

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

SANTIAGO FERRERA GONZALEZ

**PROPOSTA DE INTERVENÇÃO PARA PREVENIR E CONTROLAR A
HIPERTENSÃO ARTERIAL NA POPULAÇÃO ATENDIDA NA ESF JOSIAS
BEZERRA DA SILVA NO MUNICÍPIO DE IPIAÇU**

UBERABA – MINAS GERAIS

2016

SANTIAGO FERRERA GONZALEZ

**PROPOSTA DE INTERVENÇÃO PARA PREVENIR E CONTROLAR A
HIPERTENSÃO ARTERIAL NA POPULAÇÃO ATENDIDA NA ESF JOSIAS
BEZERRA DA SILVA NO MUNICÍPIO DE IPIAÇU**

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

Orientadora: Daniela Coelho Zazá

UBERABA – MINAS GERAIS

2016

SANTIAGO FERRERA GONZALEZ

**PROPOSTA DE INTERVENÇÃO PARA PREVENIR E CONTROLAR A
HIPERTENSÃO ARTERIAL NA POPULAÇÃO ATENDIDA NA ESF JOSIAS
BEZERRA DA SILVA NO MUNICÍPIO DE IPIAÇU**

Banca Examinadora

Prof. Daniela Coelho Zazá (orientadora)

Prof. Dra Selme Silqueira de Matos (examinadora)

Aprovado em Belo Horizonte: ____/____/____

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus por me dar oportunidade de viver, sabedoria e paciência para conseguir alcançar as metas planejadas em minha vida.

À minha família por confiar em mim.

À minha orientadora Daniela Coelho Zazá, pois sem ela a concretização deste trabalho não seria possível.

Às professoras Maria Isabel Gondim Borges Moreira, Judite Silva Nunes, Leira Moema da Rocha, Adriane Pinto Diniz e Ângela Cristina Labanca de Araújo pela ajuda, conhecimento, dedicação e apoio.

RESUMO

Após diagnóstico situacional da área de abrangência da Estratégia Saúde da Família Josias Bezerra da Silva observou-se que a prevalência indivíduo hipertensos é alta. Sendo assim, este estudo teve como objetivo elaborar um plano de ação para prevenir e controlar a hipertensão na área de abrangência da Estratégia Saúde da Família Josias Bezerra da Silva. A metodologia foi executada em três etapas: realização do diagnóstico situacional; revisão de literatura e desenvolvimento de um plano de ação. Neste estudo foram selecionados os seguintes nós críticos: hábitos e estilos de vida inadequados; baixo nível de informação da população; estrutura dos serviços de saúde ineficiente; processo de trabalho da equipe de saúde inadequado. Baseado nesses nós críticos foram propostas as seguintes ações de enfrentamento: criação dos projetos “mudança de hábitos” para modificar hábitos de vida; “+ informação” para aumentar o nível de informação da população sobre a hipertensão; “estrutura adequada” para melhorar a estrutura dos serviços e; “linha de cuidado” para implantar a linha de cuidado para os pacientes hipertensos. Acredita-se que este plano de ação tenha condições de aumentar o nível de informação dos hipertensos sobre a hipertensão, além de estimular e incentivar a modificação de hábitos de vida. Além disso, acredita-se que este plano de ação contribuirá para oferecer aos hipertensos um serviço de melhor qualidade.

Palavras chave: Hipertensão, Hábitos de vida, Processo de trabalho, Atenção primária à saúde.

ABSTRACT

After the situational diagnosis the covered area by the Family Health Strategy Josias Bezerra da Silva was observed high prevalence of hypertensive patients. Therefore, the purpose of this study was to develop an action plan to prevent and control hypertension in the covered area by the Family Health Strategy Josias Bezerra da Silva. The methodology is carried out in three stages: realization of situational diagnosis; literature review and the development of action plan. In this study we selected the following critical node: habits and lifestyles inadequate; low level of information from the population; inefficient structure of healthcare; health team work process inappropriate. Based on these critical nodes were proposed the following actions to oppose: creation of projects “changing habits” in order to modify lifestyle habits; “+ information” to increase the population's level of information on hypertension; “appropriate structure” to improve the structure of the services and; “care line” to deploy the type of care for hypertensive patients. It is believed that this action plan has conditions to increase the level of information from the population about hypertension and stimulate and encourage the modification of lifestyle habits. Besides that, it is believed that this action plan will provide hypertensive subjects a better service.

