

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

PATRICIA APARECIDA COSTA

**ACOMPANHAMENTO DE PACIENTES PORTADORES DE  
HIPERTENSÃO ARTERIAL DO PSF ALTO DO CRUZEIRO: PLANO  
DE AÇÃO**

FORMIGA - MG

2014

PATRICIA APARECIDA COSTA

**ACOMPANHAMENTO DE PACIENTES PORTADORES DE  
HIPERTENSÃO ARTERIAL DO PSF ALTO DO CRUZEIRO: PLANO  
DE AÇÃO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do certificado de especialista.

**Orientadora:** Kátia Lúcia Moreira Lemos

FORMIGA -MG

2014

PATRICIA APARECIDA COSTA

**ACOMPANHAMENTO DE PACIENTES PORTADORES DE  
HIPERTENSÃO ARTERIAL DO PSF ALTO DO CRUZEIRO: PLANO  
DE AÇÃO**

**BANCA EXAMINADORA**

---

Orientador: Prof. Kátia Lúcia Moreira Lemos

Examinador: Ms.Eulita Maria Barcelos (UFMG)

APROVADO EM BELO HORIZONTE, EM 21/05/2014

Dedico todo meu trabalho a todos que tanto me apoiaram e aqueles que contribuíram de forma direta ou indireta para sua realização.

## **AGRADECIMENTOS**

Ó Deus, quando algumas vezes, sentindo-me desacreditada e perdida nos meus objetivos, ideais ou minha pessoa, fez-me vivenciar do conhecimento para o término deste projeto.

A minha Professora orientadora, meus amigos de turma, amigos íntimos que muito me ajudaram nas horas difíceis.

“Que os vossos esforços desafiem as impossibilidades,  
lembrai-vos de que as grandes  
coisas do homem  
foram conquistadas do que parecia impossível.”

*Charles Chaplin*

## RESUMO

Este trabalho teve como objetivo elaborar um plano de ação para o enfrentamento de um problema, considerado prioritário, na área de abrangência do Programa de Saúde da Família Alto do Cruzeiro: o acompanhamento deficiente aos portadores de hipertensão arterial sistêmica. Dos 485 hipertensos confirmados, apenas 96 foram acompanhados, segundo os critérios da Linha Guia: Atenção à Saúde do Adulto Hipertensão e Diabetes em 2009. Para elaboração da proposta de intervenção para o acompanhamento de pacientes hipertensos, inscritos na Equipe de Saúde da Unidade – ESF do Alto do Cruzeiro, foram executadas três etapas: diagnóstico situacional, revisão bibliográfica e elaboração do plano de ação, utilizando o Planejamento Estratégico Situacional Simplificado. As causas do problema, selecionadas como nós críticos, foram: a falta de programação eficiente das atividades; a não utilização de protocolos; e a falta de equidade na distribuição de consultas. As três operações propostas para o enfrentamento dos nós críticos foram: fazer funcionar a agenda programada, de acordo com o plano diretor da atenção primária à saúde; utilizar protocolos tendo a Linha Guia como referência; e implantar um sistema de acolhimento e busca ativa dos usuários com hipertensão. Além disso, foram feitas uma análise de viabilidade das operações e uma proposta de acompanhamento e avaliação do plano de ação. A elaboração deste plano de ação possibilitou à Equipe de Saúde perceber a importância de se utilizar um método de planejamento como ferramenta para organização do processo de trabalho, até então feita de forma intuitiva e automática. Com isto, espera-se um acompanhamento mais efetivo dos portadores de hipertensão arterial sistêmica.

**Palavras-chave:** Plano de Ação. Programa Saúde da Família. Hipertensão Arterial. Planejamento Estratégico Situacional Simplificado.

