

UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALFENAS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

NAIBY BUJAN GATO

**INTERVENÇÃO EM HIPERTENSÃO ARTERIAL NA ÁREA DE
ABRANGÊNCIA DA UNIDADE DE SAÚDE NOVA DO MUNICÍPIO
CAPUTIRA- MINAS GERAIS**

IPATINGA - MINAS GERAIS

2017

NAIBY BUJAN GATO

**INTERVENÇÃO EM HIPERTENSÃO ARTERIAL NA ÁREA DE
ABRANGÊNCIA DA UNIDADE DE SAÚDE NOVA DO MUNICÍPIO
CAPUTIRA- MINAS GERAIS**

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

Orientador: Profa. Dra. Maria Marta Amâncio Amorim

IPATINGA - MINAS GERAIS

2017

NAIBY BUJAN GATO

**INTERVENÇÃO EM HIPERTENSÃO ARTERIAL NA ÁREA DE
ABRAGÊNCIA DA UNIDADE DE SAÚDE NOVA DO MUNICÍPIO
CAPUTIRA- MINAS GERAIS**

Banca examinadora

Profa. Dra. Maria Marta Amâncio Amorim - orientadora

Profa. Dra. Maria Rizioneide Negreiros de Araújo - UFMG

Aprovado em Belo Horizonte, 21/03/2017.

DEDICATÓRIA

Quero dedicar esse trabalho as pessoas mais importantes da minha vida, que cada dia acordam com mais forças e que graças a eles posso conseguir minhas metas e objetivos: meu filho minha razão de viver, meus pais e meu esposo, Obrigada meu Deus por essas pessoas maravilhosas, por sua força, por seu apoio incondicional.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a meu amigo Reinaldo Rodrigues Fialho por sua ajuda para a realização deste trabalho, que não poderia ter realizado sem seus conselhos e ajuda. Obrigada.

“O futuro pertence àquele que acredita na beleza de seus
sonhos”.

Eleanor Roosevelt.

RESUMO

A hipertensão arterial sistêmica ou pressão alta é uma doença caracterizada pela elevação dos níveis tensionais. É uma síndrome metabólica geralmente acompanhada por outras alterações como obesidade. Cerca de 20% da população brasileira é portadora de hipertensão arterial sistêmica, sendo que 50% da população com obesidade têm a doença. A Equipe de Saúde da Família da Unidade de Saúde Nova do município de Caputira–Minas Gerais é responsável por 1093 famílias, o que representa uma população de 9033 pessoas. Este trabalho tem como objetivo elaborar um plano de intervenção a fim de promover o controle adequado dos hipertensos residentes na área de abrangência da Unidade de Saúde Nova do município Caputira–Minas Gerais. De acordo com o diagnóstico situacional da área de abrangência dessa equipe, identificou-se como problema principal para enfrentamento o elevado número de pacientes com hipertensão arterial sistêmica cujos nós críticos são: hábitos e estilos de vida dos pacientes, nível de informação da população, estrutura dos serviços de saúde, processo de trabalho da equipe de saúde do trabalho inadequado para enfrentar o problema. Espera-se com este trabalho de intervenção, com a participação da população, do setor da educação e da equipe de saúde da Unidade de Saúde Nova, do município Caputira aumentar o controle ou adesão dos pacientes com hipertensão arterial sistêmica, reduzindo a morbimortalidade na área. Para a gestão do plano realizaram-se reuniões mensais com a equipe da saúde para avaliação das operações propostas após 6 meses do início do projeto. Considera-se que o método utilizado surtirá efeito a partir do momento que a população se conscientizar que adesão tratamento e prevenção e o melhor plano de intervenção no processo de controle de morbimortalidade da doença.

Palavras-chave: Hipertensão, Morbimortalidade. Doença.

ABSTRACT

Systemic arterial hypertension or high blood pressure is a disease characterized by elevated blood pressure levels. It is a metabolic syndrome usually accompanied by other changes such as obesity. About 20% of the Brazilian population has systemic arterial hypertension, and 50% of the populations with obesity have the disease. The Family Health Team of the Nova Saúde Unit in the municipality of Caputira-Minas Gerais is responsible for 1093 families, representing a population of 9033 people. This study aims to elaborate an intervention plan in order to promote the adequate control of the hypertensive patients residing in the area of coverage of the New Health Unit of the municipality of Caputira-Minas Gerais. According to the situational diagnosis of the area covered by this team, it was identified as a main problem to address the high number of patients with systemic arterial hypertension whose critical nodes are: habits and lifestyles of patients, level of information of the population, Structure of health services work team health work process inadequate to address the problem. This work is expected to increase the control or adherence of patients with systemic arterial hypertension, with the participation of the population, the education sector and the health team of the Nova Saúde Health Unit, in the municipality of Caputira, reducing morbimortality in the area. For the management of the plan, monthly meetings were held with the health team to evaluate the proposed operations 6 months after the start of the project. It is considered that the method used will take effect from the moment the population becomes aware that adherence treatment and prevention and the best intervention plan in the process of controlling the disease morbimortality.

Key words: Hypertension. Morbimortality. Disease.

LISTAS DE SIGLAS

- ACS Agentes Comunitários de Saúde.
- AVE Acidente Vascular Cerebral.
- DASIS Diretoria de Apoio Administrativo ao Sistema de Saúde.
- DCV Doenças Cérebro Vasculares.
- ESF Estratégia de Saúde da Família.
- ESUS Estratégia do Sistema Único de Saúde.
- HAS Hipertensão Arterial Sistêmica.
- IBGE Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.
- PA Pressão Arterial.
- SIAB Sistema de Informação de Atenção Básica.
- SIM Sistema de Informações sobre mortalidade.
- UBS Unidade Básica de Saúde.

.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	10
2 JUSTIFICATIVA.....	24
3 OBJETIVOS.....	25
4 METODOLOGIA.....	26
5 REFERENCIAL TEÓRICO.....	28
6 PLANO DE INTERVENÇÃO.....	31
7 CONSIDERACOES FINAIS.....	40
REFERÊNCIAS.....	41

1 INTRODUÇÃO

1.2 Descrição do município

Caputira é um município brasileiro do Estado de Minas Gerais (Figura 1). Sua população é de 9.033 habitantes e teve origem no antigo povoado de Santa Helena da Cabeluda, formado numa região de passagem de tropas. O primeiro morador foi Francisco Inácio Fernandes Leão, logo seguido por famílias de colonos. Em 1868, tornou-se freguesia de São Francisco do Vermelho e em 1875, recebeu o nome de freguesia de Santa Helena do Manhuaçu. Em 1923, o nome mudou para Amazonita, mas quatro anos depois, retornou a denominação anterior. Em 1943, vinculou-se ao município de Matipó, dele emancipando-se em 1962 (IBGE, 2015).