Keywords: Hypertension, Lifestyle, Work Process, Primary Health Care.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Tabela 1	Classificação diagnóstica da hipertensão arterial em maiores de 18 anos	17
Quadro 1	Desenho das operações para os nós críticos selecionados	20
Quadro 2	Recursos críticos	21
Quadro 3	Proposta de ação para motivação dos profissionais envolvidos	22
Quadro 4	Elaboração do plano operativo	22
Quadro 5	Planilha de acompanhamento do projeto: Mudança de hábitos	23
Quadro 6	Planilha de acompanhamento do projeto: + Informação	24
Quadro 7	Planilha de acompanhamento do projeto: Estrutura adequada	24
Quadro 8	Planilha de acompanhamento do projeto: Linha de Cuidado	24

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	08
1.1	Aspectos gerais do município de Ipiaçú, Minas Gerais	08
1.2	O sistema local de saúde	09
1.3	Definição dos problemas locais de saúde	10
1.4	Priorização dos problemas de saúde	10
2	JUSTIFICATIVA	12
3	OBJETIVOS	13
3.1	Objetivo geral	13
3.2	Objetivos específicos	13
4	METODOLOGIA.....	14
5	REVISÃO DE LITERATURA.....	15
5.1	Hipertensão Arterial Sistêmica	15
5.2	Prevenção primária da Hipertensão Arterial Sistêmica	16
6	PLANO DE AÇÃO.....	19
6.1	Descrição do problema selecionado	19
6.2	Explicação do problema	19
6.3	Seleção dos nós críticos	19
6.4	Desenho das operações	19
6.5	Identificação dos Recursos Críticos	21
6.6	Análise da Viabilidade do Plano	21
6.7	Elaboração do Plano Operativo	22
6.8	Gestão do Plano	23
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	25
	REFERÊNCIAS.....	26

1 INTRODUÇÃO

1.1 Aspectos gerais do município de Ipiacu, Minas Gerais

Ipiacu é um município brasileiro do estado de Minas Gerais, localiza-se na Mesorregião do Triângulo Mineiro e Alto Paranaíba, Microrregião de Ituiutaba. O município possui uma área de 466,020 Km² e em 2010 contava com uma população estimada de 4.107 habitantes, sendo que 3.573 residiam na zona urbana e 534 na zona rural. A estimativa para 2015 foi de 4.269 habitantes (IBGE, 2015).

Entre 2000 e 2010, a população de Ipiacu cresceu a uma taxa média anual de 0,20%, enquanto no Brasil foi de 1,17%, no mesmo período. Nesta década, a taxa de urbanização do município passou de 87,21% para 91,09% (ADHB, 2015).

Como diversas outras cidades interioranas brasileiras, Ipiacu é resultante histórica dos desbravamentos dos aventureiros Bandeirantes que penetravam os sertões para aprisionar índios e depois disso, contando com mão de obra escrava saíam em busca de ouro, diamantes e outras preciosidades (IPIAÇU, 2015).

Ipiacu tem sua economia sustentada pelo agronegócio, principalmente na pecuária, possuindo as melhores terras da região e o maior empregador em Ipiacu é o poder público municipal. Em 2010, das pessoas ocupadas na faixa etária de 18 anos ou mais, 32,75% trabalhavam no setor agropecuário, 0,90% na indústria extrativa, 9,40% na indústria de transformação, 3,10% no setor de construção, 1,46% nos setores de utilidade pública, 10,13% no comércio e 39,38% no setor de serviços (ADHB, 2015).

O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) de Ipiacu era de 0,696 em 2010. O município está situado na faixa de Desenvolvimento Humano Médio (IDHM entre 0,6 e 0,699) (ADHB, 2015). A renda per capita média de Ipiacu passou de R\$ 245,13, em 1991, para R\$ 516,97, em 2000, e para R\$ 550,98, em 2010 (ADHB, 2015). Como a população é de classe média e baixa, considera-se que 90% utilizam os serviços do SUS.