## ABSTRACT

This study aimed to develop a plan of action for dealing with a problem, given priority in the area covered by the Family Health Program Alto do Cruzeiro: poor to patients with hypertension monitoring. Of the four hundred and eighty-five confirmed hypertensives, only ninety-six were followed according to the criteria of the Guide Line: Attention to Adult Hypertension and Diabetes Health in 2009 to develop the proposed intervention for the monitoring of hypertensive patients enrolled in the Health Team Unit - ESF Alto do Cruzeiro were performed three stages: situation analysis, literature review and drafting of the action plan, using the situational Strategic Planning Simplified. The causes of the problem, as critics we selected were: the lack of effective programming activities; non-use of protocols; and the inequity in the distribution of queries. The three proposals for addressing the critical nodes operations were run to the diary, according to the master plan of primary health care; using protocols having the line as a reference guide; and deploy a host system and the active search for users with hypertension. Furthermore, a feasibility analysis of the operations and a proposed monitoring and evaluation of the action plan were made. The preparation of this plan of action enabled the Health Team to realize the importance of using a method of planning as a tool for organization of the work process, hitherto made intuitive and automatic way. With this, we expect a more effective monitoring of systemic arterial hypertension.

**Keywords:** Plan of Action. Family Health Program. Hypertension. Situational Strategic Planning Simplified.



## LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Priorização dos problemas identificados na estimativa rápida segundo importância, urgência e capacidade de enfrentamento, na área de abrangência da ESF Alto do Cruzeiro, Candeias MG, 2012.....	22
Quadro 2: Descritores do problema selecionado.....	23
Quadro 3: Periodicidade da realização dos exames laboratoriais conforme, conforme classificação de risco para hipertensão Arterial.....	24
Quadro 4: Explicação do acompanhamento deficiente aos Portadores de HAS.....	26
Quadro 5: Desenho das operações para os “nós” críticos dos problema acompanhamento deficiente dos portadores de HAS inscritos na ESF Alto do Cruzeiro.....	28
Quadro 6: Recursos críticos para o desenvolvimento das operações definidas para o enfrentamento dos “nós” críticos do problema acompanhamento deficiente de portadores de hipertensão arterial.....	29
Quadro7: Propostas de ações para a motivação dos autores.....	30
Quadro 8: Plano Operativo.....	31
Quadro 9: Gestão do Plano de Ação.....	32

## **LISTA DE ABREVIATURAS/SIGLAS**

<b>ACS</b> -	Agente Comunitário de Saúde
<b>APS</b> -	Atenção Primária da Saúde
<b>ESF</b> -	Estratégia de Saúde da Família
<b>HAS</b> -	Hipertensão Arterial Sistêmica
<b>HIPERDIA</b>	– Programa de cadastro e acompanhamento de hipertensos e Diabéticos
<b>NASF</b> -	Núcleo de Apoio a Saúde da Família
<b>PA</b> -	Pressão Arterial Sistêmica
<b>PDAPS</b> -	Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde
<b>PES</b> -	Planejamento Estratégico Situacional
<b>SIAB</b> -	Sistema de Informação da Atenção Básica
<b>SBH</b> -	Sociedade Brasileira de Hipertensão
<b>UBS</b> -	Unidade Básica de Saúde

## SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	11
2	JUSTIFICATIVA.....	15
3	OBJETIVOS.....	17
	3.1 Objetivo geral.....	17
	3.2 Objetivos específicos.....	17
4	METODOLOGIA.....	18
5	PLANO DE INTERVENÇÃO.....	21
	Primeiro passo.....	21
	Segundo passo.....	22
	Terceiro passo.....	23
	Quarto passo.....	24
	Quinto passo .....	26
	Sexto passo.....	27
	Sétimo passo.....	29
	Oitavo passo.....	29
	Nono passo.....	31
	Décimo passo.....	32
6	DISCUSSÃO.....	34
	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	36
	REFERÊNCIAS.....	37
	ANEXOS.....	38

## 1 INTRODUÇÃO

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é uma das doenças cardiovasculares de maior prevalência no Brasil e no mundo. Estima-se que no Brasil haja um número elevado de pessoas adultas com hipertensão arterial em tratamento nas instituições de saúde. Não há levantamentos de prevalência de hipertensão arterial como um todo, porém estudos isolados mostram variações de 22,3% a 43,9% (LÓLIO, 2004; FREITAS *et al.*, 2004; JAMA, 2003; EUROPEAN SOCIETY OF HYPERTENSION, 2003).