Figura 1 - Estado/Região/Município



Fonte: CAPUTIRA (2013).

O município possui dois povoados: Bom Jesus de Pirapetinga e São Caetano. Os municípios limítrofes são: Vermelho Novo, Raul Soares, Abre Campo, Matipó e Manhuaçu. As principais rodovias que servem ao município: BR-262 e BR-116. A distância média dos municípios vizinhos, do município de referência (do Micro e Macro) e em relação à capital é Caputira/Manhuaçu: 32,5 km e Caputira/Belo Horizonte: 287 km. O Município de Caputira possui população de 9.033 sendo que 58,15% estão na zona rural e 41,85% na zona urbana (IBGE, 2015).

Os produtos cultivados são o café, milho, feijão e arroz. A taxa de desemprego é de 5,67%. O Município de Caputira possui uma Escola Estadual localizada no centro da cidade, e uma Escola Municipal localizada na zona urbana e oito escolas municipais localizadas na zona rural. Possui duas creches uma localizada na zona urbana e outra na Comunidade de Pirapetinga. Quanto aos recursos comunitários o município possui uma escola estadual, uma escola infantil e cinco escolas municipais, três creches. Possui uma igreja católica matriz, 20 capelas e sete igrejas evangélicas, não contamos com ONG (IBGE, 2015).

1.2 Sistema Municipal de Saúde

As redes de serviços do município segundo a Secretaria Municipal de Saúde são:

Atenção primária: o município de Caputira conta com cinco Unidades Básicas de Saúde (UBS), sendo quatro de Estratégias de Saúde da Família (UBS Caputira, UBS Crispim, UBS São Caetano, UBS Pirapetinga e um Centro Municipal de Saúde José Paulo Dornelas).

Atenção especializada: o município não possui uma assistência ambulatorial especializada, mas sempre que necessário os pacientes são encaminhados para o município de Manhuaçu.

Atenção de urgência e emergência: todos os atendimentos de urgência e emergência são realizados no Centro de Saúde Municipal José Paulo Dornelas, sendo este a porta de entrada, e quando necessários encaminhados e transferidos para o Pronto Atendimento de Manhuaçu.

Atenção hospitalar: não contamos em nosso município com hospitais. Os pacientes que necessitam de atendimento hospitalar (internação) são encaminhados para Manhauçu.

Apoio diagnóstico: só contamos com apoio diagnóstico de três laboratórios onde se faz a maioria dos exames de sangue, fezes e urina. Não contamos com raios x, nem ultrassom. Os demais exames especializados são feitos em Manhauçu.

Assistência farmacêutica: são realizadas atividades de Assistência e Atenção Farmacêutica onde, durante a dispensação de medicamentos, os pacientes são orientados sobre modo de usar, reações adversas e danos que o uso indiscriminado de medicamentos pode acarretar à saúde. Foi realizada a transferência do almoxarifado de medicamentos para uma sala mais adequada, com prateleiras e sala individual para os medicamentos de controle especial. Houve uma mudança em relação ao pedido de compra de medicamentos, que agora é realizado através do programa SIGAF (Sistema Integrado de Gerenciamento da Assistência Farmacêutica.). Este programa também conta com ações como cadastro de pacientes, triagem de doenças, controle financeiro, entrada e saída de medicamentos, entre outras. E por fim o município foi contemplado com a Farmácia de Minas, que acarretou na inclusão de vários medicamentos a lista da Farmácia Básica, levando ao melhor atendimento dos pacientes.

Vigilância da saúde: a Vigilância em Saúde realiza ações visando diminuir, controlar e prevenir doenças como a dengue, as verminoses, dentre outras, agravos e riscos à saúde, bem como a intervenção nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesse à saúde. No Município de Caputira a Vigilância Epidemiológica é coordenada pela Secretaria de Saúde, tendo uma enfermeira como Responsável técnica, sendo as ações descentralizadas. A Vigilância Sanitária no município de Caputira possui um Coordenador e desempenha ações de fiscalização de unidade de saúde, fiscalização de produtos alimentícios.

Relação dos pontos de atenção: a rede física de saúde prestada de serviços ao Sistema Único de Saúde (SUS) no município é composta por quatro UBS, sendo três Estratégias de Saúde da Família (ESF) localizadas na zona rural e uma ESF vinculada ao Centro de Saúde. Apenas uma ESF não possui Saúde Bucal, realiza apenas procedimentos de atenção básica e não possui rede privada, ou seja, 100% dos atendimentos prestados são públicos..

Relação com outros municípios: em nosso município somente é ofertada a atenção básica como serviço de saúde. Os demais serviços são ofertados em Manhuaçu. O Município Caputira não é microrregião de saúde, a microrregião de saúde é Manhuaçu, uma cidade perto para onde se referenciam os pacientes pra atenção secundária.

Consórcio de saúde: há participação do consórcio de saúde como o Sistema de gerenciamento digital inteligente (SISVERDE), e município de referência para o consórcio.

Modelo de atenção: em nossa equipe o modelo assistencial identificado é o modelo assistencial alternativo de equipe de saúde de atenção básica. Trabalha na promoção, prevenção, cura e reabilitação dos pacientes.

Os problemas relacionados à saúde do município são:

- Não contamos com área de hospitalização.
- Não temos meios diagnósticos especializados, exemplo RX, ultrassom, eco cardiografia, etc. Os pacientes têm que ser encaminhados para Manhuaçu.
- Não somos microrregião de saúde só ofertamos atenção básica e temos o posto de pronto atendimento para as urgências, os pacientes tem que se encaminhados para a microrregião Manhuaçu.

A UBS de Saúde Nova localiza-se na zona Urbana, possui uma equipe de: um médico, um enfermeiros, um técnico de enfermagem, oito agentes comunitários de saúde (ACS), um profissional de saúde bucal e um auxiliar de saúde bucal. Todos os atendimentos obstétricos são referenciados para a Secretaria Municipal de Saúde de Caputira que faz os devidos encaminhamentos.

A UBS atende 5170 pessoas, sendo 1585 do sexo masculino e 3585 do feminino, totalizando 1093 famílias cadastradas. Das famílias cadastradas foi constatado que 100% possuem tratamento de água, 100% habitam em casas construídas de tijolo. O destino do lixo em 99,54% é realizado por coleta pública e 0,46% são queimados ou enterrados. O destino final das fezes/urina é realizado por esgoto em 99,91%.

A taxa de analfabetismo na área da Unidade de Saúde Nova está descrita na Tabela 1 e Tabela 2.