1.2 O sistema local de saúde

Ipiaçu tem duas equipes de Saúde da Família em funcionamento liberadas pelo Ministério da Saúde.

A unidade de Saúde da Família Josias Bezerra existe desde 2007. Nela está alocada uma equipe de Saúde da Família que atende 2.581 habitantes. A equipe é constituída por um médico cubano, um enfermeiro licenciado, uma auxiliar de enfermagem, cinco agentes comunitárias da saúde, duas dentistas e duas auxiliares de saúde bucal, além de duas enfermeiras responsáveis pela vacina. A outra unidade Básica da Saúde Irene Theodoro de Oliveira, tem alocada uma equipe de Saúde da Família que atende 1.446 habitantes, a equipe é constituída por dois médicos brasileiros, uma enfermeira licenciada, quatro auxiliares de enfermagem, seis agentes comunitárias da saúde, uma Sala de Estabilização. A unidade atende as urgências e emergências 24 horas por dia e encaminha os pacientes conforme o Protocolo de Manchester e rede de assistência instaurada e pactuada. Hoje, em fase de transição, funciona como Pronto Atendimento com recursos próprios e recursos do FAE.

O Centro de Fisioterapia possui uma fisioterapeuta e uma auxiliar de enfermagem, estrutura custeada exclusivamente com recurso próprio. Esta unidade funciona, mas ainda não possui cadastro no CNES o que impede o faturamento de suas atividades pelo SUS. A unidade atende à demanda do município de procedimentos de fisioterapia para recuperação, acamados, sequelas de patologias, etc. Melhorando a qualidade de vida e recuperando os pacientes.

O ideal seria a implantação do NASF 3 compondo a equipe com mais dois profissionais necessários ao município e ainda a possibilidade de obter recursos para custear a equipe.

A assistência farmacêutica sempre foi eficiente em Ipiaçu. Hoje a farmácia participa do Programa Estadual – Rede Farmácia de Minas, e dispensa medicamentos dos

componentes: básico, estratégico, excepcionais e elabora processos para os medicamentos de alto custo. A demanda municipal é atendida a contento, e os medicamentos que não estão contemplados nas listas de referência são adquiridos pelo município, respeitando a prescrição e o relatório médico justificando a necessidade do medicamento.

1.3 Definição dos problemas locais de saúde

Através da estimativa rápida foi possível identificar os principais problemas que acometem o município. Torna-se importante destacar que o município possui aproximadamente 618 pessoas com hipertensão arterial sistêmica (HAS) e 278 pessoas com diabetes mellitus (DM) e as principais causas de morte, com maiores taxas de mortalidade, foram as doenças do aparelho circulatório.

1.4 Priorização dos problemas de saúde

Os principais problemas identificados através do método de estimativa rápida por ordem de prioridade no município foram:

1. Elevado número de hipertensos não controlados.
2. Elevado número de diabéticos não controlados.
3. Elevada incidência de casos de epidemias não controlados.
4. Dificuldade de adesão dos pacientes ao tratamento para controle da HAS e DM.
5. Número elevado de pessoas com dependência aos antidepressivos e ansiolíticos.
6. Alto consumo de drogas lícitas e ilícitas pelos jovens e adultos.
7. Baixa renda familiar.
8. Falta de áreas de lazer.

2 JUSTIFICATIVA

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) constitui um grave problema de saúde pública por afetar grande parte da população mundial. Seu tratamento e controle representam desafios às autoridades governamentais e profissionais de saúde em função das dificuldades biológicas, psicossociais, econômicas e culturais que envolvem seus portadores (SILVA, 2010).

“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).

É importante tratar a pressão arterial elevada a fim de reduzir o risco de Acidente Vascular Cerebral (AVC), insuficiência cardíaca e insuficiência renal. Além disso, é importante também desenvolver hábitos saudáveis, pois a HAS pode não manifestar sintomas (CANO, 2015).

Em Ipiacú existe um índice alto de hipertensos e há também consumo exagerado de remédios por pacientes que não fazem o tratamento correto ou não fazem uma dieta adequada para eliminação do problema.

A prevenção primária e a detecção precoce são as formas mais efetivas de controle da HAS e a atenção primária tem um papel importante nesses aspectos.

