

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

**MAURICE DEYMANN VEITIA PONCE**

**MORTALIDADE POR DOENÇAS CARDIOVASCULARES EM  
BARBACENA- MINAS GERAIS: um plano de intervenção**

**JUIZ DE FORA- MINAS GERAIS**

**2015**

**MAURICE DEYMANN VEITIA PONCE**

**MORTALIDADE POR DOENÇAS CARDIOVASCULARES EM  
BARBACENA-MINAS GERAIS: um plano de intervenção.**

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

Orientadora: Profa. Dra.. Matilde Meire Miranda Cadete

**JUIZ DE FORA- MINAS GERAIS**

**2015**

**MAURICE DEYMANN VEITIA PONCE**

**MORTALIDADE POR DOENÇAS CARDIOVASCULARES EM  
BARBACENA- MINAS GERAIS: um plano de intervenção.**

Banca examinadora

Profa. Dra. Matilde Meire Miranda Cadete – orientadora

Profa. Dra. Maria Rizioneide Negreiros de Araújo - UFMG

Aprovado em Belo Horizonte, em: 16/07/2015

## RESUMO

No diagnóstico situacional da área de abrangência da Estratégia Saúde da Família Correia de Almeida observou-se elevada mortalidade por doenças cardiovasculares. Sendo assim, este estudo teve como objetivo elaborar um plano de intervenção para melhor controle dos pacientes com doenças cardiovasculares da Estratégia Saúde da Família de Correia de Almeida. A metodologia foi executada em duas etapas: na primeira, fez-se o diagnóstico situacional da área de abrangência com identificação dos problemas de saúde da comunidade e definição do problema prioritário a ser estudado e identificados os seguintes nós críticos: baixo nível de conhecimento da população sobre a hipertensão; hábitos de vida não saudáveis da população; falhas na abordagem dos pacientes com hipertensão arterial e falta de capacitação dos profissionais de saúde da Estratégia Saúde da Família; na segunda etapa realizou-se a pesquisa bibliográfica na Biblioteca Virtual em Saúde com os descritores: hipertensão, complicações e Atenção Primária à Saúde. Baseado nos nós críticos foram propostas as seguintes ações de enfrentamento: criação dos projetos “saber mais” para aumentar o nível de informação da população sobre a hipertensão; “mexa-se” para incentivar a modificação de hábitos alimentares e a prática de atividades físicas; “cuidar melhor” para garantir a todos os pacientes um atendimento mais qualificado e; “mais cuidados” para capacitar e treinar os profissionais da Estratégia Saúde da Família para o atendimento aos hipertensos. Espera-se, portanto, que com a implantação do plano de intervenção o atendimento aos usuários hipertensos seja de maior qualidade.

**Palavras chave:** Hipertensão. Complicações. Atenção Primária à Saúde.

## ABSTRACT

In the situational diagnosis of the area covered by the Family Health Strategy Correia de Almeida observed high mortality from cardiovascular disease. Thus, this study aimed to develop a contingency plan for better management of patients with cardiovascular disease the Health Strategy Correia de Almeida family. The methodology was performed in two stages: first, there was the situational diagnosis of the coverage area to identify community health problems and defining the priority problem to be studied and identified the following critical nodes: low population Knowledge level on hypertension; unhealthy living habits of the population; failure to approach the patients with high blood pressure and lack of training of health professionals in the Family Health Strategy; in the second stage was held on literature in the Virtual Health Library with the following keywords: hypertension, complications and Primary Health Care Based on critical nodes have been proposed the following coping actions: creation of projects "learn more" to increase the level of informing the general public about hypertension; "Stir up" to encourage the modification of eating habits and physical activity; "Better care" to ensure all patients a more qualified service and; "More care" to empower and train professionals in the Family Health Strategy for the care of hypertensive patients. It is expected, therefore, that with the intervention plan's implementation the care of hypertensive patients is of higher quality.

**Key words:** Hypertension. Complications. Primary Health Care.

## SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO .....	7
2	JUSTIFICATIVA.....	11
3	OBJETIVO .....	12
4	METODOLOGIA .....	13
5	REVISÃO DE LITERATURA .....	14
6	PLANO DE INTERVENÇÃO.....	17
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	26
	REFERÊNCIAS.....	27

## 1 INTRODUÇÃO

O município de Barbacena fica a 174km de distância de Belo Horizonte. Sua área é de 788km<sup>2</sup>. É conhecida por sua produção de rosas. Também é conhecida historicamente pela existência no passado do Hospital Colônia, hospital psiquiátrico famoso pela grande quantidade de pessoas vivendo em condições sub-humanas além das torturas e alto número de mortes.

