

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

ANGEL OCHOA SOSA

**A PREVALÊNCIA DA HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA EM
ADULTOS COM IDADE ENTRE 30 E 40 ANOS ATENDIDOS NO
PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA DO BAIRRO SANTA CRUZ,
CARATINGA/MG**

GOVERNADOR VALADARES/MG

2014

ANGEL OCHOA SOSA

**A PREVALÊNCIA DA HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA EM
ADULTOS COM IDADE ENTRE 30 E 40 ANOS ATENDIDOS NO
PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA DO BAIRRO SANTA CRUZ,
CARATINGA/MG**

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 em Atendimento Básico de Saúde na Família. Orientador: Prof. Heriberto Fiuza Sanchez

GOVERNADOR VALADARES/MG

2014

ANGEL OCHOA SOSA

**A PREVALÊNCIA DA HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA EM
ADULTOS COM IDADE ENTRE 30 E 40 ANOS ATENDIDOS NO
PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA DO BAIRRO SANTA CRUZ,
CARATINGA/MG**

Banca examinadora

Examinador 1: Prof. Heriberto Fiuza Sanchez

Examinador 2:

Aprovado em Belo Horizonte/MG, de de 2015.

RESUMO

O presente projeto de intervenção surge como tentativa de enfrentamento do problema da hipertensão arterial sistêmica em adultos com idade entre 30 e 40 anos atendidos no Programa Saúde da Família Sinésio Brum de Loyola, do Bairro Santa Cruz, localizado no Município de Caratinga/MG. Tal doença é uma condição clínica multifatorial, caracterizada por níveis elevados da pressão arterial, frequentemente ligada a fatores de risco como hábito de beber e fumar, estresse, excesso de sal e gordura na dieta, obesidade, sobrepeso e sedentarismo e, por conseguinte, ao aparecimento de doenças do coração, a exemplo do infarto do miocárdio e insuficiência cardíaca, causadora, ainda, de acidente vascular cerebral, insuficiência renal, cegueira, amputação de membros e, até mesmo, óbito do indivíduo hipertenso. Por desenvolver-se, na maioria das vezes, de maneira crônica e assintomática, o diagnóstico e tratamento da hipertensão arterial sistêmica são comumente negligenciados, devendo ser propostas ações resolutivas e pertinentes para a sua redução ou controle e, conseqüentemente, das diversas patologias a ela associadas.

Palavras-chave: Hipertensão arterial sistêmica, pressão arterial, Programa Saúde da Família, proposta de intervenção.

ABSTRACT

This intervention project emerges as an attempt to of hypertension tackling the problem in adults aged between 30 and 40 years attended at the Family Health Program Sinésio Brum Loyola, Barrio Santa Cruz, located in Caratinga/MG. This disease is a multifactorial clinical condition characterized by high levels of blood pressure, often linked to risk factors such as smoking and drinking habits, stress, excess salt and fat in the diet, obesity, overweight and physical inactivity and therefore the onset of heart disease, similar to heart attack and heart failure, which causes also of cerebral stroke, kidney failure, blindness, limb amputation and even death in hypertensive individuals. For develop, in most cases, chronic and asymptomatic way, diagnosis and treatment of hypertension are commonly neglected and should be proposed resolving and relevant actions to reduce or control and thus the various pathologies her associated.

Keywords: Hypertension, high blood pressure, Family Health Program, intervention proposal.

SUMÁRIO

| | |
|--|-----------|
| 1 INTRODUÇÃO | 7 |
| 2 JUSTIFICATIVA..... | 9 |
| 3 OBJETIVOS..... | 10 |
| 3.1 Objetivo Geral..... | 10 |
| 3.2 Objetivos Específicos..... | 10 |
| 4 METODOLOGIA | 11 |
| 5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA..... | 12 |
| 5. 1 Programa Saúde da Família | 12 |
| 5.2 Hipertensão arterial sistêmica | 14 |
| 6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO | 16 |
| 6.1 Definição do problema..... | 16 |
| 6.2 Explicação do problema | 17 |
| 6.3 “Nós críticos” selecionados | 19 |
| 6.4 Operação dos “nós críticos”..... | 19 |
| 6.5 Identificação dos recursos críticos | 21 |
| 6.6 Análise de viabilidade..... | 21 |
| 6.7 Elaboração do plano operativo..... | 22 |
| 6.8 Gestão do plano | 24 |
| 7 REFERÊNCIAS..... | 26 |

1 INTRODUÇÃO

Atualmente o Brasil tem sofrido intensas transformações em seu sistema de saúde, sobretudo a partir da promulgação da Constituição Federal de 1988, a qual deu origem ao Sistema Único de Saúde, e da 8ª Conferência Nacional de Saúde, que colaborou para a formulação de princípios e diretrizes norteadores do aludido sistema (BECK; MINUZZI, 2008).

Com a criação do Sistema Único de Saúde foram apresentadas proposições que definiram a saúde como direito de todos e dever do Estado, a universalidade e igualdade do acesso à saúde, a procura da superação da dicotomia entre prevenção e cura, a visão da integralidade na assistência ao indivíduo, a descentralização do sistema de saúde, a participação complementar dos grupos privados na saúde, a evidência nas áreas de saúde do trabalhador, a vigilância epidemiológica e sanitária, o estímulo à participação comunitária efetiva e o financiamento do sistema de saúde brasileiro de forma tripartite entre União, Estados e Municípios (ARAÚJO; FELIX; SILVA; SILVEIRA, 2007).