Na área de abrangência da ESF Josias Bezerra da Silva temos uma incidência alta de HAS e conseguimos identificar pelas consultas agendadas, demanda espontânea, visitas domiciliares de ACS, enfermeiro e médicos que isto constitui um problema de saúde importante e que continua aumentando.

Por isso, é importante traçar estratégias para prevenir e controlar a HAS através de uma abordagem integral.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Elaborar um plano de ação para prevenção e controle da hipertensão na área de abrangência da ESF Josias Bezerra da Silva.

3.2 Objetivos específicos

Desenvolver ações educativas junto aos hipertensos, considerando os fatores inerentes ao paciente, à doença, à terapêutica e aos serviços de saúde que influenciam nessa adesão.

Adotar medidas preventivas visando estilos de vida mais saudáveis.

4 METODOLOGIA

Para elaboração da proposta de intervenção para prevenção e controle da hipertensão na área de abrangência do ESF Josias Bezerra da Silva foram executadas três etapas: diagnóstico situacional, revisão de literatura e a construção do plano de ação.

Primeiramente foi realizado o diagnóstico situacional utilizando a Estimativa Rápida (ER). A ER constitui um modo de se obter informações sobre um conjunto de problemas e dos recursos potenciais para o seu enfrentamento, num curto período de tempo e sem altos gastos (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

Em um segundo momento foi realizado um levantamento bibliográfico em artigos publicados no período de 2010 a 2014, em periódicos nacionais e internacionais utilizando os seguintes descritores: hipertensão, saúde do adulto e atenção básica. O levantamento foi realizado nas bases de dados LILACS - Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde e MEDLINE - MEDlars on Line.

Por último foi desenvolvido o plano de ação através do método do Planejamento Estratégico Situacional (PES) (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010). Todo método de planejamento apresenta, no seu desenvolvimento, passos ou etapas como sequência lógica de ações ou atividades. Os passos do PES permitem (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010):

- Identificar problemas da área;
- Priorizar o problema que será objeto da proposta de intervenção;
- Descrever e explicar o problema priorizado;
- Identificar os nós críticos.
- Desenhar as operações;
- Identificar os recursos críticos;
- Analisar a viabilidade do Plano;
- Elaborar Plano Operativo;
- Desenhar o modelo de gestão do plano.

5 REVISÃO DE LITERATURA

5.1 Hipertensão Arterial Sistêmica

“A HAS é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial (PA)” (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010, p.7), frequentemente associada a alterações de órgãos alvo e a alterações metabólicas (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

Estima-se que 90% dos casos de HAS sejam de origem desconhecida (classificada como hipertensão primária ou idiopática) e os 10% restantes são classificados como hipertensão secundária (POWERS; HOWLEY, 2000).

A HAS afeta aproximadamente um terço dos indivíduos em todo o mundo (MAGALHÃES *et al.*, 2010). De acordo com a vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico (BRASIL, 2013), no conjunto da população adulta das 27 cidades estudadas, a frequência de diagnóstico médico prévio de HAS foi de 24,3%.

Os fatores de risco da HAS são classificados em dois grupos. No primeiro grupo estão os fatores de risco que podem ser controlados, como por exemplo, a obesidade, a ingestão excessiva de sódio e a inatividade física. Já no segundo grupo estão aqueles que não podem ser controlados, como por exemplo, a hereditariedade, a idade avançada e a raça (MAGRINI; MARTINI, 2012).

Os fatores de risco aparecem normalmente de forma combinada. Os fatores ambientais e a predisposição genética contribuem para a agregação de fatores de risco cardiovascular em famílias com estilo de vida pouco saudável (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2006).

Segundo a Sociedade Brasileira de Cardiologia (2010, p.4) a HAS é “diagnosticada pela detecção de níveis elevados e sustentados de pressão arterial (PA) pela medida casual. A PA deve ser realizada em toda avaliação por médicos de qualquer especialidade e demais profissionais da saúde”.

Os procedimentos de medida da pressão são simples e de fácil realização. Entretanto, algumas condutas devem ser respeitadas, pois podem evitar erros, como o preparo apropriado do paciente, o uso de técnica padronizada e de equipamento calibrado (OGIHARA *et al.*, 2009 *apud* SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

A linha demarcatória que define HAS considera valores de PA sistólica ≥ 140 mmHg e/ou de PA diastólica ≥ 90 mmHg em medidas de consultório (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

Os valores da classificação diagnóstica da HAS para indivíduos acima de 18 anos estão apresentados na tabela 1.

