, T. D.; BARRETO, S M. Hipertensão arterial no Brasil: estimativa de prevalência a partir de estudos de base populacional. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 15, n. 1, p. 35-45, 2006.

PORTAL BRASIL. Doenças cardiovasculares causam quase 30% das mortes no País, 2011. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/saude/2011/09/doencas-cardiovasculares-causam-quase-30-das-mortes-no-pais>>. Acesso em: 31 out 2015.

PICCINI, R. X.; FACCHINIL, L. A.; TOMASIL, E. et al. Promoción, prevención y cuidado de La hipertensión arterial en Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 46, n. 3, p. 543-50, 2012.

SARNO, B. J.; BANDONI, A. D.; JAIME, L. M. Excesso de peso e hipertensão arterial em trabalhadores de empresas beneficiados pelo programa de Alimentação do trabalhador (PAT). **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v.11,n.3,p.453-62, 2008.

SOUZA, A. R. A.; COSTA, A.; NAKAMURA, D. et al . Um estudo sobre hipertensão arterial sistêmica na cidade de Campo Grande, MS. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 88, n. 4, 441-6, 2007.

ULBRICH, A. Z.; BERTIN, R. L.; STABELINI NETO, A. et al. Associação do estado nutricional com hipertensão arterial de adultos. **Revista Motriz** . v.17, n.3, p.424-30, 2011.

VITOR, A. F.; MONTEIRO, F. P. M; MORAIS, H. C. C. et al. Perfil das condições de seguimento terapêutico em portadores de hipertensão arterial. **Escola de Enfermagem Anna Nery Revista**, v. 15, n. 2, 251-60, 2011.

WHO. World Health Organization. Global Atlas on Cardiovascular Disease Prevention and Control. Geneva: World Health Organization, 2011.

ZAITUNE, M. P. A.; BARROS, M. B. A.; CÉSAR, C. L. G. et al. Hipertensão arterial em idosos: prevalência, fatores associados e práticas de controle no Município de Campinas, São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v.22, n.2, p.285-94, 2006.