Buscando posição contrária ao modelo hegemônico de saúde no Brasil, voltado para os hospitais, preocupado apenas com a medicina curativa, dirigiu-se à elaboração de várias propostas, dentre as quais é possível enfatizar as ações programáticas de saúde, o acolhimento, a vigilância em saúde, a proposta de criação de cidades saudáveis e a promoção da saúde, como estratégias de intervenção que podem auxiliar na concretização dos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (BECK; MINUZZI, 2008).

Destaca-se, nesse sentido, o Programa Saúde da Família, devidamente implantado em Caratinga no ano de 2005, município que localiza-se na Região Leste do Estado de Minas Gerais, com população de 90.192 habitantes, cuja principal fonte de renda é a cafeicultura.

Com extensão territorial de 1.258.778 KM², o município tem sua parte urbana dividida em bairros, sendo o Bairro Santa Cruz o maior tanto em extensão geográfica, quanto em níveis populacionais.

O grande número de atendimentos diários faz com que as equipes de saúde tenham trabalhos excessivos, visto que trata-se do bairro mais populoso do município e com isso a maior demanda, sendo priorizados os problemas referente

aos casos que envolvem doenças crônicas como a hipertensão arterial sistêmica, diabetes, dentre outras.

Nesse cenário, o presente estudo objetiva verificar a prevalência de hipertensão arterial sistêmica em população adulta com idade entre 30 e 40 anos na cidade de Caratinga/MG, especificamente aqueles atendidos no Programa Saúde da Família do Bairro Santa Cruz, e os fatores associados, utilizando, para tanto, de conhecimentos médicos existentes e a revisão em vasta bibliografia sobre a temática proposta.

2 JUSTIFICATIVA

Considerando a necessidade de um sistema de saúde mais dinâmico e próximo dos pacientes, é de suma importância a realização de uma pesquisa na qual se demonstrará a realidade fática da temática proposta.

A implantação do Programa Saúde da Família fez com que houvesse uma relação mais humanizada entre profissionais de saúde e pacientes. Desse modo, importante verificar os fatores que predispõem os adultos com idade entre 30 e 40 anos à hipertensão arterial sistêmica, bem como quais os métodos a serem aplicados para sua melhoria, considerando ser a medicina preventiva o foco de todo o sistema de saúde, sobretudo nos programas básicos de atenção à família.

Com isso, a pesquisa encontra justificativa para a sua realização, já que a temática é de grande relevância.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

- Avaliar a incidência de hipertensão arterial sistêmica em pacientes com idade entre 30 e 40 anos atendidos no Programa Saúde da Família do Bairro Santa Cruz, Município de Caratinga/MG, para identificar os fatores de risco e as intervenções a serem realizadas.

3.2 Objetivos Específicos

- Verificar os fatores de risco que envolvem os pacientes hipertensos nessa idade;
- Analisar quais os fatores preponderantes para esse aumento;
- Demonstrar o que compromete a realização de ações nessa unidade de saúde para a melhoria do quadro;
- Ressaltar as mudanças mais significativas alcançadas com medidas preventivas.

4 METODOLOGIA

A presente pesquisa apresenta-se como um estudo transversal descritivo realizado no período de julho a setembro de 2014, no Programa Saúde da Família Sinésio Brum de Loyola, do Bairro Santa Cruz, localizado no Município de Caratinga/MG. Para a coleta de dados utilizou-se os conhecimentos médicos adquiridos em vasta pesquisa bibliográfica realizada em toda literatura disponível. Foram avaliadas as publicações dos últimos 12 anos, em português, obtidas através da Biblioteca Virtual em Saúde, do Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde, da Literatura Internacional em Ciências da Saúde, do *Scientific Electronic Library Online* e do Programa AGORA do Núcleo de Educação em Saúde Coletiva. Foram desconsideradas da análise as publicações sem correlação com tema proposto ou que não eram passíveis de obtenção na íntegra (critérios de exclusão).

5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

5.1 Programa Saúde da Família

No início do século XX, os médicos para exercerem seu trabalho contavam com recursos limitados para tratar seus pacientes, encontrando apoio apenas no saber e experiência pessoais, voltando-se ao cuidado dos doentes como forma de desenvolver uma relação de contiguidade e confiança.

Por sua vez, as tecnologias e as técnicas desenvolvidas na segunda metade do século XX criaram um período novo na história da medicina, que se tornou dinâmico para um grande número de circunstâncias antes inacessíveis à cura. A atuação médica passou a ser desenvolvida de modo fragmentado, impessoal e com valorização de habilidades técnicas em prejuízo da relação médico-paciente, havendo um paradoxo pelo fato de a confiança na medicina ter aumentado durante este período, enquanto a confiança nos médicos foi progressivamente diminuída, instalando-se uma crise de confiança (GONÇALVES; NEMES; SCHRAIBER, 1996).