Tabela 1 - Classificação diagnóstica da hipertensão arterial em maiores de 18 anos.

Classificação	Pressão sistólica (mmHg)	Pressão diastólica (mmHg)
Normal	<130	<85
Limítrofe	130-139	85-89
Hipertensão estágio I	140-159	90-99
Hipertensão estágio II	160-179	100-109
Hipertensão estágio III	\geq a 180	\geq a 110

Fonte: Adaptado de Sociedade Brasileira de Cardiologia (2010, p.8).

5.2 Prevenção primária da Hipertensão Arterial Sistêmica

A prevenção primária pode ser definida como ações e estratégias de atuação em etapas que precedem o surgimento de doenças, ou seja, sobre os fatores de risco, de forma a impedir ou retardar o seu desenvolvimento (WORLD HEALTHY ORGANIZATION, 2005 *apud* MAGALHÃES *et al.*, 2010).

A implementação de estratégias que visem aumentar a prevenção, o diagnóstico, o tratamento e o controle da HAS é o grande desafio para os profissionais e gestores da área de saúde (MACHADO; KAYANUMA, 2010).

A prevenção primária é a forma mais efetiva de evitar a doença e deve ser meta prioritária dos profissionais de saúde (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

A Atenção Primária é o local adequado para o desenvolvimento das ações de diagnóstico precoce e tratamento da HAS, assim como para o desenvolvimento de ações de prevenção primária da doença e de promoção à saúde (MACHADO; KAYANUMA, 2010).

Os médicos da Estratégia Saúde da Família são capacitados para identificar os casos que necessitam de outros níveis de atenção à saúde, mas a maioria dos hipertensos consegue controlar-se na Atenção Primária (BRASIL, 2002).

As estratégias de caráter populacional são as ações de promoção de saúde em larga escala, com foco na educação e no conhecimento da HAS. Essas ações têm como objetivo atingir a população em geral. Podem ser implementadas por meio de campanhas educativas (revistas, cartilhas, rádio, etc.) e visam conscientizar a população a adotar hábitos saudáveis de vida e com isso reduzir, retardar ou mesmo impedir o aparecimento dos fatores de risco para HAS (WORLD HEALTHY ORGANIZATION, 2005 *apud* MAGALHÃES *et al.*, 2010).

As estratégias para grupos ou indivíduos selecionados são as ações que pretendem atingir indivíduos ou grupos suscetíveis e com maior risco de desenvolver HAS. Estão incluídos nessa categoria os portadores de fatores de risco para o desenvolvimento da HAS, sejam eles genéticos ou ambientais (MAGALHÃES *et al.*, 2010).

As modificações de estilo de vida têm demonstrado claramente ser eficazes em prevenir ou retardar o início da HAS (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

A HAS pode ser controlada através de medidas medicamentosas e não medicamentosas. Entre as principais recomendações não medicamentosas para a prevenção primária da HAS pode-se citar: alimentação saudável, consumo controlado de sódio e de álcool, ingestão de potássio e combate ao sedentarismo e ao tabagismo (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

Alguns instrumentos da prática da Atenção Primária são importantes para a minimização de muitos fatores de risco associados, como a realização de grupos educativos, que permitem uma maior orientação à população acerca da doença e de como preveni-la, e a realização de visitas domiciliares, em que a equipe de saúde poderia avaliar “in loco” a relação entre autocuidado e fatores de risco de cada indivíduo (BRASIL, 2002).

6 PLANO DE AÇÃO

6.1 Descrição do problema selecionado

A equipe definiu o elevado número de hipertensos não controlados como o problema prioritário depois de constatar que aproximadamente 618 pessoas no município têm HAS e que as principais causas de morte, com maiores taxas de mortalidade, foram as doenças do aparelho circulatório.

6.2 Explicação do problema

O objetivo desse passo é entender a gênese do problema a ser enfrentado a partir da identificação de suas causas (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010). Dentre as causas que podem estar relacionadas ao elevado número de hipertensos não controlados no município de Ipiaçu /MG destacam-se: hábitos e estilos de vida, nível de informação da população, pressão social (desemprego, violência), estrutura dos serviços de saúde e o processo de trabalho da equipe de saúde.