Sendo a HAS uma doença crônica, ela pode ser controlada, mas não curada, requerendo tratamento por toda a vida. Um fato preocupante é que muitos indivíduos só descobrem que são portadores da doença quando apresentam complicações graves, haja vista que a HAS pode evoluir por um longo período sem ocasionar sintomas. Segundo a Sociedade Brasileira de Hipertensão (SBH, 2003), estudo concluído em julho de 2003 pela OMS, revelou que a manutenção do tratamento por parte dos pacientes portadores de doenças crônicas nos países desenvolvidos é realizada por apenas 50% dos doentes.

Para o tratamento da hipertensão arterial utilizam-se medidas tanto não farmacológicas isoladas, como associadas a fármacos anti-hipertensivos. Assim, o objetivo primordial do tratamento da hipertensão arterial é a redução da morbidade e da mortalidade cardiovasculares do paciente hipertenso, aumentadas em decorrência dos altos níveis tensionais e de outros fatores agravantes (ARAÚJO; GARCIA, 2006).

A HAS é considerada um problema de saúde pública por sua magnitude, risco e dificuldades no seu controle (MOLINA *et al.*, 2003, p.72)

Sua evolução clínica é lenta, é considerada uma doença multifatorial e se não faz um tratamento correto pode trazer graves complicações, temporárias ou permanentes. Quando sua ocorrência está associada a agravos como doença cerebrovascular, doença arterial coronária, insuficiência cardíaca e renal crônicas, doença vascular de extremidades, representa elevado custo financeiro aos cofres do governo. Com o passar do tempo compromete a qualidade de vida dos pacientes e pode ter como consequências, internações e procedimentos técnicos de alta complexidade, tendo com prejuízo para o paciente e empresa o absenteísmo ao trabalho, óbitos e aposentadorias precoces (TOLEDO; RODRIGUES; CHIESA, 2007).

O Ministério da Saúde, em acordo com as políticas de promoção e proteção à saúde, tem empenhando nas promoções de ações multiprofissionais na atenção primária à saúde, para combater à hipertensão arterial na sociedade. Estratégia de Saúde da Família (ESF), está

inserida nestes programas onde a atenção é centrada na família e estruturada em uma unidade de saúde e a população adstrita está sob a responsabilidade de equipe multiprofissional (CECCON; STURMER, 2010).

A organização da assistência, com competências bem definidas e integradas entre os membros da equipe multiprofissional, é centralizada no binômio médico – enfermeiro e se estende até o agente comunitário de saúde. O agente é o elo fundamental entre o domicílio e a Unidade de Saúde e representa a principal diferença entre a atuação desse programa e a atividade usual da Unidade Básica de Saúde (UBS), nos seus moldes de atuação tradicional. Esses modelos assistenciais sugerem que, além da organização da atuação integrada da equipe multiprofissional, a eleição da família como núcleo de assistência e a sua ligação direta com a unidade assistencial conta para a melhoria dos resultados (ARAUJO; GUIMARÃES, 2007,p.72).

Deve-se levar em consideração que o tratamento para HAS não é só medicamentoso, pois implica modificações no estilo de vida. Tem-se percebido que os pacientes portadores de HAS do Programa de Saúde Família Alto do Cruzeiro, não vem realizando o tratamento não medicamentoso, conforme orientações dadas pelos profissionais da ESF (Equipe de Saúde da Família). A pouca adesão ao tratamento não medicamentoso pelos portadores de HAS da população alvo e a sua relação com o fato de muitos pacientes manterem-se com PA (Pressão Arterial) elevada, constatado em visitas domiciliares e durante o atendimento individualizado, torna-se um problema, uma vez que a HAS não tratada adequadamente, diminui a expectativa e a qualidade de vida dessas pessoas.