A partir da Conferência de Alma-Ata, em 1978, a Atenção Primária à Saúde se revestiu de grande relevância, até mesmo por se tratar de uma estratégia de desenvolvimento dos sistemas de saúde, sendo implementadas várias propostas, como a medicina comunitária, em resposta aos altos custos do modelo de atenção médica e ao desajustamento da cobertura populacional desse modelo (MARCONDES, 2002).

A Organização Mundial da Saúde passou, então, a disseminar a precisão de reforma do modelo de prestação de serviços das nações, procurando enfatizar a integração dos serviços locais num sistema nacional, a participação comunitária, ações intersetoriais e uma maior “relação da saúde com o desenvolvimento econômico e social” (CONILL, 2008).

No Brasil, o modelo proposto pela Atenção Primária à Saúde teve grande impacto na organização do Sistema Único de Saúde. A década de 1980 pode ser entendida como um momento de ressurgimento de movimentos pela democratização da sociedade, em diversas esferas, com intensos reflexos na saúde. Na década seguinte, o Ministério da Saúde sugeriu a reorganização da prática assistencial, dando ênfase ao atendimento integral à saúde da família. O Programa de Agentes Comunitários de Saúde, implantado em 1991 com boa atuação no

Nordeste, colaborou para que em 1994, passasse a existir o Programa Saúde da Família e na sequência, como estratégia de reorientação assistencial como substituição às práticas convencionais a Estratégia de Saúde da Família, a fim de reafirmar os princípios do Sistema Único de Saúde e dar prioridade à Atenção Primária à Saúde (CONILL, 2008).

Assim sendo, o Programa Saúde da Família iniciou-se em meados de 1993, sendo regulamentado de fato em 1994, como uma tática do Ministério da Saúde na busca pela mudança da forma tradicional de prestação de assistência, objetivando excitar a implantação de um novo modelo de Atenção Primária à Saúde que resolvesse a maior parte (cerca de 85%) dos problemas de saúde (BLASCO; JANAUDIS; LEOTO; LEVITES; MORETO; RONCOLETTA, 2003).

Os denominados agentes comunitários de saúde constituíram as primeiras equipes do Programa Saúde da Família, sendo formadas em janeiro de 1994. Dando prioridade às ações de proteção e promoção da saúde, o atendimento é prestado na Unidade Básica de Saúde ou no domicílio, por uma equipe multiprofissional composta por médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e agentes comunitários de saúde. Tem por principal objetivo fazer com que cada equipe seja levada a apreciar a realidade das famílias pelas quais é responsável, através de cadastramento e diagnóstico de suas características, tornando-se mais compassivo às necessidades dos indivíduos atendidos. Tem-se a recomendação de que uma equipe seja responsável por, no máximo, 4.500 pessoas, para que esses profissionais e a população assistida possam criar vínculos de corresponsabilidade, o que promove a identificação e o atendimento aos problemas de saúde da comunidade com mais facilidade. A reorganização da Atenção Básica conjectura, também, o funcionamento de um sistema de referência e contrareferência competente que certifica a integralidade das ações de saúde (CARVALHO; SOUZA, 2003).

O Programa Saúde da Família aponta ao trabalho na lógica da promoção da saúde, ambicionando a integralidade da assistência ao usuário como sujeito conexo à família, ao domicílio e à comunidade. Entre outros aspectos, para que se obtenha o objetivo proposto, é indispensável a vinculação dos profissionais e dos serviços com a comunidade, e a expectativa de promoção de ações intersetoriais (BLASCO; JANAUDIS; LEOTO; LEVITES; MORETO; RONCOLETTA, 2003).

O Programa Saúde da Família, ao se estabelecer como estratégia de mudança e reordenamento do modelo assistencial no Brasil, tem por objetivo precípuo alavancar o Sistema Único de Saúde que, não obstante dos progressos jurídico-políticos, não foi capaz de reverter o quadro sócio-sanitário nacional, regional ou local, conservando-se como hegemônico o modelo assistencial individual, curativo, cujo centro é o hospital.

Um pilar fundamental na construção do novo modelo de Atenção Básica é a humanização que a proposta do Programa Saúde da Família tem por finalidade apreciar, através do estabelecimento de conexão entre profissionais, usuários e famílias, por meio da responsabilização da equipe na resolução dos problemas de saúde da comunidade (ARAÚJO; FELIX; SILVA; SILVEIRA, 2007).

5.2 Hipertensão arterial sistêmica

A hipertensão arterial sistêmica é uma condição clínica multifatorial, caracterizada por níveis elevados da pressão arterial, frequentemente associada a alterações de órgãos-alvo e, por conseguinte, ao aumento do risco de eventos cardiovasculares, como cardiopatia isquêmica, acidente vascular encefálico e insuficiência cardíaca, e nefropatias crônicas. Decorre de fatores genéticos, em geral ligados a alterações de estilo de vida e condições socioeconômicas (PICCINI; VICTORA, 2009).

A incidência de hipertensão arterial sistêmica aumenta linearmente com o envelhecimento, atingindo percentual superior a 60% em indivíduos acima de 60 anos, sendo duas vezes mais predominante em indivíduos brancos, especialmente nas mulheres.