6.3 Seleção dos nós críticos

Depois desta análise selecionamos como "nós críticos" do elevado número de hipertensos não controlados:

- Hábitos e estilos de vida inadequados;
- Baixo nível de informação da população;
- Estrutura dos serviços de saúde ineficiente;
- Processo de trabalho da equipe de saúde inadequado.

6.4 Desenho das operações

Para a solução dos nós críticos foram estabelecidas as operações a serem desenvolvidas pela equipe de saúde. O quadro 1 apresenta o desenho das operações para os "nós críticos" selecionados.

Quadro 1 - Desenho das operações para os nós críticos selecionados.

Nó Crítico	Operação / Projeto	Resultados Esperados	Produtos Esperados	Recursos Necessários
Hábitos e estilos de vida inadequados	Mudança de hábitos Modificar hábitos e estilos de vida.	Diminuir em 20% o número de sedentários, tabagistas e obesos no prazo de 1 ano.	Programa de caminhada orientada; Grupos operativos	Organizacional: para organizar as caminhadas Cognitivo: informação sobre o tema. Financeiro: para aquisição de recursos. Político: mobilização social e intersetorial.
Baixo nível de informação da população	+ informação Aumentar o nível de informação da população sobre a HAS	População mais informada sobre a HAS	Campanhas educativas através de grupos operativos; capacitação dos ACS.	Organizacional: organização da agenda; Cognitivo: conhecimento sobre o tema; Financeiro: para aquisição de recursos. Político: articulação intersetorial
Estrutura dos serviços de saúde ineficiente	Estrutura adequada Melhorar a estrutura dos serviços para atendimento aos hipertensos	Garantia de exames e medicamentos para os hipertensos.	- Estrutura adequada para prestar assistência de qualidade aos hipertensos	Organizacional: envolvimento da equipe Cognitivo: elaboração do projeto de adequação Político: decisão de aumentar os recursos para estruturar o serviço Financeiro: para aumento de oferta de exames complementares
Processo de trabalho da equipe de saúde inadequado	Linha de Cuidado Implantar a linha de cuidado para atenção aos pacientes hipertensos	Ampliar cobertura dos hipertensos identificados no município.	Linha de cuidado implantada Recursos humanos capacitados	Cognitivo: elaboração de projeto da linha de cuidado e de protocolos; Político: adesão dos profissionais; Organizacional: adequação de fluxos (referência e contrarreferência).

Fonte: Autoria Própria (2016)

6.5 Identificação dos recursos críticos

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 (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010, p.66).

O quadro 2 apresenta os recursos críticos para a execução das operações.

Quadro 2 - Recursos críticos.

Operação/ Projeto	Recursos Críticos
<p>Mudança de hábitos</p> <p>Modificar hábitos e estilos de vida.</p>	Financeiro: para aquisição de recursos.
<p>+ informação</p> <p>Aumentar o nível de informação da população sobre a HAS</p>	Financeiro: para aquisição de recursos.
<p>Estrutura adequada</p> <p>Melhorar a estrutura dos serviços para atendimento aos hipertensos</p>	<p>Cognitivo: elaboração do projeto de adequação</p> <p>Político: decisão de aumentar os recursos para estruturar o serviço</p> <p>Financeiro: para aumento de oferta de exames complementares</p>
<p>Linha de Cuidado</p> <p>Implantar a linha de cuidado para atenção aos pacientes hipertensos</p>	Cognitivo: elaboração de projeto da linha de cuidado e de protocolos;

Fonte: Autoria Própria (2016)

6.6 Análise de viabilidade do plano

A ideia central desse passo é de que o ator que está planejando não controla todos os recursos necessários para a execução do seu plano. Sendo assim, ele precisa identificar os atores que controlam os recursos críticos para definir as operações estratégicas capazes de construir viabilidade para o plano (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010, p.70).

O quadro 3 apresenta a proposta de ação para motivação dos profissionais envolvidos.

Quadro 3 - Proposta de ação para motivação dos profissionais envolvidos.