Candeias está localizada na região do Campo das Vertentes do Estado de Minas Gerais, sendo um município de pequeno porte, contando com uma área geográfica de 720,512 quilômetros quadrados e com uma população de 14.595 habitantes. O município possui como principal atividade econômica a agropecuária, tendo renda anual per capita de 7.598. Está localizada a cerca de 220 km da capital mineira e possui clima agradável, com temperatura média anual de 23 graus centígrados, altitude média de 800 metros. Relativo à vegetação, predomina a característica de cerrado, com vegetação rasteira e árvores com galhos tortuosos. Com relação aos recursos hídricos, a cidade é cortada por dois córregos, sendo eles o Vinhático e o Maçaranduba. O fornecimento de água na zona urbana fica a cargo da Companhia de Saneamento do Estado de Minas Gerais/COPASA, sendo que, de um total de 4.950 famílias no município (CANDEIAS, 2012).

O município de Candeias (MG) possui 31,2% dos domicílios em situação de pobreza multidimensional, ou seja, tais domicílios alcançaram 30% ou mais de privações nos indicadores do Índice de Pobreza Multidimensional.

Visualiza-se também que 81,8%, 1,1% e 20,1% dos domicílios apresentam pelo menos uma grave privação nas dimensões de educação, saúde e padrão de vida respectivamente.

O abastecimento de água é distribuído pela rede pública, 97,68% possuem poço ou nascente em suas residências e 2,44% adquirem água por outros meios. Quanto ao destino dado às fezes e urina, 97,45% da população fazem uso do sistema de esgoto e 2,78% destinam seus dejetos à fossa e 0,12% deixam os mesmos a céu aberto. O destino dado ao lixo: 97,10% das famílias é a coleta pública, seguida por 2,78% que queimam ou enterra o lixo produzido em sua residência seguido por 0,12% que o destinam a céu aberto. Com relação ao tipo de casa, 99,88% das famílias possuem casa de tijolos ou adobe e 0,12% casa de material aproveitado. Quanto ao fornecimento de energia 99,88% possui energia elétrica e 0,12% não a possui (CANDEIAS, 2012).

A UBS - Alto do Cruzeiro localiza-se na zona urbana, atendendo o bairro do Alto do Cruzeiro que é um bairro tradicional, situado na parte mais alta da cidade. Teve um crescimento acentuado nas últimas duas décadas com abertura de novos loteamentos e a população originada do êxodo rural. Ainda existem no bairro algumas ruas sem pavimentação, o que gera reclamações por parte dos moradores. As comemorações são basicamente religiosas.

A ESF do Alto do Cruzeiro foi inaugurada em 1994, sendo a primeira do município e está situada em uma praça com boa localização frente à distribuição do bairro. Possui prédio próprio construído em 2006. Apesar de ser uma construção nova, a estrutura não atende todas as necessidades, faltam consultórios, especialmente quando há atendimento dos profissionais do Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF), algumas salas são pequenas além de não existir sala de reuniões, porém existe um projeto para reforma e reestruturação da unidade.

A população ainda está muito condicionada ao atendimento médico, principalmente por demanda espontânea, algumas ações já foram desenvolvidas para mudar este cenário, mas sem muito impacto. Não existe conselho local de saúde, o que facilitaria o diálogo entre equipe e comunidade. A equipe conta com um quadro com os seguintes profissionais: 01 médico, 01 enfermeiro, 01 auxiliar de enfermagem, 04 ACS, 01 odontólogo, 01 auxiliar de consultório odontológico, 01 auxiliar de serviços gerais e equipe do NASF composta pelos

seguintes profissionais: 2 fisioterapeutas, 1 nutricionista, 1 fonoaudióloga e duas farmacêuticas, 1 educador físico, 1 psicóloga.