Tabela 1 - Taxa de Analfabetismo na área da Unidade de Saúde Nova com 15 anos.

Taxa De Analfabetismo	Município	Escolaridade com 15anos			
		Sim instrução 1ºciclo incompleto	1ºciclo completo/2º ciclo incompleto	2º ciclo completo ou mais	Não determinada
311290''13,8%	Caputira	45,57%	15,49%	27,05%	11,89%
Total					100

Fonte: IBGE, (2015).

Tabela 2 - Taxa de Analfabetismo da população adscrita a Unidade de Saúde Nova de 18 a 24 anos

Taxa de Analfabetismo	Município	Escolaridade de 18 a 24 anos			
		Sim instrução 1ºciclo incompleto	1ºciclo completo/2º ciclo incompleto	2º ciclo completo ou mais	Não determinada
311290''13,8%	Caputira	19,1%	21,3%	54,0%	86%
Total					180,4%

Fonte: BRASIL (2015).

O índice de mortalidade no Município no período de 2013 a 2015 de acordo com a Classificação Internacional de Doenças e problemas Relacionados à Saúde (CID-10) apresenta elevado número de óbitos por doenças isquêmicas do coração, em seguidas por neoplasias. Dentre outras causas, como descrito no quadro 1.

As principais causas de internação são as doenças crônicas como hipertensão arterial descontrolada, diabetes mellitus, acidente vascular cerebral (AVC).

As doenças de notificação são a tuberculose pulmonar e sífilis. As causas de mortalidade infantil são as más formações congênitas.

Quadro 1 - Taxa de morbidade e mortalidade na Unidade de Saúde Nova.

Capítulo CID-10	2013	2014	2015
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	2	3	2
II. Neoplasias (tumores)	5	3	6
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	3	3	3
V. Transtornos mentais e comportamentais.	-	-	1
IX. Doenças do aparelho circulatório	4	15	14
X. Doenças do aparelho respiratório	7	7	6
XI. Doenças do aparelho digestivo	3	2	3
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	-	1	-
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	-	-	1
XVI. Algumas afecções originadas no período perinatal	2	3	1
XVIII. Sint. Sinais, exames clínicos e laboratoriais	16	6	16
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	4	4	2
Total	46	47	55

Fonte: CAPUTIRA (2015).

Os problemas da UBS Saúde Nova são:

- Elevado índice de desemprego;
- Alta taxa de analfabetismo
- Predomínio óbitos por doenças do aparelho circulatórias fundamentalmente isquêmicas, seguidas de neoplasias.

Os problemas relacionados à UBS Saúde Nova referentes à estrutura e funcionamento são:

- Não contamos com ginecologista, somente no posto, eles atendem nos dias marcados.

- Não contamos com pediatra, somente uma vez na semana no posto de pronto atendimento.

Na Tabela 3 são descritos os aspectos demográficos na área de abrangência da UBS Saúde Nova.

Tabela 3 - Aspectos demográficos na área de abrangência da UBS Saúde Nova.

Faixa etária	Masculino	Feminino	Total
0-1 ano	82	77	159
1-4 anos	317	240	557
5-14 anos	423	403	826
15-19 anos	530	503	1033
20-29 anos	614	764	1378
30-39 anos	655	644	1299
40-49 anos	676	773	1499
50-59 anos	533	628	1161
60-69 anos	272	293	565
70-79 anos	183	179	362
80 anos e mais	88	106	194
total	4373	4660	9033

Fonte: CAPUTIRA (2015).

Na tabela 4 apresentamos o perfil epidemiológico da área de abrangência da Unidade de Saúde Nova.

Tabela 4 - Perfil epidemiológico da área de abrangência da UBS Saúde Nova.

Indicadores	Micro 1	Micro 2	Micro 3	Micro 4	Total
Proporção de idosos Pop. 60 anos e mais/pop total	57	154	312	598	1121
Pop. alvo para rastreamento de câncer de mama	142	380	1000	2100	3622
Pop. alvo para rastreamento de câncer de colo	212	469	1178	2400	4259
Pop. alvo para rastreamento de câncer de próstata	118	200	420	700	1438
Portadores de hipertensão arterial esperados:	100	198	479	1000	1777
Portadores de hipertensão arterial cadastrados: → SIAB	300	500	900	2500	4200
Relação hipertensos esperado-cadastrados	200	302	421	1500	2423
Portadores de diabetes esperados:	28	70	90	100	288
Portadores de diabetes cadastrados: → SIAB	34	79	110	196	419
Relação diabéticos esperados/cadastrados	6	9	20	96	131

Fonte: BRASIL (2015).

Principais problemas de saúde

- Elevado número de pacientes portadores de hipertensão arterial.
- Alta incidência de internamento por hipertensão arterial descompensada e dengue.
- Elevada quantidade de óbitos por aflições do coração e sistema circulatório, e neoplasias.

Na tabela 5 e 6 está ilustrada a distribuição das famílias segundo o destino do lixo por micro áreas e dos dejetos e micro área da UBS Saúde Nova 2016, respectivamente.

Tabela 5 - Distribuição das famílias segundo o destino de lixo e micro área da UBS Saúde Nova. 2014.

Micro área	1	2	3	4	TOTAL
Coletado	97	92	162	1018	1369
Queimado/enterrado	196	196	381	75	848
Jogado	10	194	38	0	142
Total	303	482	581	1093	2459

Fonte: CAPUTIRA, (2015).

Tabela 6 - Distribuição das famílias segundo o destino dos dejetos e micro área da UBS Saúde Nova 2015

Micro área	1	2	3	4	TOTAL
Sistema publica	73	282	181	1089	1625
Fossa	30	50	100	4	184
Céu aberto	200	150	300	0	650
Total	303	482	581	1093	2459

Fonte: CAPUTIRA, (2015).

Na tabela 7 é apresentado o abastecimento de água das famílias por micro áreas.

Tabela 7- Distribuição das famílias segundo o abastecimento de água micro área da UBS Saúde Nova, 2015.

Micro área	1	2	3	4	TOTAL
Sistema publica	150	300	441	1000	1891
Outro	153	182	140	93	568
Total	303	482	581	1093	1366

Fonte: CAPUTIRA (2015).

Lista de problemas referentes ao saneamento básico e abastecimento água

- Deficiências no saneamento básico
- Inadequado abastecimento de água potável.

No quadro 2 vemos o percentual de analfabetismo por micro áreas em menores de 15 anos na área de abrangência da Unidade de Saúde Nova no ano 2015 e no

quadro 3 o percentual de crianças menores de 14 anos fora da escola no mesmo período.

Quadro 2 - Educação do micro área de abrangência da UBS Saúde Nova maiores de 15 anos.