Operações / Projetos	Recursos críticos	Controle dos recursos críticos		Ação Estratégica
		Quem Controla	Motivação	
Mudança de hábitos Modificar hábitos e estilos de vida.	Financeiro: para aquisição de recursos.	Secretário de Saúde	Favorável	Não é necessária
+ informação Aumentar o nível de informação da população sobre a HAS	Financeiro: para aquisição de recursos.	Secretário de Saúde	Favorável	Não é necessária
Estrutura adequada Melhorar a estrutura dos serviços para atendimento aos hipertensos	Cognitivo: elaboração do projeto de adequação Político: decisão de aumentar os recursos para estruturar o serviço Financeiro: para aumento de oferta de exames complementares	Equipe de saúde Prefeito Municipal Secretário Municipal de Saúde Fundo Nacional de Saúde	Favorável Favorável Favorável Indiferente	Apresentar projeto de estruturação da rede
Linha de Cuidado Implantar a linha de cuidado para atenção aos pacientes hipertensos	Cognitivo: elaboração de projeto da linha de cuidado e de protocolos;	Equipe de saúde	Favorável	Não é necessária

Fonte: Autoria Própria (2016)

6.7 Elaboração do plano operativo

O plano operativo tem como objetivo designar os responsáveis por cada operação e definir os prazos para a execução das operações. O quadro 4 apresenta a elaboração do plano operativo.

Quadro 4 - Elaboração do plano operativo.

Operações	Resultados	Produtos	Responsável	Prazo
Mudança de hábitos	Diminuir em 20% o número de	Programa de caminhada orientada;	Equipe de Saúde sob supervisão do	Três meses para início das atividades

Modificar hábitos e estilos de vida.	sedentários, tabagistas e obesos no prazo de 1 ano.	Grupos operativos	médico da ESF	
+ informação Aumentar o nível de informação da população sobre a HAS	População mais informada sobre a HAS	Campanhas educativas através de grupos operativos; capacitação dos ACS.	Equipe de Saúde sob supervisão do médico da ESF	Quatro meses para início das atividades
Estrutura adequada Melhorar a estrutura dos serviços para atendimento aos hipertensos	Garantia de exames e medicamentos para os hipertensos.	Estrutura adequada para prestar assistência de qualidade aos hipertensos	Coordenador da ABS	Quatro meses para apresentação do projeto e oito meses para aprovação e liberação dos recursos. Início em quatro meses
Linha de Cuidado Implantar a linha de cuidado para atenção aos pacientes hipertensos	Ampliar cobertura dos hipertensos identificados no município.	Linha de cuidado implantada Recursos humanos capacitados	Coordenador da ABS	Início em três meses

Fonte: Autoria Própria (2016)

6.8 Gestão do plano

“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, p.75).

Os quadros 5 a 8 apresentam a situação atual das operações e os campos a serem preenchidos durante o acompanhamento das mesmas.

Quadro 5 - Planilha de acompanhamento do projeto: Mudança de hábitos.

Coordenação: Santiago Ferrera Gonzalez					
Produtos esperados	Responsável	Prazo	Situação atual	Justificativa	Novo prazo
Programa de caminhada orientada; Grupos operativos	Equipe de Saúde sob supervisão do médico da	Três meses para início das atividades	Aguardando implantação		

	ESF				
--	-----	--	--	--	--

Fonte: Autoria Própria (2016)

Quadro 6 - Planilha de acompanhamento do projeto: + informação.

Coordenação: Santiago Ferrera Gonzalez					
Produtos esperados	Responsável	Prazo	Situação atual	Justificativa	Novo prazo
Campanhas educativas através de grupos operativos; capacitação dos ACS.	Equipe de Saúde sob supervisão do médico da ESF	Quatro meses para início das atividades	Aguardando implantação		

Fonte: Autoria Própria (2016)

Quadro 7 - Planilha de acompanhamento do projeto: Estrutura adequada.

Coordenação: Santiago Ferrera Gonzalez					
Produtos esperados	Responsável	Prazo	Situação atual	Justificativa	Novo prazo
Estrutura adequada para prestar assistência de qualidade aos hipertensos	Coordenador da ABS	Quatro meses para apresentação do projeto e oito meses para aprovação e liberação dos recursos. Início em quatro meses	Ainda falta apresentar projeto de estruturação da rede (atrasado)		Dois meses

Fonte: Autoria Própria (2016)

Quadro 8 - Planilha de acompanhamento do projeto: Linha de Cuidado.