Possui uma população de 2.564 habitantes um total de 862 famílias. Também pertence à área de abrangência da equipe uma pequena área da zona rural, referente a 30 famílias. A população vive basicamente do trabalho em fábricas de costura para confecções de roupas e com condições socioeconômicas relativamente baixas, o analfabetismo é baixo, e os paradigmas culturais são muito fortes. São realizadas algumas atividades em grupo e capacitação mensal para ACS (Agente Comunitária de Saúde). Não existe tumulto nos atendimentos e a população se relaciona bem com a equipe. O Protocolo de Manchester está sendo implantado, priorizando o atendimento de acordo com as necessidades do paciente e não mais por ordem de chegada.

Nesta UBS, o atendimento está baseado no Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde (PDAPS) é uma proposta do Governo do Estado de Minas Gerais que visa melhorar a qualidade dos serviços na Atenção Primária à Saúde (APS), organizando o atendimento baseado na agenda programada do programa. A dinâmica de trabalho está estruturada da seguinte forma: consulta médica com agenda programada e reserva para consulta de urgência; hipertensos, diabéticos, gestantes, crianças e idosos. Além de vagas livres, a demanda para a população, o agendamento é feito todos os dias e a qualquer momento.

A coleta de exame preventivo para câncer de colo do útero e puericultura é realizada pela enfermeira através de cronograma semanal. As visitas domiciliares são realizadas por todos integrantes da equipe conforme cronograma de trabalho. Os serviços ambulatoriais e de imunização são realizados diariamente.

## 2 JUSTIFICATIVA

Existem múltiplas intervenções não medicamentosas para diminuir a hipertensão arterial. A pessoa portadora da hipertensão e a realização do autocuidado irão depender de alguns fatores, como por exemplo, a percepção e o significado e experiência com a doença em seu grupo familiar. As ações da equipe de saúde, principalmente a de enfermagem no combate a hipertensão arterial, devem seguir algumas metas, entre elas: compreensão do processo patológico, do tratamento, incentivo do indivíduo a participação de programas de autocuidado, bem como a certificação da ausência de complicações para controlar a hipertensão com tratamento medicamentoso e não medicamentoso. Justifica-se assim, a motivação e a orientação à população quanto à importância do tratamento não medicamentoso para hipertensão arterial, através de mudanças no estilo de vida, enfocando a prevenção dos fatores de riscos (CADE, 2006). Seguindo os critérios da linha Guia da Atenção a Saúde do Adulto, o paciente deve realizar:

- 01 consulta médica por ano,
- 01 consulta de enfermagem por ano,
- 02 participações no grupo operativo,
- 01 eletroencefalograma a cada três anos,
- Realização de exames laboratoriais (glicose, potássio, colesterol, triglicérides e urina rotina) pelo menos a cada dois anos.

Na área de abrangência em 2012 ocorreram 45 (69%) internações por causas cardiovasculares e 08 óbitos.

Dos 485 hipertensos cadastrados no sistema de informação da atenção básica (SIAB), em 2012, todos passaram em consulta médica por outras causas e apenas 96 hipertensos foram totalmente acompanhados pela equipe e pelo médico por causas relacionadas à hipertensão Arterial.

Porém, estava sendo realizada atividade preventiva, com baixíssima adesão, inexistia divisão do trabalho neste contexto, sendo participante toda a população do UBS.

Acredita-se que, por falta de conhecimento dos portadores de HAS sobre a sua patologia e o modo adequado para tratá-la, como também as ações desenvolvidas pela ESF do Alto do Cruzeiro, não tenham sido eficazes, para ajudá-los a superar esse déficit de conhecimento e para convencê-los da importância em adequar seu estilo de vida.