Barbacena teve por origem uma pequena aldeia de índios Puris, firmada por jesuítas junto às cabeceiras do rio das Mortes, no sítio então denominado, pelas primeiras bandeiras que penetraram no território das Minas Gerais e Borda do Campo.

Os primeiros povoadores da região foram paulistas e portugueses, procedentes, na maioria, de Taubaté. Estes desbravaram os sertões e estabeleceram-se no território, dedicando-se de início à mineração e, em seguida, quando já se encontrava aberto o Caminho Novo, também chamado “das partes de São Paulo” ou do Rio Grande, à lavoura e criação de gado.

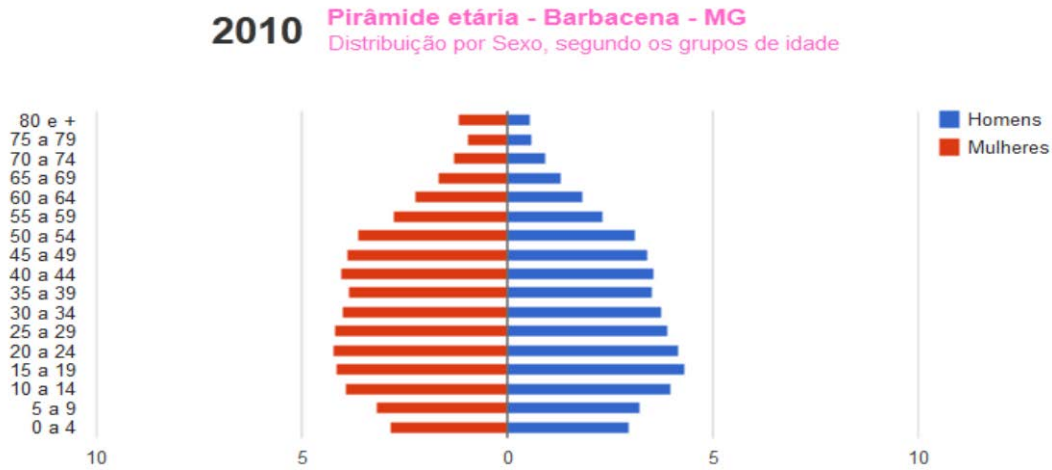
No que diz respeito aos aspectos geográficos, Barbacena tem área total de 788.001km<sup>2</sup> e aproximadamente 39.528 domicílios e 36.830 famílias. Seu Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) é 0,760, a taxa de urbanização é 0,23 e a renda Média Familiar corresponde a R\$ 854,27, de acordo com dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010)

Em relação ao abastecimento de água tratada, pode-se afirmar que 96,96 % da população a tem e o recolhimento de esgoto, por rede pública abrange 99,97% da população.

As principais atividades econômicas são referentes à agropecuária, à indústria, à mineração, ao turismo e comércio.

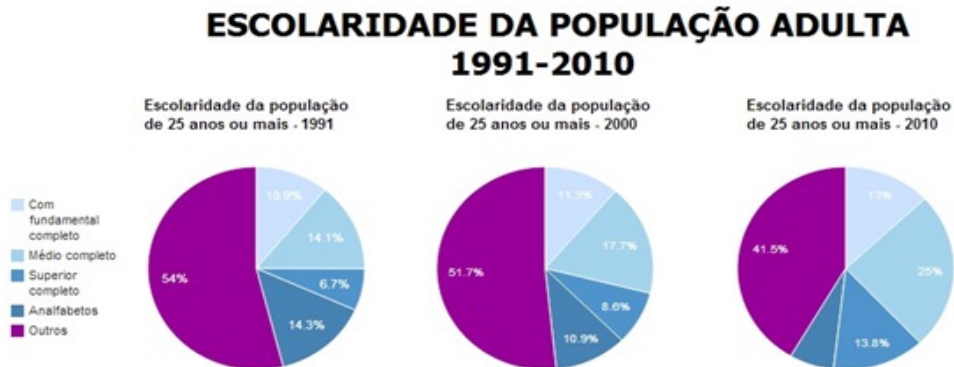
Barbacena tem, atualmente, uma população de 128.572 habitantes. O gráfico, a seguir, mostra o quantitativo de pessoas conforme faixa etária e sexo.