PERCENTUAL DA POPULAÇÃO ANALFABETA ENTRE > DE 15 ANOS SEGUNDO A MICROAREA DE ABRANGENCIA DA ESF UNIDADE DE SAUDE NOVA, 2015.	
Micro área	Percentual de analfabetos (%)
1	180
2	279
3	299
4	372
TOTAL	1130

Fonte: CAPUTIRA (2015).

Quadro 3 - Percentual de crianças menores de 14 anos que encontram-se fora da escola por micro área da UBS Saúde Nova.

PERCENTUAL DE CRIANCAS MENORES DE 14 ANOS FORA DA ESCOLA SEGUNDO A MICROAREA DA ESF UNIDADE DE SAUDE NOVA 2015.	
Micro área	Percentual de crianças fora da escola
1	3
2	2
3	4
4	10
TOTAL	19

Fonte: CAPUTIRA (2015).

Lista de problemas referentes à educação:

- Elevado índice de analfabetismo.
- Elevada quantidade de crianças fora da escola.

No quadro 4 temos as visitas domiciliares dos ACS segundo as famílias visitadas por micro área no ano 2015.

Quadro 4 - Visitas domiciliares do ACS por família segundo a micro área da UBS Saúde Nova, 2015.

MICROAREA	FAMILIAS	VISITAS ANUAIS	VISITAS/FAMILIA/ANO
1	200	2	400
2	195	2	390
3	305	2	610
4	393	2	786

Fonte: CAPUTIRA (2015).

Na tabela 8 é apresentada a distribuição das consultas por micro área na Unidade de Saúde Nova no ano 2015.

Tabela 8 - Distribuição das consultas na UBS Saúde Nova, 2015.

Micro área				
	Micro área 1	Micro área 2	Micro área 3	TOTAL
PUERICULTURA	180	564	684	1428
PRENATAL	48	120	364	532
HIPERTENSAO	600	1800	5000	7400
DIABETES	68	220	392	680
CÂNCER	6	10	24	40
TUBERCULOSE	20	46	60	126
HANSENIASE	10	12	18	40
TOTAL	932	2772	6542	10246

Fonte: BRASIL (2015).

A UBS tem cobertura de vacinação, pré-natal, e puericultura de 100%. Além das reuniões há também grupos de tabagismo, e muitos pacientes tem deixado o hábito de fumar.

Lista geral de problemas

- Da comunidade em geral (o contexto)
- Do sistema local de saúde
- Da área de abrangência, da unidade de saúde
- Problemas de saúde prevalentes

- Saneamento
- Educação
- Do trabalho da equipe

Como se pode observar na lista de problemas da área da Unidade de Saúde Nova em Caputira, depois da análise do perfil epidemiológico a equipe selecionou um grupo de problemas onde um dos mais predominantes foi o elevado número de portadores de HAS. Essa patologia preocupa todos os profissionais da Unidade pelas suas complicações e pela quantidade de pacientes que a padecem. Assim achamos necessária uma análise profunda deste tema para definir a realidade deste problema de saúde na comunidade de Caputira. Apresentamos a Tabela 9, com a distribuição da HAS por faixa etária e sexo.

Tabela 9 - Distribuição de portadores de Hipertensão Arterial na área de equipe Unidade de Saúde Nova por faixa etária e sexo.

Faixa etária	Masculino	Feminino	Total
0-1 ano	0	0	0
1-4 anos	0	0	0
5-14 anos	4	2	6
15-19 anos	20	15	35
20-29 anos	84	70	154
30-39 anos	589	590	1179
40-49 anos	500	635	1135
50-59 anos	433	528	961
60-69 anos	195	200	395
70-79 anos	83	100	183
80 anos e mais	64	88	152
Total	1972	2228	4200

Fonte: CAPUTIRA (2015).

A prevalência de HAS na população adulta é de 46,4 % na nossa área de abrangência. Segundo a V Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial (2010) na população adulta brasileira a prevalência varia de 22,3% a 44%, sendo mais frequentes nas mulheres.

A maior prevalência nesta área é para a população adulta na faixa etária de 40-49 anos mostrando coincidências com estudos realizados. Segundo a OMS (2007) estudo sobre a HAS na cidade de Campo Grande/MS no ano 2007 mostra que há diferença significativa entre as idades em relação a pressão arterial (IC 95%). As pessoas amostradas a partir da classe de idade 40 a 49 anos tendem a possuir maior prevalência de pressão alta. Dos pacientes estudados 400 (44,8%) homens e 492 (55,2%) mulheres.

Na população idosa, nas pessoas maiores de 70 temos 730 pacientes que representam 17,3%, sendo mais predominante na faixa de 40 a 59 anos. Sem dúvida é o principal problema da população e influi nas principais causas de internamento do município e as principais causas de óbitos são as doenças do aparelho circulatório. Por enquanto foi selecionado como o primeiro problema de saúde na região.

A tabela 10 mostra a distribuição de portadores de Diabetes Mellitus na área de abrangência da Unidade de Saúde Nova por faixa etária e sexo.

Tabela 10 - Distribuição de portadores de Diabetes Mellitus na área de equipe Unidade de Saúde Nova por faixa etária e sexo.

Faixa etária	Masculino	Feminino	Total
0-1 ano	0	0	0
1-4 anos	0	1	1
5-14 anos	3	2	5
15-19 anos	7	8	15
20-29 anos	12	16	28
30-39 anos	12	24	36
40-49 anos	23	20	43
50-59 anos	48	51	99
60-69 anos	36	33	69
70-79 anos	48	25	73
80 anos e mais	30	20	50
Total	219	200	419

Fonte: CAPUTIRA (2015).

A prevalência desta doença na população adulta é de 4.6%%. Em 2014 a prevalência mundial de diabetes mellitus foi de 9 % em adultos maiores de 18 anos. A frequência aumenta em todo o mundo e também cresce o risco nas crianças, portanto não podemos descuidar desta doença, que é um dos principais problemas da saúde em nossa população (REVILLA, 2014).

A equipe selecionou como “nós críticos” as situações relacionadas com o problema principal sobre o qual tem algumas possibilidades de ação mais direta e que pode ter importante impacto sobre o problema escolhido, mostramos a continuação: hábitos e estilos de vida dos pacientes; nível de informação; estrutura dos serviços de saúde; processo de trabalho da Equipe da Saúde.

2 JUSTIFICATIVA

A equipe de saúde da Unidade de Saúde Nova realizou o diagnóstico situacional e o levantamento dos principais problemas, sendo identificado o elevado número de pacientes portadores de HAS na comunidade. Esta condição de saúde é passível de intervenções, sendo possível a realização de ações de promoção, prevenção e tratamento evitando novos casos e reduzindo complicações nos casos presentes e as famílias ao tomar o conhecimento da situação passam a interessar mais e levar a sério o tratamento.