Coordenação: Santiago Ferrera Gonzalez					
Produtos esperados	Responsável	Prazo	Situação atual	Justificativa	Novo prazo
Linha de cuidado implantada Recursos humanos capacitados	Coordenador da ABS	Início em três meses	Aguardando implantação		

Fonte: Autoria Própria (2016)

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Após a realização deste trabalho ficou ainda mais evidente que a HAS é um grave problema de saúde em Ipiaçú, pois existe um alto índice de hipertensos no município e a cada dia esse índice aumenta.

Sendo assim, acredita-se que este plano de ação tenha condições de aumentar o nível de informação dos hipertensos a respeito da hipertensão, além de estimular e incentivar a modificação de hábitos de vida. Além disso, acredita-se que este plano contribuirá também para oferecer aos hipertensos um serviço de melhor qualidade junto a ESF Josias Bezerra da Silva, no município de Ipiaçú.

REFERÊNCIAS

ADHB - Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil. **Perfil Municipal – Ipiacu/MG**. Disponível em: http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/perfil_m/ipiacu_mg, Acesso em: 04/01/16.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Norma operacional de assistência à saúde – NOAS-SUS - 01/02**. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde, 2002.

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

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, 136 p.

CAMPOS, F.C.C.; FARIA, H.P.; SANTOS, M.A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. 2. 25d. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) – Núcleo de Educação em Saúde Coletiva, 2010.

CANO, N.S. **Plano de intervenção para redução da prevalência de hipertensão arterial severa no município de Itacambira – MG**. 2015, 29p. TCC (especialização estratégia saúde da família) – NESCON - Universidade Federal de Minas Gerais. 2015.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Cidades, Minas Gerais, Ipiacu**. IBGE, 2015. Disponível em: <http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=313140&search=mi nas-gerais|ipiacu|infograficos:-informacoes-completas>>. Acesso em: 04/01/16.

IPIAÇU, 2015. Disponível em: <http://www.ipiacu.mg.gov.br/site/index.php/a-cidade>> Acesso em: 04/01/16.

MACHADO, C.A.; KAYANUMA, E. Estratégias para implementar medidas de prevenção primária da hipertensão. **Rev Bras Hipertensão**. v.17, n.2, p.111-116, 2010.

MAGALHÃES, M.E.C. *et al.* Prevenção da hipertensão arterial: para quem e quando começar? **Rev Bras Hipertensão**. v.17, n.2, p.93-97, 2010.

MAGRINI, D.W.; MARTINI, J.G. Hipertensão arterial: principais fatores de risco modificáveis na estratégia saúde da família. **Enferm. glob.** v.11, n.26, p. 344-353, 2012.

OGIHARA, T. *et al.* The Japanese Society of Hypertension Guidelines for the Management of Hypertension. *Hypertension Research*; v.32, p.11-23, 2009 *apud* SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. **VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. Arquivos Brasileiros de Cardiologia**. v.95, n.1, suppl.1, p. 1-51, 2010.

POWERS, S.K.; HOWLEY, E.T. **Fisiologia do exercício**: teoria e aplicação ao condicionamento físico e ao desempenho. 3º ed. São Paulo: Manole, 2000.

SILVA, M.E.D.C. **Representações Sociais da Hipertensão Arterial elaboradas por portadoras e profissionais de saúde**: uma contribuição para a Enfermagem – Teresina. 2010, 153p. Dissertação (mestrado em Enfermagem) – Departamento de Enfermagem - Universidade Federal de Piauí. 2010.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. 1. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**. p. 1-48, 2006.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. **VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. Arquivos Brasileiros de Cardiologia**. v.95, n.1, suppl.1, p. 1-51, 2010.

WORLD HEALTHY ORGANIZATION. Preventing chronic disease: a vital investment. Geneva: WHO; 2005. *apud* MAGALHÃES, M.E.C. *et al.* Prevenção da hipertensão arterial: para quem e quando começar? **Rev Bras Hipertensão**. v.17, n.2, p.93-97, 2010.