Gráfico 1- Distribuição da população do município de Barbacena por faixa etária e por sexo referente ao ano de 2010.



Fonte: IBGE 2010

A taxa de escolaridade da população adulta encontra-se demonstrada no Gráfico 2.



Fonte (IBGE, 2010)

Os dados apontam que a taxa de escolaridade da população de 25 anos ou mais tem crescido em relação à formação, havendo maior contingente com ensino médio nos últimos anos.



Falando especificamente do território e nossa área de abrangência temos cadastrados 3493 habitantes e 1090 famílias.

A comunidade denominada Correia de Almeida tem uma população periférica que carece de alfabetização e os principais postos de trabalho são o Comércio, as Escolas Públicas, o Posto Médico, Hotel, Restaurante e Posto de gasolina.

Os recursos da comunidade, incluindo área de saúde, são as Escolas, a Igreja, a Farmácia e a Água Mineral “Oro de Minas Gerais”

A Unidade Básica de Saúde fica na Rua Rufino José Ferreira S/N e é localizada no centro do distrito sendo de fácil acesso. Funciona de 7:00 horas da manhã até as 17:00 horas da tarde. Conta com 18 pessoas, dentre as quais temos: recepcionistas, enfermeira, auxiliar de enfermagem, agentes comunitários de saúde (ACS), cirurgião dentista, auxiliar de odontologia, serviços gerais, médico.

A área física é assim constituída: sala de espera, recepção, dois consultórios médicos, sala de curativo, sala de esterilização, sala de lavagem de materiais, farmácia, sala de reuniões, sala de sinais vitais, sala de observação, sala de imunização, dois almoxarifados, copa, cozinha, consultório odontológico e quatro banheiros.

Após realização do diagnóstico situacional da área de abrangência da ESF Walter Fernandes foi possível identificar diferentes problemas, como por exemplo: uso indiscriminado de antidepressivos e ansiolíticos, pé diabético, hiperlipidêmica e alta prevalência de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS).

Também se realizou diagnóstico situacional na área de abrangência da UBS Correia de Almeida, com identificação dos seguintes problemas e das principais doenças que levam a óbito na região: neoplasias, Acidente Vascular Cerebral (AVE), as doenças crônicas como a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), Diabetes *mellitus* e complicações (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

A equipe de saúde, em reunião, determinou que a HAS seria o foco de estudo e intervenção devido as complicações e sequelas que gera para os usuários.

## 2 JUSTIFICATIVA

As doenças cardiovasculares (DCV) são as principais causas de morte em mulheres e homens no Brasil. São responsáveis por cerca de 20% de todas as mortes em indivíduos acima de 30 anos. É uma condição clínica multifatorial, caracterizada por níveis elevados da pressão arterial (PA), arritmia, angina, frequentemente associada a alterações de órgãos alvo e, por conseguinte, leva ao aumento do risco de eventos cardiovasculares.

Na área de abrangência de nossa equipe existe uma alta prevalência de DCV, o que justifica a realização deste trabalho como forma de buscar um melhor controle dos cardiopatas e, com isso, modificar o estilo e modo de vida e reduzir possíveis complicações cardiovasculares.

### **3 OBJETIVO**

Elaborar um projeto de intervenção para melhorar o controle das doenças cardiovasculares.

## 4 METODOLOGIA

A elaboração do projeto de intervenção se baseou nas seguintes etapas

- Diagnóstico situacional da área de abrangência com identificação dos problemas de saúde da comunidade e definição do problema prioritário a ser estudado e proposta intervenção.
- Pesquisa bibliográfica na Biblioteca Virtual em Saúde para levantamento das produções acerca da HAS e complicações.

Para a pesquisa bibliográfica foram utilizados os seguintes descritores:

Hipertensão.

Complicações.

Atenção Primária à Saúde.

## 5 REVISÃO DA LITERATURA

Nas últimas décadas observamos na realidade da área da saúde no Brasil uma transição epidemiológica da população com redução da mortalidade por doenças infecciosas e parasitárias e aumento da taxa de óbito por doenças cardiovasculares (MARTINS; MOÇO, 2012; CERVI; HERMSDORFF; RIBEIRO, 2005; ROESE *et al.*, 2011).