O excesso de peso e a obesidade se associam com maior prevalência de hipertensão arterial sistêmica desde idades jovens, ao passo que a ingestão de álcool por períodos prolongados de tempo pode aumentar a pressão arterial e a mortalidade cardiovascular em geral, devendo ser desestimulada, sem falar nos indivíduos normotensos com elevada sensibilidade a ingestão de sal que apresentam incidência cinco vezes maior da doença em 15 anos, quando comparados aqueles com baixa sensibilidade.

A hipertensão arterial sistêmica é também ocasionada pelo sedentarismo e incide com maior frequência em indivíduos com pouca ou nenhuma escolaridade (SECRETARIA DO ESTADO DE MINAS GERAIS, 2013).

Estudos de base populacionais realizados em nosso país e no mundo têm registrado a hipertensão arterial sistêmica como uma doença corriqueira, encontrando-se prevalências com variações em torno de 20%. Na atualidade, tem-se nas doenças cardiovasculares grande destaque como fundamentais causas de morte, atingindo cerca de um terço do total da mortalidade adulta brasileira.

A hipertensão arterial sistêmica é uma das mais importantes enfermidades do mundo moderno, pois, além de ser muito frequente, é a causa direta ou indireta de elevado número de óbitos, decorrentes de acidentes vasculares cerebrais, insuficiência cardíaca, insuficiência renal e infarto do miocárdio (PORTO, 2005).

De acordo com o Caderno de Atenção Básica elaborado pelo Ministério da Saúde, a hipertensão arterial sistêmica vem a ser:

(...) um problema grave de saúde pública no Brasil e no mundo. Ela é um dos mais importantes fatores de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais, sendo responsável por pelo menos 40% das mortes por acidente vascular cerebral, por 25% das mortes por doença arterial coronariana e, em combinação com o diabetes, 50% dos casos de insuficiência renal terminal (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

A hipertensão arterial sistêmica é definida como pressão sistólica maior ou igual a 140mmhg e uma pressão diastólica maior ou igual a 90mmhg em indivíduos que não estão fazendo o uso de medicação anti-hipertensiva, devendo ser considerado em seu diagnóstico, além dos níveis tensionais, o risco cardiovascular global estimado pela presença dos fatores de risco, a existência de lesões nos órgãos-alvo e as comorbidades associadas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

Seu tratamento pode se dar de duas formas: sem ou com medicamentos. As principais recomendações não medicamentosas para prevenção primária da hipertensão arterial sistêmica são alimentação saudável, baixo consumo de álcool e sódio, adequada ingestão de potássio, combate ao estresse, sedentarismo e tabagismo e controle do peso corpóreo. Por sua vez, entre os fármacos mais estudados e que se mostraram benéficos na redução de eventos cardiovasculares, cerebrovasculares e renais maiores, estão os diuréticos em baixas doses (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2013).

Tais medicamentos devem ser prescritos em monoterapia inicial, especialmente para pacientes com hipertensão arterial sistêmica em estágio 1 que não responderam às medidas não medicamentosas. Entretanto, a monoterapia inicial é eficaz em apenas 40% a 50% dos casos. Muitos pacientes necessitam a associação com anti-hipertensivo de outra classe, como inibidores da Enzima Conversora da Angiotensina, beta-bloqueadores, antagonista do cálcio. Para pacientes em estágio 2, pode-se considerar o uso de associações de fármacos anti-hipertensivos como terapia inicial (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

Vale lembrar que mesmo ocorrendo o tratamento com o uso de medicamentos, o tratamento não farmacológico deverá ser sempre preservado. Além disso, a abordagem terapêutica da hipertensão arterial sistêmica deve ser periodicamente reavaliada para definir se alguma mudança é necessária para manter os níveis pressóricos próximos das metas desejáveis. Em geral, o tratamento é iniciado com monoterapia e depois, com o passar do tempo e dependendo da resposta do paciente à terapêutica, quase sempre é necessária a adoção de terapias combinadas, envolvendo dois ou mais agentes anti-hipertensivos com diferentes mecanismos de ação (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

6.1 Definição do problema

É sabido que a identificação e priorização do problema não são suficientes para definir as intervenções na perspectiva de solucioná-lo. É preciso avançar mais na compreensão ou explicação de cada problema, caracterizá-lo e descrevê-lo melhor, para entender sua dimensão e como ele se apresenta em uma determinada realidade. A quantificação do problema é um passo importante, pois afasta ambiguidades e obtêm-se indicadores que permitem a avaliação do impacto alcançado pelo plano (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

Para facilitar o processo de descrição, o quadro 01 reúne descritores relacionados ao problema da hipertensão arterial sistêmica da população cadastrada no Programa Saúde da Família Sinésio Brum de Loyola, do Bairro Santa Cruz, Município de Caratinga/MG.