Nossa equipe identifica como principais problemas de saúde:

- Elevado número de pacientes portadores de HAS.
- Alta incidência de óbitos por neoplasias de colo uterino, a mais frequente.
- Elevada incidência de doenças isquêmicas do aparelho circulatório.

Assim o problema escolhido pela nossa equipe foi o elevado número de pacientes portadores de HAS.

A HAS ou pressão alta é uma doença caracterizada pela elevação dos níveis tensionais. É uma síndrome metabólica geralmente acompanhada por outras alterações como obesidade. Cerca de 20% da população brasileira é portadora de HAS, sendo que 50% da população com obesidade têm a doença. Hoje a HAS é principal causa de morte no mundo, pois pode favorecer uma série de outras doenças.(BARROSO, 2015; MERHY e ONOCKO, 1997).

Esta é uma doença que precisa ser controlada por todos os riscos e complicações que apresenta, é uma preocupação para nossa equipe o alto número de pacientes portadores de HAS que apresenta nossa área de abrangência, pelo qual precisamos atuar sobre os fatores de risco, modificar estilos e modo de vida e atuar sobre a doença como tal (BARROSO, 2015; MERHY e ONOCKO, 1997).

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

3 OBJETIVOS

3.1 Geral

Elaborar um projeto de intervenção a fim de promover o controle adequado dos pacientes hipertensos residentes na área de abrangência da UBS Saúde Nova do município Caputira/Minas Gerais

3.2 Específicos

Identificar os fatores determinantes do elevado número de hipertensos residentes na área de abrangência da UBS Saúde Nova.

Descrever a fundamentação teórica para a proposta a ser elaborada.

4 METODOLOGIA

Para o desenvolvimento do plano de intervenção foi utilizado o método de planejamento estratégico situacional (PES) trabalhado por Campos; Faria e Santos (2010) quando do desenvolvimento da disciplina planejamento e avaliação das ações em saúde.

O plano de intervenção foi elaborado a partir da seleção e análise de determinados critérios. Na UBS o problema identificado foi o elevado número de pacientes portadores de HAS. Uma vez definidos os problemas e as prioridades (1º e 2º passos), a próxima etapa foi à descrição do problema selecionado.

Para descrição do problema priorizado, nossa equipe utilizou alguns dados fornecidos pelo Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB) e outros que foram produzidos pela própria equipe através das diferentes fontes de obtenção de dados. Foram selecionados indicadores de frequência de alguns dos problemas e também da ação da equipe frente aos mesmos. A partir da explicação do problema, foi elaborado um plano de ação, entendido como uma forma de sistematizar propostas de solução para o enfrentamento do problema em questão (GIOVANELLA, 1990; CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

Com o problema explicado e identificado as causas consideradas as mais importantes, passou-se pensar nas soluções e estratégias para o enfrentamento do mesmo, iniciando a elaboração do plano de ação propriamente dito e o desenho da operacionalização (HARTZ, 1999).

Foram identificados os recursos críticos a serem consumidos para execução das operações que constitui uma atividade fundamental para análise da viabilidade do plano. Os atores que controlavam os recursos críticos e sua motivação em relação a cada operação foram identificados, propondo em cada caso ações estratégicas para motivar os atores identificados (RIVERA, 1989).

Finalmente para a elaboração do plano operativo, nos reunimos com todas as pessoas envolvidas no planejamento, definimos por consenso a divisão de responsabilidades por operação e os prazos para a realização de cada produto.(BRASIL, 2005; CAMPOS, FARIA, SANTOS, 2010).

A revisão da literatura na base de dados do Literatura Latino-americana em Ciências da Saúde (LILACS), Índice Bibliográfico Espanhol de ciências da saúde (IBECS), Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE), Scientific Electronic Library Online (SciELO) utilizando os descritores: Hipertensão, Doenças e morbimortalidade.

5 REFERENCIAL TEÓRICO

A HAS ou pressão alta é uma doença caracterizada pela elevação dos níveis tensionais. É uma síndrome metabólica geralmente acompanhada por outras alterações como obesidade. Cerca de 20% da população brasileira é portadora de HAS, sendo que 50% da população com obesidade têm a doença. Hoje a HAS é a principal causa de morte no mundo, pois pode favorecer uma série de outras doenças (BARROSO, 2015; MERHY e ONOCKO, 1997).

Essa patologia é um fator de risco evitável de morte prematura. Com a HAS aumenta significativamente o risco de Cardiopatia Isquêmica, Acidentes Vasculares Cerebrais (AVE), Doença Arterial Periférica e outras Doenças Cardiovasculares (DCV) incluindo Insuficiência Cardíaca, Aneurisma da Aorta, Aterosclerose e Embolia Pulmonar. A HAS constitui ainda um fator de risco para a Insuficiência Renal Crônica e para os transtornos cognitivos como perturbações da memória e períodos de confusão e mesmo Demência. Outras complicações podem incluir Retinopatia Hipertensiva e Nefropatia Hipertensiva (BRANDÃO *et al.*, 2010).

A maioria dos casos de HAS não apresenta uma causa aparente facilmente identificável, sendo conhecida como hipertensão essencial. Uma pequena proporção dos casos de HAS é devida a causas muito bem estabelecidas, que precisam ser devidamente diagnosticadas, uma vez que, com a remoção do agente etiológico, é possível controlar ou curar a HAS. É a chamada hipertensão secundária. No nível de atenção básica, a equipe de saúde deve estar preparada para diagnosticar, orientar e tratar os casos de hipertensão essencial, que são a maioria. Por outro lado, os casos suspeitos de hipertensão secundária deverão ser encaminhados aos especialistas.

A mortalidade por DCV aumenta progressivamente com a elevação da Pressão Arterial (PA) a partir de 115/75 mmHg de forma linear, contínua e independente. Em 2001, cerca de 7,6 milhões de mortes no mundo foram atribuídas à elevação da PA, 54% por AVE e 47% por doença isquêmica do coração (DIC), sendo a maioria em países de baixo e médio desenvolvimento econômico e mais da metade em

indivíduos entre 45 e 69 anos. No Brasil, as DCV têm sido a principal causa de morte. Em 2007 ocorreram 308.466 óbitos por doenças do aparelho circulatório. Entre 1990 a 2006, observou-se uma tendência lenta e constante de redução das taxas de mortalidade cardiovascular (LOPES e NEVES, 2010).

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 (BRANDÃO *et al.*, 2010).