O processo de melhoria da qualidade de atenção e de diagnóstico na área da saúde e as melhorias na urbanização das cidades trouxeram mudanças de hábitos alimentares, o sedentarismo e o envelhecimento da população, contribuindo deste modo para o aumento da prevalência das doenças crônicas não transmissíveis (MARTINS; MOÇO, 2012; CERVI; HERMSDORFF; RIBEIRO, 2005). Este processo considerou questões no campo da vulnerabilidade e de risco, em especial, naqueles fatores associados às múltiplas causas de adoecimento, que interferem no processo saúde-doença.

A transição demográfica, com enfoque na distribuição populacional na faixa etária da população brasileira, iniciou-se na década de 40, mas acentuou-se nos anos 70, quando a quantidade de indivíduos com mais de 60 anos quase dobrou. A transição demográfica, fez-se acompanhar da transição epidemiológica, sendo possível verificar a diminuição das gastroenterites, sarampo e outras enfermidades da infância, aliado ao aumento da prevalência das doenças crônico-degenerativas ou de enfermidades não transmissíveis relacionadas, principalmente, com a obesidade, como diabetes mellitus tipo 2, doenças cardiovasculares, hipertensão arterial e diversos tipos de câncer (CERVI; HERMSDORFF; RIBEIRO, 2005).

Outro fator que a Organização Mundial de Saúde (OMS) destacam (ROESE *et al.*, 2011) é que de 30-60% da população mundial não atingem o nível mínimo recomendado de atividade física, uma vez que as pessoas utilizam o transporte motorizado, existência de mudança da ocupação para o setor de serviços e de políticas de urbanização precárias que promovem cidades dependentes de automóveis, sem atenção a pedestres e ciclistas, além do uso de computadores para recreação.

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2012), as doenças do aparelho circulatório ainda são as que mais matam homens e mulheres no Brasil, com destaque para Infarto Agudo do Miocárdio (IAM), doenças cerebrovasculares (DCV) e hipertensão arterial sistêmica (HAS). Seguem as neoplasias, sendo o câncer de colo de útero, câncer de próstata, estômago, mama e aparelho respiratório os principais tipos. Causas não definidas, causas externas e doenças do aparelho respiratório ocupam as demais posições.

Devido às alterações mencionadas, o perfil epidemiológico se alterou e, segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2012), em 2009 as principais causas de mortalidade foram as doenças do aparelho circulatório (destacando-se IAM, doenças cerebrovasculares e HAS), neoplasias (sendo o câncer de colo de útero, câncer de próstata, de estômago, câncer de mama e do aparelho respiratório, os principais tipos), demais causas não definidas, causas externas e doenças do aparelho respiratório.

A HAS é “definida como pressão arterial sistólica maior ou igual a 140 mmHg e uma pressão arterial diastólica maior ou igual a 90 mmHg, em indivíduos que não estão fazendo uso de medicação anti-hipertensiva” (BRASIL, 2006, p. 14). Ela é considerada o principal fator de risco para complicações como acidente vascular cerebral, infarto agudo do miocárdio e doença renal crônica terminal (BRASIL, 2006).

Segundo Dib, Riera e Ferraz (2010 *apud* MARINHO *et al.*, 2011) o custo anual estimado para o tratamento da hipertensão arterial no sistema público de saúde no Brasil foi de US\$ 398,9 milhões e representou 1,43% dos gastos totais do Sistema Único de Saúde (SUS). Esses dados mostram o impacto econômico da hipertensão para o SUS.

De acordo com Boing e Boing (2007), o impacto da HAS deve ser ainda maior nos próximos anos, devido ao aumento no número de casos.

De acordo com a pesquisa de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico – Vigitel 2012, 24,3% da população brasileira têm hipertensão arterial (BRASIL, 2013). Até 2025, o número de

hipertensos em países como o Brasil, deverá crescer 80% (SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO, 2014).

Em 95% dos casos a HAS é primária ou essencial, ou seja, a etiologia é desconhecida, mas resultante de uma complexa rede de causalidade. Esse tipo de HAS é incurável, necessitando detecção e tratamento precoces, para prevenção de lesão em órgãos alvo e consequentes complicações (BRASIL, 2001)

Dentre os fatores de risco para a HAS que devem ser abordados e controlados estão: alimentação (sobretudo quanto ao consumo de sal), sobrepeso e obesidade, sedentarismo, tabagismo e uso excessivo de álcool (BRASIL, 2006).