Quadro 01: Descritores, valores e fontes relacionados ao problema da hipertensão arterial sistêmica da população cadastrada no Programa Saúde da Família Sinésio Brum de Loyola, do Bairro Santa Cruz, Município de Caratinga/MG.

| Descritores | Valores | Fonte |
|---|---------|---------------------------|
| Indivíduos cadastrados na unidade | 4.576 | Programa Saúde da Família |
| Hipertensos cadastrados | 440 | Programa Saúde da Família |
| Hipertensos com idade entre 30 e 40 anos | 198 | Programa Saúde da Família |

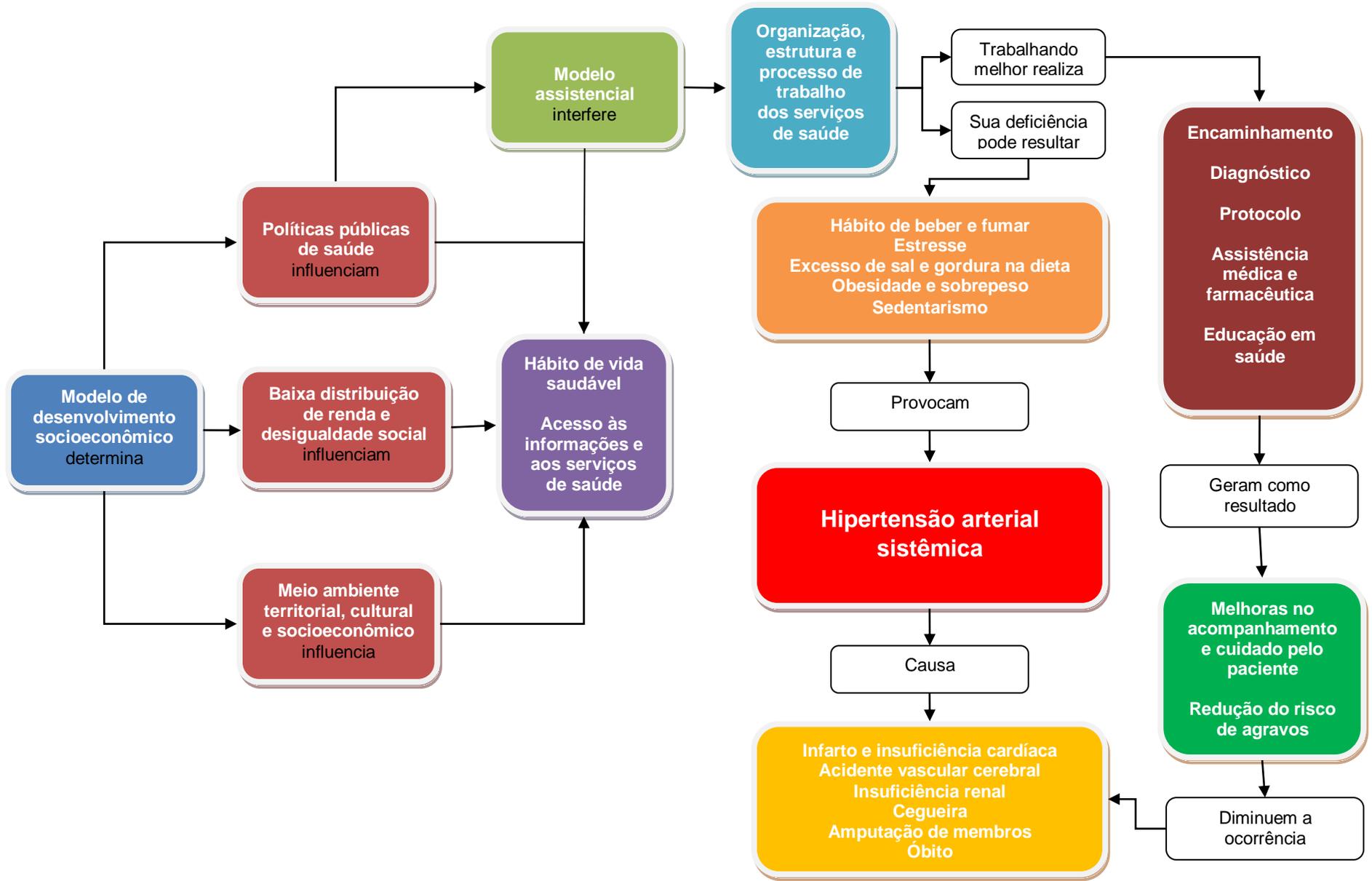
6.2 Explicação do problema

O modelo de desenvolvimento socioeconômico determina o meio ambiente territorial, cultural e socioeconômico, a baixa distribuição de renda e desigualdade social e as políticas públicas de saúde, que influenciam no hábito de vida saudável e no acesso às informações e serviços de saúde. Além disso, as políticas públicas influenciam o modelo assistencial, que interfere na organização, estrutura e processo de trabalho dos serviços de saúde que, por sua vez, interfere no encaminhamento, diagnóstico, protocolo, assistência médica e farmacêutica e educação em saúde, gerando como resultado melhoras no acompanhamento e cuidado pelo paciente, bem como a redução do risco de agravos.

O modelo assistencial ainda interfere em fatores como hábito de beber e fumar, estresse, excesso de sal e gordura na dieta, obesidade, sobrepeso e sedentarismo, que provocam alta prevalência de hipertensão arterial sistêmica, causadora de doenças do coração, a exemplo do infarto do miocárdio e insuficiência cardíaca, acidente vascular cerebral, insuficiência renal, cegueira, amputação de membros e, até mesmo, óbito.