Nas últimas décadas, o número de hipertensos tem aumentado progressivamente, devido a fator como maior expectativa de vida, maior incidência de obesidade, sedentarismo e de maus hábitos alimentares. A elevada prevalência associada ao fato de que apenas metade dos hipertensos consegue manter sua PA devidamente controlada, mantém a HAS com o título de principal fator de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares e AVC (BRANDÃO *et al.*, 2010).

A HAS pode ser uma doença assintomática e deve ser pesquisada e investigada sistematicamente (BRANDÃO *et al.*, 2010)..

A definição mais aceita hoje em dia sobre hipertensão é a seguinte: Normotensos: pressões menores ou igual a 120/80 mmHg; Pré-hipertensos: Pressões entre 121/81 – 139/89 mmHg. E, hipertenso grau: Pressões entre 140/90 – 159/99 mmHg hipertenso grau II: Pressões maiores ou iguais a 160/100 mmHg (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2015).

Uma vez feito o diagnóstico da hipertensão, todos os doentes devem se submeter a mudanças de estilo de vida antes de se iniciar terapia com medicamentos. As principais são: redução de peso; iniciar exercícios físicos; abandonar cigarro, reduzir o consumo de álcool, reduzir consumo de sal, reduzir consumo de gordura saturada, aumentar consumo de frutas e vegetais.

A redução da PA com essas mudanças costuma ser pequena e dificilmente uma pessoa com níveis pressóricos muito altos (maior que 160/100 mmHg) atinge o

controle da hipertensão sem a ajuda dos remédios. Todavia, nas hipertensões leves, há casos em que apenas com controle do peso, dieta apropriada e prática regular de exercícios conseguem-se o controle da pressão arterial. O problema é que as maiorias dos pacientes não aceitam mudança nos hábitos de vida e acabam tendo que tomar medicamentos para controlar a PA.

Aqueles pacientes que já chegam ao médico com PA alta e sinais de lesão de algum órgão alvo devem iniciar tratamento medicamentoso logo, uma vez que o fato indica hipertensão de longa data. Obviamente, as mudanças de estilo de vida também estão indicadas neste grupo (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2015).

Os medicamentos mais usados para o tratamento de hipertensão são, Aldactone, Apresolina, Aradois, Atenolol, Atenolol + Clortalidona, Atensina, Besilato de Anlodipino, Benicar, Clortalidona, Co-Pressotec, Captopril, Captopril + Hidroclorotiazida, Carvedilol, Concor, Diovan, Diurix, Doxazosina, Duomo, Enalapril + Hidroclorotiazida, Enalapril, Espironolacton, Furosemida, Hidroclorotiazida, Higroton, Indapen SR, Lasix, Lisinopril, Losartana Potássica, Losartana Potássica + Hidroclorotiazida, Metildopa, Nebilet (REVILLA, 2014).

Além de ser muito importante o controle dos hipertensos, ainda mais importante é a prevenção e promoção de saúde dessas pessoas no desenvolvimento da doença. Entre as intervenções educativas para os hipertensos temos: medidas gerais de promoção de saúde, tais como campanhas educacionais, recomendações e intervenções (estratégias populacionais) ou medidas de proteção específicas, como imunizações e profilaxia medicamentosa, voltadas para populações com maior risco de desenvolver a doença (SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO, 2010).

As ações de promoção de saúde a larga escala devem ter foco na educação e no conhecimento da hipertensão, de modo a prevenção da hipertensão como alvo atingir a população em geral. Podem ser implementadas por meio de campanhas educativas (jornais, revistas, cartilhas, TV, rádio, etc.) e visam conscientizar a população a adotar hábitos saudáveis de vida e conseqüentemente reduzir, retardar ou mesmo impedir o aparecimento dos fatores de risco ou complicações da HAS (SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO, 2010).

6 PLANO DE INTERVENÇÃO

O plano de intervenção é o instrumento que destaca as atividades necessárias, quando devem ser executadas, por quem, quais recursos serão necessários, quanto custará e em que sequência serão executada no projeto. A rede de tarefas de um projeto representa um mapa a ser seguido durante sua execução, trata se de uma representação lógica das tarefas que define a sequência do trabalho a ser realizado. Como pretende alcançar os objetivos, como vai conduzir o projeto: em que local o projeto será desenvolvido, com quem o para quem serão desenvolvidas as ações, quais são os atores envolvidos nesse projeto, como pretende envolvê-los, que informações são necessárias, quais são os recursos necessários, qual é a fonte dos recursos, quais são os passos para responder à questão problema a fim de atingir o seu objetivo (MATUS, 1989).

Assim o plano de intervenção elaborado consta de 9 passos.

Primeiro passo: Identificação do problema:

Depois de discutir os dados encontrados

Nossa equipe identifica como principais problemas de saúde:

- 1-Elevado número de pacientes portadores de HAS.
- 2-Alta incidência de óbitos por neoplasias de colo uterino, a mais frequente.
- 3-Elevada incidência de doenças isquêmicas do aparelho circulatório.

Segundo passo: priorização dos problemas

Dando continuidade no quadro número 5 é apresentado os principais problemas de saúde da Unidade de Saúde Nova para a seleção do principal problema.

Quadro 5 - Priorização dos principais problemas de saúde na Unidade de Saúde Nova em Caputira, Minas Gerais.

Principais Problemas	Importância	Urgência	Capacidade de enfrentamento	Seleção
Elevado número de pacientes portadores de Hipertensão Arterial.	Alta	7	Parcial	1
Alta incidência de óbitos por neoplasias de colo uterino, a mais frequente.	Alta	6	Parcial	2
Elevada incidência de doenças isquêmicas do aparelho circulatório.	Alta	5	Parcial	3

Terceiro Passo: Descrição do Problema

A HAS é uma doença que pode ser evitada e controlada, em nossa comunidade tem um número muito alto de pacientes com esta doença pelo qual é motivo de preocupação para nossa equipe, já que 4200 pacientes são afetados pela doença podendo ser as causas o desconhecimento dos fatores de risco e maus hábitos de vida.

Quarto Passo: Explicação do problema

O elevado número de pacientes portadores de HAS foi o principal problema escolhido pela equipe. A prevalência de HAS na população adulta é de 46,4 % na nossa área de abrangência. Segundo as V Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial (2010) na população adulta brasileira a prevalência varia de 22,3% a 44%, sendo 53% nas mulheres e de 46,8% nos homens. Assim cito algumas medidas não farmacológicas para a prevenção e controle da HAS.

Prevenção:

Realizar exercícios físicos regularmente e evitar o sedentarismo

Respeitar os horários das refeições.

Evitar o estresse.

Manter o peso corporal próximo ao ideal (de forma que IMC <25 kg)

Evitar consumo de bebidas alcóolicas.