Por fim, este trabalho buscará apontar as possibilidades de desenvolvimento de ações intersetoriais voltadas à promoção e a prevenção específica que podem constituir-se em resposta e saída para este processo pandêmico, em especial, nos próximos anos. A principal relevância da identificação e controle da HAS reside na redução das suas complicações, tais como: Doença cerebrovascular, Doença arterial coronariana, Insuficiência cardíaca, Doença renal crônica e Doença arterial periférica (BRASIL, 2006).

## **6 PLANO DE INTERVENÇÃO**

Este plano de intervenção se fundamentou no planejamento estratégico Situacional (PES) de acordo com Campos, Faria e Santos (2010). Dessa forma, será apresentado de acordo com os passos sugeridos na disciplina de Planejamento e avaliação das ações em saúde.

### **6.1 Primeiro passo: Identificação dos problemas**

Apesar do pouco tempo de atividade na ESF Correia de Almeida foi possível perceber que algumas melhorias são necessárias tanto estruturalmente, quanto em relação à abordagem dos problemas de saúde mais prevalentes na população.

Após realização do diagnóstico situacional da área de abrangência da ESF Correia de Almeida foi possível identificar diferentes problemas:

- Uso indiscriminado de antidepressivos e ansiolíticos.
- Elevado número de diabéticos.
- Hiperlipidemia.
- Alta prevalência de hipertensão arterial sistêmica (HAS);
- Alta mortalidade por Doenças Cardiovasculares (DCV).

### **6.2 Segundo passo: Priorização dos problemas**

O quadro 1 apresenta a classificação dos problemas identificados no diagnóstico situacional de acordo com a importância, urgência e capacidade de enfrentamento de cada um.



Quadro 1- Classificação dos problemas identificados na ESF Correia de Almeida, 2014.

<b>Principais Problemas</b>	<b>Importância</b>	<b>Urgência</b>	<b>Capacidade de enfrentamento</b>	<b>Seleção</b>
Mortalidade por Doenças Cardiovasculares	Alta	7	Parcial	1
Alta prevalência de hipertensão arterial sistêmica (HAS)	Alta	6	Parcial	2
Hiperlipidemia	Alta	5	Parcial	3
Uso indiscriminado de antidepressivos e ansiolíticos	Alta	4	Parcial	4

Fonte: Autoria Própria (2015)

### **6.3 Terceiro passo: Descrição do problema**

O tema escolhido para o desenvolvimento deste plano de ação foi a alta mortalidade por Doenças Cardiovasculares entre os moradores da área de abrangência da ESF Correia de Almeida. Dos 3435 moradores da área de abrangência, 23 pessoas foram a óbito o ano passado (2014) por Doenças Cardiovasculares (DCV). Torna-se importante enfatizar que a maioria dos moradores leva um estilo de vida inadequado, envolvendo sedentarismo, tabagismo, excesso de sal na dieta, etilismo e obesidade. Para descrição do problema utilizou-se alguns dados do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) e outros que foram produzidos pela própria equipe.

### **6.4 Quarto passo: Explicação do problema**

“Geralmente, a causa de um problema é outro problema ou outros problemas. Este quarto passo tem como objetivo entender a gênese do problema que queremos enfrentar a partir da identificação das suas causas” (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010, p.63).

As possíveis causas dos óbitos por doenças cardiovasculares entre os moradores da área de abrangência da ESF Correia de Almeida foram divididas em causas relacionadas ao paciente e causas relacionadas ao processo de trabalho da equipe de saúde.

Causas relacionadas com o paciente:

- Idade;
- Escolaridade;
- Baixo nível socioeconômico;
- Crenças de saúde;
- Hábitos de vida não saudáveis (tabagismo, uso de bebidas alcoólicas, etc.);
- Baixo nível de conhecimento sobre a HAS e DCV;
- Resistência a mudanças nos hábitos de vida;
- Não seguimento das orientações terapêuticas;
- Pouco apoio familiar.

Causas relacionadas ao processo de trabalho da equipe de saúde.

- Falhas na abordagem dos pacientes com hipertensão arterial;
- Sobrecarga de trabalho dos profissionais de saúde com consequente redução de tempo nas consultas;
- Falta de treinamento de funcionários administrativos e de saúde.

### **6.5 Quinto passo: Identificação dos nós críticos**

Foram selecionados os seguintes “nós críticos” relacionados às doenças cardiovasculares entre a população da área de abrangência da ESF Correia de Almeida.