A figura a seguir apresenta um esquema que sintetiza a explicação do problema da hipertensão arterial da população cadastrada no Programa Saúde da Família Sinésio Brum de Loyola, do Bairro Santa Cruz, Município de Caratinga/MG.

Figura 01: Árvore explicativa do problema da hipertensão arterial sistêmica da população cadastrada no Programa Saúde da Família Sinésio Brum de Loyola, do Bairro Santa Cruz, Município de Caratinga/MG.



6.3 “Nós críticos” selecionados

O passo seguinte para a elaboração do plano de intervenção consiste na seleção dos “nós críticos”, causas de um problema que, quando atacado, é capaz impactar o problema principal e transformá-lo definitivamente. Eles são representados por algo sobre o qual é possível intervir, ou seja, que está dentro do espaço de governabilidade da equipe (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010). Foram considerados como “nós críticos” os seguintes problemas: falhas na organização, estrutura e processo de trabalho dos serviços de saúde; hábitos e estilos de vida não saudáveis; falta de acesso às informações e aos serviços de saúde.

Quando ocorrem falhas envolvendo todo o serviço de saúde, os usuários não recebem a devida assistência médica e farmacêutica com encaminhamento, diagnóstico, protocolo e tratamento. Além disso, a falta de acesso às informações e aos serviços de saúde, bem como hábitos e estilo de vida não saudáveis, potencializam a vulnerabilidade dos usuários do Programa Saúde da Família em relação às doenças, aumentando assim os fatores de risco que são fumar, beber, estresse, excesso de sal e gordura da dieta, obesidade, sobrepeso e sedentarismo que, com certeza, podem provocar hipertensão arterial sistêmica.

6.4 Operação dos “nós críticos”

A partir dos “nós críticos” identificados, propõem-se operações para a sua solução, resultados e produtos esperados e recursos necessários à sua execução (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

Para tanto, foi realizado o desenho de operações para os “nós críticos” do problema da hipertensão arterial sistêmica, como mostra o quadro 02 abaixo.

Quadro 02: Desenho de operações para os “nós” críticos do problema da hipertensão arterial sistêmica da população cadastrada no Programa Saúde da Família Sinésio Brum de Loyola, do Bairro Santa Cruz, Município de Caratinga/MG.

| Nós críticos | Operação | Resultados esperados | Produtos Esperados | Recursos Necessários |
|-------------------|----------------|----------------------|--------------------|----------------------|
| Hábitos e estilos | Vida saudável: | Redução do | Orientações e | Econômico |

| | | | | |
|--|---|---|--|---|
| <p>de vida não saudáveis</p> | <p>adoção de hábitos e estilos de vida saudáveis pelos hipertensos.</p> | <p>alcoolismo, tabagismo, estresse, obesidade, sobrepeso e sedentarismo.</p> | <p>informações nos grupos de hipertensos, campanhas educativas através de folhetos explicativos.</p> | <p>Aquisição de folhetos explicativos.</p> <p>Organizacional Organizar os grupos de hipertensos.</p> <p>Cognitivo Transmissão das informações dos folhetos explicativos.</p> |
| <p>Falta de informação</p> | <p>Conhecer para melhor viver: reforçar e aumentar o acesso à informação do usuário do Programa Saúde da Família, principalmente do paciente hipertenso sobre os riscos, causas e consequências da hipertensão arterial sistêmica.</p> | <p>População mais consciente e informada sobre os riscos, causas e consequências da hipertensão arterial sistêmica.</p> | <p>Realização contínua de grupos operacionais de hipertensos, campanhas educativas através de folhetos explicativos.</p> | <p>Econômico Aquisição de folhetos explicativos.</p> <p>Organizacional Organização da agenda.</p> <p>Político Mobilização social e intersetorial.</p> <p>Cognitivo Conhecimento sobre o tema e práticas pedagógicas</p> |
| <p>Falta de estrutura de serviço da saúde</p> | <p>Central saúde: melhoria da estrutura do serviço para atender melhor os hipertensos</p> | <p>Garantia de mais assistência médica e farmacêutica.</p> | <p>Aquisição e estocagem de medicamentos, compra de exames específicos, consultas com especialistas, profissionais mais capacitados.</p> | <p>Econômico Aumentar a oferta e o estoque de medicamentos, exames específicos, consultas com especialistas.</p> <p>Político Aumentar a verba para incrementar os serviços de saúde e a estrutura voltada para os hipertensos.</p> <p>Cognitivo Elaboração de projeto de estruturação e renovação dos serviços da saúde.</p> |

Fontes: CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010. DIAS, 2013.

6.5 Identificação dos recursos críticos

Esta etapa tem por finalidade identificar os recursos críticos, os quais são tidos como indispensáveis para a execução da operação e que não estão disponíveis, sendo importante conhecê-los e criar estratégias para que se possa viabilizá-los (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010). No quadro 03, foram resumidos os recursos críticos de cada operação.