Moderar a quantidade de sal nas comidas.

Quinto passo: Identificação dos nós críticos

A equipe de saúde selecionou como “nós críticos” as situações relacionadas com o problema principal sobre o qual a equipe tem alguma possibilidade de ação mais direta e que pode ter importante impacto sobre o problema escolhido. Vejamos quais foram os problemas considerados “nós críticos” pela equipe de saúde:

Nível de informação: Falta de informação dos pacientes dos principais fatores de risco e prevenção (quadro 6).

Estrutura dos serviços de saúde: Estrutura dos serviços de saúde com poucos serviços e desorganizada (quadro 7).

Processo de trabalho da Equipe da Saúde: Não compelindo a linha do protocolo de atenção ao hipertenso (quadro 8).

Hábitos e estilos de vida dos pacientes: Elevado consumo de sal, sedentarismo, consumo de álcool (quadro 9).

Quadro 6 - Operações sobre o “nó crítico” Nível de informação, relacionado ao problema Elevado número de pacientes portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica, na população sob-responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Unidade de Saúde Nova, em Caputira, Minas Gerais.

Nó crítico 1	Nível de informação
Operação	Saber mas
Projeto	Aumentar o nível de conhecimento da população sobre a Hipertensão Arterial.
Resultados esperados	População com mais conhecimento sobre a Hipertensão Arterial Sistêmica
Produtos esperados	Avaliação do nível de conhecimento da população sobre Hipertensão Arterial, campanha educativa na rádio local, capacitação dos ACS.
Atores sociais/ responsabilidades	Equipe Básico de Saúde.
Recursos necessários	Estrutural: Cognitivo: Financeiro: Político: Articulação com a Secretaria de Saúde.
Recursos críticos	Político: Articulação Inter setorial.
Controle dos recursos críticos / Viabilidade	Ator que controla: Secretaria de Educação. Motivação: Favorável.
Ação estratégica de motivação	Não necessária.
Responsáveis:	Equipe Básico de Saúde.
Cronograma / Prazo	Início em 4 meses (setembro 2016) e termino em 6 meses (março 2017). Avaliações a cada semestre. Início em dois meses (julho 2016) e termino em 3 meses (outubro 2016)
Gestão, acompanhamento e avaliação	Coordenação. Após 6 meses do início do projeto.

Quadro 7 - Operações sobre o “nó crítico” Estrutura dos serviços de saúde, relacionado ao problema Elevado número de pacientes portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica, na população sob-responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Unidade de Saúde Nova, em Caputira, Minas Gerais.

Nó crítico 2	Estrutura dos serviços de saúde
Operação	Cuidar melhor
Projeto	Melhorar a estrutura do serviço para o atendimento de hipertensos.
Resultados esperados	Proporcionar ofertas de consultas medica de acordo com a estratificação de risco, garantia de disponibilidade de medicamentos para os hipertensos cadastrados, garantir o apoio diagnostica.
Produtos esperados	Capacitação de pessoal, contratação de compra de exames e consultas especializadas, compra de medicamentos.
Atores sociais/ responsabilidades	Prefeito Municipal Secretaria de Saúde.
Recursos necessários	Estrutural: Cognitivo: Elaboração adequada Financeiro: Aumento de oferta de exames. Político: Decisão de recursos para estruturar o serviço
Recursos críticos	Financeiro: Recursos necessários para a estruturação do serviço (custeio e equipamentos) Político: Decisão de aumentar os recursos para estruturar o serviço.
Controle dos recursos críticos / Viabilidade	Ator que controla: Prefeito Municipal, Secretaria de Saúde Municipal, Fundo Municipal de Saúde. Motivação: Favorável.
Ação estratégica de motivação	Apresentar projeto de estruturação da rede
Responsáveis:	Secretaria de Saúde Municipal.
Cronograma / Prazo	Quatro meses para apresentação do projeto (setembro 2016) e oito meses para aprovação e liberação dos recursos (maio 2017). Quatro meses para compra dos equipamentos (setembro 2017), Início em quatro meses (janeiro 2018) e finalização em oito meses (setembro 2018)
Gestão, acompanhamento e avaliação.	Coordenação. Após 6 meses do início do projeto.

Quadro 8 - Operações sobre o “nó crítico” Processo de trabalho da equipe de saúde, relacionado ao problema Elevado número de pacientes portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica, na população sob-responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Unidade de Saúde Nova, em Caputira, Minas Gerais.

Nó crítico 3	Processo de trabalho da equipe de saúde.
Operação	Linha do cuidado
Projeto	Implantar a linha do cuidado segundo protocolo para atenção a pacientes hipertensos.
Resultados esperados	Cobertura de 80% da população acima dos 15 anos.
Produtos esperados	Linha de cuidado para atenção a hipertensos, protocolos implantados, recursos humanos capacitados, regulação implantada, gestão da linha do cuidado.
Atores sociais/ responsabilidades	Secretaria Municipal de Saúde.
Recursos necessários	Estrutural: Cognitivo: Financeiro: Político: Articulação entre os setores assistenciais da saúde.
Recursos críticos	Político: Articulação entre os setores da saúde e adesão dos profissionais
Controle dos recursos críticos / Viabilidade	Ator que controla: Secretaria Municipal de Saúde. Motivação: Favorável.
Ação estratégica de motivação	Não necessária
Responsáveis:	Secretaria de Saúde Municipal.
Cronograma / Prazo	Início em três meses (agosto 2016) e finalização em 12 meses (agosto 2017)
Gestão, acompanhamento e avaliação	Coordenação. Após 6 meses do início do projeto.

Quadro 9 - Operações sobre o “nó crítico” “Hábitos e estilos de vida dos pacientes, relacionado ao problema Elevado número de pacientes portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica, na população sob-responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Unidade de Saúde Nova, em Caputira, Minas Gerais”.

Nó crítico 4	. Hábitos e estilos de vida dos pacientes.
Operação	Saber mas Saúde
Projeto	Aumentar o nível de informação da população sobre a importância da continuidade do tratamento na Hipertensão Arterial.
Resultados esperados	População mais informada sobre a importância da continuidade do tratamento na Hipertensão Arterial.
Produtos esperados	Avaliação do nível de informação da população sobre a importância da continuidade do tratamento na Hipertensão Arterial, campanha educativa na rádio local, capacitação dos ACS.
Atores sociais/ responsabilidades	Setor de comunicação social, Secretaria de Educação, Secretaria de Saúde/Equipe Básico de Saúde.
Recursos necessários	Estrutural: Cognitivo: Financeiro: Para aquisição de recursos audiovisuais, Folhetos educativos, etc. Político: Articulação Inter setorial (parceira com o setor Educação) e mobilização social.
Recursos críticos	Político: Conseguir o espaço na rádio local Político: Decisão de aumentar os recursos para estruturar o serviço.
Controle dos recursos críticos / Viabilidade	Setor de comunicação social, Secretaria de Educação, Secretaria de Saúde. Motivação: Favorável.
Ação estratégica de motivação	Não necessária
Responsáveis:	Equipo Básico de Saúde.
Cronograma / Prazo	Três meses para o início das atividades. (agosto 2016)
Gestão, acompanhamento e avaliação	Coordenação. Após 6 meses do início do projeto.