- Baixo nível de conhecimento da população sobre as DCV;
- Hábitos de vida não saudáveis da população;
- Falhas na abordagem dos pacientes com hipertensão arterial;
- Falta de capacitação dos profissionais da ESF para fornecer um atendimento mais qualificado.

## 6.6 Sexto passo: Desenho das operações

“Com o problema bem explicado e identificado as causas consideradas as mais importantes, é necessário pensar as soluções e estratégias para o enfrentamento do problema” (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010, p.66).

O quadro 2 apresenta as operações/projetos necessários para a solução dos nós críticos, os produtos e resultados esperados dessas operações e os recursos necessários à sua execução.

Quadro 2 - Desenho das operações para os “nós críticos” selecionados.

Nó Crítico	Operação / Projeto	Resultados Esperados	Produtos Esperados	Recursos Necessários
Baixo nível de conhecimento da população sobre as DCV	<b>“Saber mais”</b> Aumentar o nível de informação da população sobre as DCV	População mais informada sobre as DCV  Participação ativa do paciente para melhorar estado de saúde, adesão ao tratamento.	Campanhas educativas através de grupos operativos, incentivando a adesão ao tratamento.	<b>Organizacional:</b> organização da agenda.  <b>Financeiro:</b> para aquisição de recursos audiovisuais, folhetos.  <b>Cognitivo:</b> conhecimento sobre o tema
Hábitos de vida não saudáveis da população	<b>“Mexe-se”</b> Incentivar a modificação de hábitos alimentares e a prática de atividades físicas	Aumentar o número de hipertensos fisicamente ativos e com melhores hábitos alimentares.	Campanhas educativas através de grupos operativos, incentivando a incorporação de hábitos de vida saudáveis.	<b>Organizacional:</b> organização dos grupos operativos <b>Cognitivo:</b> informação sobre o tema.
Falhas na abordagem dos pacientes com hipertensão	<b>“Cuidar melhor”</b> Garantir a todos os pacientes um atendimento	Maior acesso aos serviços de saúde Garantia de medicamentos e exames previstos nos protocolos.	Acolhimento eficaz Contratação de compra de exames e consultas	<b>Financeiro:</b> aumento da oferta de exames, consultas e medicamentos. <b>Político:</b> adesão

arterial	mais qualificado e integral		especializadas; compra de medicamentos.	dos profissionais.
Falta de capacitação dos profissionais da ESF para fornecer um atendimento mais qualificado	<b>“Mais cuidados”</b> Capacitar e treinar os profissionais da ESF para o atendimento aos hipertensos. Melhorar os mecanismos de referência e contra referência.	Atividades realizadas de forma planejada e organizada	Recursos humanos capacitados	<b>Político:</b> adesão dos profissionais. <b>Organizacionais:</b> organização dos cursos de capacitação. Adequação de fluxos (referência e contra referência)

Fonte: Aatoria Própria (2015)

### 6.7 Sétimo passo: Identificação dos recursos críticos

No quadro 3 estão apresentados os recursos críticos para a execução das operações. “São considerados recursos críticos aqueles indispensáveis para a execução de uma operação e que não estão disponíveis” (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010, p.69).

Quadro 3 - Recursos críticos para a execução das operações.

<b>Operação/ Projeto</b>	<b>Recursos Críticos</b>
<b>“Saber mais”</b> - Aumentar o nível de informação da população sobre as DCV	<b>Financeiro:</b> para aquisição de recursos audiovisuais, folhetos.
<b>“Mexa-se”</b> - Incentivar a modificação de hábitos alimentares e a prática de atividades físicas	<b>Organizacional:</b> organização dos grupos operativos
<b>“Cuidar melhor”</b> - Garantir a todos os pacientes um atendimento mais qualificado e integral	<b>Financeiro:</b> aumento da oferta de exames, consultas e medicamentos.
<b>“Mais cuidados”</b> - Capacitar e treinar os profissionais da ESF para o atendimento aos hipertensos. Melhorar os mecanismos de referência e contra referência.	<b>Organizacionais:</b> organização dos cursos de capacitação. Adequação de fluxos (referência e contra referência)

Fonte: Aatoria Própria (2015)

### 6.8 Oitavo passo: Análise da viabilidade do plano

Neste passo são necessárias três etapas: a primeira é identificar os atores que controlam os recursos críticos, a segunda é analisar a motivação desses atores e a terceira é traçar as ações estratégicas para motivar os atores e construir a viabilidade da operação (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

No quadro 4 está apresentada a proposta de ação para motivação dos atores.