Quadro 03: Recursos críticos para o desenvolvimento das operações definidas para o enfrentamento dos “nós críticos” do problema da hipertensão arterial sistêmica da população cadastrada no Programa Saúde da Família Sinésio Brum de Loyola, do Bairro Santa Cruz, Município de Caratinga/MG.

| Operação | Recursos necessários |
|-----------------------------------|---|
| Vida saudável | Econômico: aquisição de folhetos explicativos. |
| Conhecer para melhor viver | Econômico: aquisição de folhetos explicativos. Político: mobilização social e intersetorial. |
| Central saúde | Econômico: aumentar a oferta e o estoque de medicamentos, exames específicos, consultas com especialistas. Político: aumentar a verba para incrementar os serviços de saúde e a estrutura voltada para os hipertensos. |

Fontes: CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010.
DIAS, 2013.

6.6 Análise de viabilidade

A ideia de construir ou criar a viabilidade para o plano de intervenção tem por finalidade a identificação dos atores que controlam os recursos críticos. De posse dessas informações, faz-se um estudo para saber o grau de motivação desses atores em relação aos objetivos visados, buscando descrever ações estratégicas para mobilizá-los (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

Nesse contexto, o quadro 04 mostra as propostas de ações estratégicas para motivação dos atores do plano de intervenção.

Quadro 04: Análise de viabilidade do plano de intervenção para enfrentamento do problema da hipertensão arterial sistêmica da população cadastrada no Programa Saúde da Família Sinésio Brum de Loyola, do Bairro Santa Cruz, Município de Caratinga/MG.

| Operação | Recursos Críticos | Controle de Recursos Críticos | | Ação estratégica |
|--|---|---|---------------|---------------------|
| | | Ator que controla | Motivação | |
| Vida saudável: adoção de hábitos e estilos de vida saudáveis pelos hipertensos. | Econômico: aquisição de folhetos explicativos. | Secretário Municipal de Saúde. | Indiferente. | Apresentar projeto. |
| Conhecer para melhor viver: reforçar e aumentar o acesso à informação do usuário do Programa Saúde da Família, principalmente do paciente hipertenso sobre os riscos, causas e consequências da hipertensão arterial sistêmica. | Econômico: aquisição de folhetos explicativos. Político: mobilização social e intersetorial. | Secretário Municipal de Saúde. | Indiferente. | Apresentar projeto. |
| Central saúde: melhoria da estrutura do serviço para atender melhor os hipertensos. | Econômico: aumentar a oferta e o estoque de medicamentos, exames específicos, consultas com especialistas. Político: aumentar a verba para incrementar os serviços de saúde e a estrutura voltada para os hipertensos. | Secretário Municipal de Saúde e Prefeito Municipal. | Indiferentes. | Apresentar projeto. |

Fontes: CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010.
DIAS, 2013.

6.7 Elaboração do plano operativo

A principal finalidade do plano operativo é a designação de responsáveis pelos projetos e operações estratégicas, além de estabelecer os prazos para o cumprimento das ações necessárias. O gerente de uma operação/projeto é aquele que se responsabilizará pelo acompanhamento da execução de todas as ações definidas, o que não significa que deva executá-las. O seu papel principal é garantir

que as ações sejam executadas de forma coerente e sincronizada, prestando contas do andamento do projeto nos espaços definidos para o sistema de gestão do plano (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

O quadro 05 define a divisão de responsabilidades por operação e os prazos para a realização de cada produto.

Quadro 05: Plano operativo para enfrentamento do problema da hipertensão arterial sistêmica da população cadastrada no Programa Saúde da Família Sinésio Brum de Loyola, do Bairro Santa Cruz, Município de Caratinga/MG.

| Operação | Resultados | Produtos | Ação estratégica | Responsável | Prazo |
|--|--|---|--------------------------|----------------------------|---|
| Vida saudável: adoção de hábitos e estilos de vida saudáveis pelos hipertensos. | Redução do alcoolismo, tabagismo, estresse, obesidade, sobrepeso e sedentarismo. | Orientações e informações nos grupos de hipertensos, campanhas educativas através de folhetos explicativos. | Apresentação de projeto. | Programa Saúde da Família. | 03 meses para apresentação de projeto, 06 meses para início das atividades. |
| Conhecer para melhor viver: reforçar e aumentar o acesso à informação do usuário do Programa Saúde da Família, principalmente do paciente hipertenso sobre os riscos, causas e consequências da hipertensão arterial sistêmica. | População mais consciente e informada sobre os riscos, causas e consequências da hipertensão arterial sistêmica. | Realização contínua de grupos operacionais de hipertensos, campanhas educativas através de folhetos explicativos. | Apresentação de projeto. | Programa Saúde da Família. | 03 meses para apresentação de projeto, 06 meses para início das atividades. |
| Central saúde: melhoria da estrutura do serviço para atender melhor os hipertensos. | Garantia de mais assistência médica e farmacêutica. | Aquisição e estocagem de medicamentos, compra de exames específicos, consultas com especialistas, profissionais mais capacitados. | Apresentação de projeto. | Programa Saúde da Família. | 03 meses para apresentação de projeto, 06 meses para aprovação e liberação dos recursos para compra de medicamentos |

6.8 Gestão do plano

A efetivação de um plano de ação depende de acompanhamento e monitoramento, de modo que os objetivos, resultados e impactos sejam avaliados e orientados, bem como que os recursos disponíveis sejam utilizados racionalmente, a fim de evitar um indesejado fracasso ou gasto desnecessário.