Neste contexto, a educação em saúde apresenta-se como uma estratégia adequada para ensinar o hipertenso sobre sua doença e os modos de viver melhor, proporcionando-lhe oportunidades.

Assim, um dos principais desafios para a equipe multidisciplinar de saúde é obter dos usuários portadores de hipertensão arterial melhor adesão ao tratamento não medicamentoso com a elaboração de um plano de ação.

### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 Objetivo Geral**

- Elaborar um plano de ação para o acompanhamento de pacientes portadores de HAS, inscritos na ESF Alto do Cruzeiro, no município de Candeias- MG.

#### **3.2 Objetivos Específicos**

- Aperfeiçoar a prática da educação em saúde pela Equipe Saúde da Família.
- Controlar a hipertensão na comunidade.
- Aumentar o nível de conhecimento do grupo familiar dos portadores de hipertensão arterial e da própria população.
- Melhorar a relação enfermeiro-paciente.
- Incentivar a melhoria dos hábitos e estilo de vida adequada aos portadores de HA.

#### 4 METODOLOGIA

Para elaboração da proposta do plano de ação para o acompanhamento de pacientes portadores de HAS, inscritos no PSF do Alto do Cruzeiro, foram executadas três etapas: diagnóstico situacional, revisão bibliográfica e elaboração do plano de ação.

Primeiramente, foi realizado um diagnóstico situacional, de acordo com Campos; Faria; Santos (2010), no período de agosto de 2012 a novembro do mesmo ano, com a colaboração da equipe de saúde do Alto do Cruzeiro. Este diagnóstico foi baseado no método de estimativa rápida, sendo este, um método que constitui um modo de se obter informações sobre um conjunto de problemas e recursos dos recursos potenciais para o seu enfrentamento, em curto período de tempo, sem gastos constituindo uma importante ferramenta para apoiar um processo de planejamento participativo.

Seu objetivo é envolver a população na identificação das suas necessidades e problemas e também os atores sociais – autoridades municipais organizações governamentais e não governamentais, etc – que controlam recursos para o enfrentamento dos problemas. Os princípios que apoiam a estimativa rápida são: coletar somente os dados pertinentes e necessários; obter informações que possam refletir as condições e as especificidades locais e envolver a população na realização da estimativa rápida. Os dados levantados por meio deste método são coletados em três fontes principais: nos registros escritos existentes ou fontes secundárias; em entrevistas com informantes-chaves, utilizando roteiros ou questionários curtos e na observação ativa da área (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

Em relação aos registros existentes, as fontes de coletas de dados foram: registros do SIAB, fichas SSA2, B e D; PMA2, consolidados da Vigilância Epidemiológica e prontuários. A coleta foi realizada de janeiro a abril de 2013, dos dados referentes ao período de janeiro a dezembro de 2012. No que diz respeito aos informantes-chaves, durante o diagnóstico situacional, no período de janeiro a dezembro de 2012, os ACS entrevistaram 40 líderes da comunidade (presidentes de associação de bairro, líderes religiosos e antigos moradores) e foram elaboradas pela Equipe de Saúde da Família na UBS Alto do Cruzeiro sugestões como por exemplo: o que você sugeria para melhorar o atendimento? As respostas mais citadas foram incorporadas ao diagnóstico situacional. Além disso, realizou-se observação ativa das residências pertencentes à área de abrangência pelos ACS, sob a supervisão do enfermeiro. Foram visitados 1520 domicílios (95%), sendo excluídos aqueles que se encontravam fechados (5%), e observados: riscos ambientais, infraestrutura, acesso à água tratada, rede de

esgoto e energia elétrica, presença de escolas, creches, igrejas, associações de bairro; distância entre o domicílio e a UBS, pavimentação e meios de transportes utilizados.