Quadro 4 - Proposta de ação para motivação dos atores.

Operações / Projetos	Recursos críticos	Controle dos recursos críticos		Ação Estratégica
		Quem Controla	Motivação	
<p><b>“Saber mais”</b></p> <p>Aumentar o nível de informação da população sobre as DCV</p>	<p><b>Financeiro:</b> para aquisição de recursos audiovisuais, folhetos.</p>	Secretaria de saúde	Favorável	Não é necessária
<p><b>“Mexa-se”</b></p> <p>Incentivar a modificação de hábitos alimentares e a prática de atividades físicas</p>	<p><b>Organizacional:</b> organização dos grupos operativos</p>	Equipe de saúde	Favorável	Não é necessária
<p><b>“Cuidar melhor”</b></p> <p>Garantir a todos os pacientes um atendimento mais qualificado e integral</p>	<p><b>Financeiro:</b> aumento da oferta de exames, consultas e medicamentos.</p>	Prefeito municipal	Indiferente	Reunião com a gerência do município
<p><b>“Mais cuidados”</b></p> <p>Capacitar e treinar os profissionais da ESF para o atendimento aos hipertensos. Melhorar os</p>	<p><b>Organizacionais:</b> organização dos cursos de capacitação. Adequação de fluxos (referência e contra</p>	Secretaria de saúde Equipe de saúde	Favorável	Não é necessária

mecanismos de referência e contra referência.	referência)			
---	-------------	--	--	--

Fonte: Autoria Própria (2015)

### 6.9 Nono passo: Elaboração do plano operativo

No plano operativo são designados os responsáveis e profissionais envolvidos em cada operação, além da definição dos prazos para a realização dos projetos. O quadro 5 apresenta a elaboração do plano operativo.

Quadro 5 - Elaboração do plano operativo.

<b>Operações / Projetos</b>	<b>Resultados</b>	<b>Produtos</b>	<b>Ação estratégica</b>	<b>Profissionais Envolvidos</b>	<b>Prazo</b>
<b>“Saber mais”</b> Aumentar o nível de informação da população sobre as DCV	População mais informada sobre as DCV  Participação ativa do paciente para melhorar estado de saúde, adesão ao tratamento.	Campanhas educativas através de grupos operativos, incentivando a adesão ao tratamento.	Não é necessária	Toda a equipe	Dois meses para início do projeto
<b>“Mexa-se”</b> Incentivar a modificação de hábitos alimentares e a prática de atividades físicas	Aumentar o número de hipertensos fisicamente ativos e com melhores hábitos alimentares.	Campanhas educativas através de grupos operativos, incentivando a incorporação de hábitos de vida saudáveis.	Não é necessária	Toda a equipe	Três meses para início do projeto
<b>“Cuidar melhor”</b> Garantir a todos	Maior acesso aos serviços de saúde	Acolhimento eficaz Contratação	Reunião com a gerência do	Secretaria de saúde	Aguardando agenda

os pacientes um atendimento mais qualificado e integral	Garantia de medicamentos e exames previstos nos protocolos.	de compra de exames e consultas especializadas compra de medicamentos	município		mento de reunião
<b>“Mais cuidados”</b> Capacitar e treinar os profissionais da ESF para o atendimento aos hipertensos. Melhorar os mecanismos de referência e contra referência.	Atividades realizadas de forma planejada e organizada	Recursos humanos capacitados	Não é necessária	Médico e enfermeira	Seis meses para início do projeto

Fonte: Aatoria Própria (2015)

## 6.10 Décimo passo: Gestão do plano

A gestão do plano auxilia na definição do processo de acompanhamento do plano. O quadro 6 apresenta a planilha de acompanhamento dos projetos.

Quadro 6 - Acompanhamento do plano de ação.