Assim, é preciso um sistema de gestão para coordenar e supervisionar a execução das operações, indicando as correções de rumo necessárias. Esse sistema de gestão deve também garantir a eficiente utilização dos recursos, promovendo a comunicação entre os planejadores e executores. O sucesso de um plano, ou pelo menos a possibilidade de que ele seja efetivamente implementado, depende de como será feita sua gestão (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

No caso em tela, foi construída uma planilha para melhor acompanhamento e monitoramento do presente plano de ação.

Quadro 06: Planilha de acompanhamento e monitoramento do plano de ação para enfrentamento do problema da hipertensão da população cadastrada no Programa Saúde da Família Sinésio Brum de Loyola, do Bairro Santa Cruz, Município de Caratinga/MG.

| Prevalência hipertensão arterial sistêmica Planilha de acompanhamento e monitoramento | | | | | | |
|---|----------------------|----------|--------------------|----------|------------------|----------|
| Indicadores | Momento atual | | Em 06 meses | | Em 01 ano | |
| | Números | % | Números | % | Números | % |
| Hipertensos esperados | | | | | | |
| Hipertensos cadastrados | | | | | | |
| Hipertensos acompanhados | | | | | | |
| Hipertensos controlados | | | | | | |
| Hipertensos obesos | | | | | | |
| Hipertensos tabagistas | | | | | | |
| Hipertensos usuários de álcool | | | | | | |

| | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|
| Hipertensos que sofreram infarto do miocárdio | | | | | | |
| Hipertensos com insuficiência cardíaca | | | | | | |
| Hipertensos que sofreram acidente vascular cerebral | | | | | | |
| Hipertensos com insuficiência renal | | | | | | |
| Hipertensos portadores de invalidez | | | | | | |
| Hipertensos cegos | | | | | | |
| Hipertensos com membro amputado | | | | | | |
| Hipertensos desempregados | | | | | | |
| Hipertensos aposentados | | | | | | |

Fontes: CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010.
DIAS, 2013.

7 REFERÊNCIAS

ARAÚJO, Daísy Vieira de; FELIX, Lidiany Galdino; SILVA, Iane Carvalho da; SILVEIRA, Maria de Fátima de Araújo. **Acolhimento no Programa Saúde da Família**: um caminho para humanização da Atenção à Saúde. Campo Grande, 2007.

BECK, Carmem Lúcia Colomé; MINUZZI, Danieli. **O acolhimento como proposta de reorganização da assistência à saúde**: uma análise bibliográfica. Santa Maria, 2008.

BLASCO, Pablo Gonzáles; JANAUDIS, Marco Aurelio; LEOTO, Roberto Ferreira; LEVITES, Marcelo Rozenfeld; MORETO, Graziela; RONCOLETTA, Adriana Fernanda Tamassia. **Princípios da medicina de família**. São Paulo: Sombramfa, 2003.

CAMPOS, Francisco Carlos Cardoso de; FARIA, Horácio Pereira de; SANTOS, Max André dos. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. NESCON/UFMG - Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. 2. ed. Belo Horizonte: Coopmed, 2010.

CARVALHO, Alysson Massote; SOUZA, Rafaela Assis de. Programa de Saúde da Família e qualidade de vida: um olhar da Psicologia. *In*: **Estudos de Psicologia**. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais, 2003.

CONILL, Eleonor Minho. Ensaio histórico-conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da Estratégia Saúde da Família em centros urbanos no Brasil. *In*: **Caderno de Saúde Pública**. Vol. 24. Rio de Janeiro, 2008.

DIAS, Marco Aurélio Silva. **Plano de intervenção para redução dos níveis pressóricos de pacientes hipertensos na área de abrangência da equipe de PSF: Hermes Veríssimo-Janaúba-MG**. Montes Claros: Universidade Federal de Minas Gerais, 2013.

GONÇALVES, Ricardo Bruno Mendes; NEMES, Maria Ines Baptistella; SCHRAIBER, Lilia Blimer. **Saúde do adulto**: programas e ações na unidade básica. São Paulo: Hucitec, 1996.

MARCONDES, Eduardo. A conferência de Alma-Ata e as Ações Básicas de Saúde. *In*: **Pediatria na Atenção Primária**. São Paulo: Savier, 2002.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Série Cadernos de Atenção Básica nº 15 – série A. *In*: **Normas e Manuais Técnicos**. Brasília, 2006.

PICCINI, Roberto Xavier; VICTORA, Cesar Gomes. Hipertensão arterial sistêmica em área urbana no sul do Brasil: prevalência e fatores de risco. *In: Revista Saúde Pública*. Pelotas, 2009.

PORTO, Celmo Celeno. **Semiologia médica**. 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

SECRETARIA DO ESTADO DE MINAS GERAIS. Atenção à saúde do adulto. *In: Linha-guia de hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus e doença renal crônica*. Belo Horizonte: Autêntica, 2013.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. **I Diretriz brasileira de prevenção cardiovascular**. Vol. 101, nº 6, Supl. 2. Rio de Janeiro, 2013.