Sexto passo: desenho das operações

Com o problema identificado e bem explicado e identificadas as causas mais importantes a continuação colocarei as soluções e estratégias para o enfrentamento do mesmo fazendo o plano de ação que tem os seguintes objetivos: descrever as operações para o enfrentamento das causas selecionadas como “nós críticos”; identificar os produtos e resultados para cada operação definida; identificar os recursos necessários para a concretização das operações, descritos no quadro 10.

Quadro 10 - Operações para o enfrentamento das causas selecionadas como “nós críticos” na Unidade de Saúde Nova Caputira. Minas Gerais.

Problema Prioritário	Elevado número de pacientes portadores de Hipertensão Arterial.
Nó crítico (1)	Nível de informação
Projeto (1)	Aumentar o nível desconhecimento da população sobre HAS
Resultados (1)	População com mais conhecimento sobre a HAS.
No crítico(2)	Estrutura do serviço de saúde
Projeto(2)	Melhorar a estrutura do serviço para o atendimento de hipertensos.
Resultados(2)	Proporcionar ofertas de consultas médicas de acordo com a estratificação de risco garantia de disponibilidade de medicamentos para os hipertensos cadastrados, garantir o apoio diagnóstico.
No crítico(3)	Processo de trabalho da equipe da saúde
Projeto(3)	Implantar a linha do cuidado segundo protocolo para atenção a hipertensos
Resultados(3)	Cobertura de 80% da população acima dos 15 anos

Segundo Campos, Faria e Santos (2010) 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.

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. Essas operações consomem vários tipos de recursos, a saber: econômicos. No sexto passo, o desenho das operações é realizado as seguintes tarefas: descrever as operações, identificar os produtos e resultados, recursos necessários para a concretização das operações (MATUS, 1989).

Sétimo passo: identificação dos recursos críticos

O objetivo desse passo é identificar os recursos críticos que devem ser consumidos em cada operação. O processo de transformação da realidade sempre consome, com mais ou com menos intensidade, algum tipo de recurso. Portanto, a dimensão dessa transformação vai depender da disponibilidade de determinados recursos, a favor ou contra as mudanças desejadas.

Oitavo passo: análises da viabilidade do plano

Neste passo o ator não controla todos os recursos para a construção do seu plano, causa pela qual precisa identificar os atores que controlam os recursos críticos, porém para analisar a viabilidade do plano o ator deve ter em conta os seguintes objetivos: 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.

Nono passo: elaboração do plano operativo

Neste passo o objetivo é designar os responsáveis por cada operação, e o prazo de 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 o responsável deva executá-las. Ele pode (e deve) contar com o apoio de outras pessoas.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.

Espera-se com este trabalho de intervenção, a participação da população, o setor da educação e da equipe da UBS Unidade de Saúde Nova, do município Caputira aumentar o controle ou adesão dos pacientes com HAS, reduzindo a morbimortalidade na área. Para a gestão do plano realizou-se reuniões mensais com a equipe da saúde, onde todos os membros da equipe falaram suas sugestões e principais dificuldades para a realização do plano, para avaliação das operações propostas após 6 meses do início do projeto.

Considera-se que o método utilizado surtirá efeito a partir do momento que a população se conscientizar que adesão ao tratamento e prevenção e o melhor plano de intervenção no processo de controle de morbimortalidade da doença.

REFERÊNCIAS

BRANDAO, A. A. *et al.* Conceituação, epidemiologia e prevenção primária. **J. Bras. Nefrol.**[online], v. 32, suppl.1, p.1-4, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-2802010000500003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 05 de Março de 2016.

BARROSO, L. R. **Interpretação e aplicação da Constituição: fundamentos de uma dogmática constitucional transformadora**. 5 ed. São Paulo: Saraiva, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. SIAB. **Sistema de Informação da Atenção Básica**. 2015. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?siab/cnv/SIABSmg.def>. Acesso em: 02 de Março de 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação de Acompanhamento e Avaliação. **Avaliação na atenção básica em saúde: caminhos da institucionalização**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

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

CAPUTIRA. Prefeitura Municipal de Caputira. Secretaria de Saúde, 2013. Disponível em: www.caputira.mg.gov.br. Acesso em: 3 de março 2016.

CAPUTIRA. Prefeitura Municipal de Caputira Secretaria Municipal de Saúde. **Diagnostico Situacional de Saúde**, 2015.

GIOVANELLA, L. Planejamento estratégico em saúde: uma discussão da abordagem de Mario Testa. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 6, n. 2, p. 129-153, 1990.

HARTZ, Z. M. A. Avaliação dos programas de saúde: perspectivas teóricas metodológicas e políticas institucionais. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 4, n.2, p. 341-353, 1999.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. 2015. Disponível em: <http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=311290&search=minas-gerais|caputira>. Acesso em: 20 de Junho de 2015 e 28 de Abril de 2016.

LOPES, R.A.; NEVES, F.A.R. Meta-analysis for bioequivalence studies: interchangeability of generic drugs and similar containing Hydrochlorothiazide is possible but not with Enalapril Maleate. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**, v.32, n..2, p. 173-181, 2010.

MATUS, C. **Fundamentos da planificação situacional**. In: RIVERA, F.J.U. (Org.). Planejamento e programação em saúde: um enfoque estratégico. São Paulo: Cortez, 1989. p.105-176.

MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Org.). **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, 1997. 385p.

REVILLA, W. R. Prevalência de hipertensão arterial e diabetes em habitantes de Lima e Callao/ Peru. **LMore Revista Peruana**, v. 33, n. 1, p. 185-186, 2014.

RIVERA, F. J. U. (Org.) **Planejamento e programação em saúde**: um enfoque estratégico. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 1989.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. **Revista da Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo**, v. 25, n. 1, 2015. Disponível em: <http://www.socesp.org.br/upload/revista/2015/REVISTA-SOCESP-V25-N1.pdf>. Acesso em 06 de Março de 2016.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO. **V Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial**, São Paulo; 2010. Disponível em: http://www.sbh.org.br/pdf/diretrizes_final.pdf. Acesso em: 02 de Março de 2016.