Operações	Produtos	Responsável	Prazo	Situação atual	Justificativa	Novo prazo
<b>“Saber mais”</b> Aumentar o nível de informação da população sobre as DCV	Campanhas educativas através de grupos operativos, incentivando a adesão ao tratamento	Maurice	Dois meses para início do projeto	Em desenvolvimento		
<b>“Mexa-se”</b> Incentivar a modificação	Campanhas educativas	Maurice	Três meses para	Em desenvolvimento		

o de hábitos alimentares e a prática de atividades físicas	através de grupos operativos, incentivando a incorporação de hábitos de vida saudáveis.		início do projeto			
<b>“Cuidar melhor”</b> Garantir a todos os pacientes um atendimento mais qualificado e integral	Acolhimento eficaz Contratação de compra de exames e consultas especializadas compra de medicamentos	Maurice	Aguardando agendamento de reunião	Em desenvolvimento		
<b>“Mais cuidados”</b> Capacitar e treinar os profissionais da ESF para o atendimento aos hipertensos  Melhorar os mecanismos de referência e contra referência.	Recursos humanos capacitados	Maurice	Seis meses para início do projeto	Em desenvolvimento		

Fonte: Autoria Própria (2015)



## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Após estudos na área de abrangência da ESF Correia de Almeida foi possível verificar a mortalidade por DCV. Sendo assim, este trabalho buscou desenvolver um plano de intervenção para melhor controle dos hipertensos e também prevenção de complicações associadas à HAS.

Por meio deste plano busca-se aumentar o nível de informação da população sobre as DCV, incentivar a modificação de hábitos alimentares e a prática de atividades físicas, garantindo-lhe, ainda um atendimento mais qualificado e integral e também capacitar os profissionais da ESF para o atendimento aos hipertensos.

Mudanças no estilo de vida são recomendadas para a prevenção primária das DCV e para melhorar o controle dos pacientes com HAS. As principais recomendações incluem alimentação saudável, consumo controlado de sódio e álcool, combate ao sedentarismo, ao excesso de peso e também ao tabagismo.

Acreditamos que este plano de intervenção tenha condições de aumentar o nível de informação da população sobre HAS e também estimular e incentivar as mudanças no estilo de vida. Além disso, acreditamos também que este plano contribuirá para oferecer aos hipertensos um serviço de melhor qualidade.

## REFERÊNCIAS

BOING, Antônio Fernando; VARGAS, Silvia Angélica Lopez; BOING, Alexandra Crispim. **Rev Assoc Med Bras**, v.53, n. 4, p. 317-22, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde / Brasília: Ministério da Saúde, 2006,58 p.**

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Manual de doenças mais importantes, por razões étnicas, na população brasileira afro-descendente.** Brasília: Ministério da Saúde, 2001, 78p.

BRASIL. Ministério de saúde. **Estratégia para o cuidado de pessoas com doenças crônicas: hipertensão arterial sistêmica.** Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério de Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção de Saúde. **Vigitel Brasil 2012: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico.** Brasília: Ministério da Saúde, 2013, 136p.

CAMPOS, F.C; FARIA, H.P; SANTOS, M.A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde.** 2 ed. Belo Horizonte. UFMG. 2010.

CERVI, Adriane; HERMSDORFF, Helen Hermana Miranda; RIBEIRO, Rita de Cássia Lanes. Tendência da mortalidade por doenças neoplásicas em 10 capitais brasileiras, de 1980 a 2000. **Rev Bras Epidemiol**, v. 8, n. 4, p. 407-18, 2005.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA- IBGE-cidades. **Barbacena, Minas Gerais.** 2010 Disponível em <http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=310290&search=minas-gerais|barbacena> acesso em 05/09/14.

MARINHO, M.G.S. *et al.* Análise de custos da assistência à saúde aos portadores de diabetes melito e hipertensão arterial em uma unidade de saúde pública de referência em Recife – Brasil 2011. **Arq Bras Endocrinol Metab.** v. 55, n.6, p. 406-411, 2011.

MARTINS, Wolney de Andrade; MOÇO, Ednéia Tayt-Sohn Martuchelli. Editorial Cardio-Oncologia: o preço do envelhecimento. **Revista Brasileira de Cardiologia**, v.25, n.3, p. 164-166, maio/junho 2012.

ROESE, A. et al. Perfil de Hipertensão Arterial Sistêmica e de Diabetes Mellitus a partir de bases de dados nacionais em municípios pequeno porte do Rio Grande do Sur, Brasil. **Rev. APS.** v.14, n.1, p. 75-84, 2011.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO. Notícias - **Brasil pode ter 80% a mais de hipertensos até 2025**, diz pesquisa. Disponível em: <http://www.sbh.org.br/geral/noticias.asp?id=69>. Acesso em: 06/02/2015.