Na segunda etapa, foi realizada revisão de literatura, nas bases de dados eletrônicas da biblioteca virtual Scielo (Scientific Electronic Library Online), sendo considerados os seguintes critérios:

- Estudos científicos (teses, monografias, artigos).
- Idioma – português.
- Período - 2003 a 2010.
- Palavra chave – hipertensão arterial.

Os estudos selecionados serviram como referência para a discussão do trabalho realizado.

Na terceira etapa, a elaboração da proposta de intervenção foi realizada, utilizando-se o método do Planejamento Estratégico Situacional (PES) simplificado, de acordo com Campos; Faria; Santos (2010). Segundo os autores, o PES foi desenvolvido pelo Prof. Carlos Matus Romo, Ministro da Economia do Governo de Salvador Allende. Três aspectos enfocados por Matus são importantes para a melhor compreensão dos fundamentos teóricos do PES, sendo eles:

- O projeto de Governo – a equipe se propõe a realizar para alcançar seus objetivos;
- A Governabilidade - a existência de recursos da equipe em controlar ou não e que são necessários para programar seu plano;
- A capacidade de Governo – à experiência e à acumulação de conhecimentos da equipe em dominar para a implementação de seu plano. Esses três pontos devem estar inter-relacionados. O PES, a partir de seus fundamentos e métodos, propõe o desenvolvimento do planejamento como um processo participativo. Problema pode ser definido como a discrepância entre uma situação real e uma situação ideal ou desejada. Portanto, um problema pode ser entendido como um obstáculo que impede determinado ator de alcançar seus objetivos.

Consideraram-se dois tipos de categorização dos problemas:

- Problemas estruturados: cujas variáveis que o compõem e as relações entre elas são suficientemente conhecidas. As soluções para enfrentá-los são consensuais.

- Problemas intermediários: são aqueles vividos no cotidiano da organização. Causam interferências na qualidade final dos produtos ou dos serviços prestados pela organização.
- Problemas finais (ou terminais): são aqueles vividos diretamente pelos clientes ou usuários da organização. Eles devem ser o alvo do planejamento porque, para enfrentar problemas terminais, inevitavelmente, devem-se enfrentar os problemas intermediários que interferem ou são causadores dos problemas finais.

Todo método de planejamento apresenta, no seu desenvolvimento, passos ou etapas como uma sequência lógica de ações ou atividades. Matus identifica quatro momentos que caracterizam o processo de PES, que são apresentados a seguir:

- Momento explicativo (Passos 1 a 5): busca-se conhecer a situação atual, procurando identificar, priorizar e analisar seus problemas. Para a elaboração destes passos neste projeto, foram coletados dados do sistema de informação em Saúde da Secretaria Municipal de Saúde e do programa de acompanhamento e cadastro de hipertensos e diabéticos: HIPERDIA - referentes à área de abrangência da ESF: nome completo, data de nascimento, endereço e número de prontuário. Posteriormente, foram separados todos os prontuários dos hipertensos arquivados na UBS e coletados os dados referentes às consultas, exames e participação em grupos operativos no ano de 2012, os quais foram registrados em planilha (ANEXO A).
- Momento normativo (Passos 6 e 7): quando são formuladas soluções para o enfrentamento dos problemas identificados, priorizados e analisados no momento 8 explicativo, que podemos entender como o momento de elaboração de propostas de solução.
- Momento estratégico (Passos 8 e 9): busca-se, aqui, analisar e construir viabilidade para as propostas de solução elaboradas, formulando estratégias para se alcançarem os objetivos traçados.
- Momento tático-operacional (Passo 10): é o momento de execução do plano. Aqui devem ser definidos e implementados o modelo de gestão e os instrumentos para acompanhamento e avaliação do plano. Esses momentos, apesar de suas especificidades, encontram-se intimamente articulados na prática do planejamento, constituindo uma relação de complemento, dando-lhe caráter processual e dinâmico.

## 5 PLANO DE INTERVENÇÃO

Na realização do diagnóstico situacional da Equipe de Saúde da Família do Alto do Cruzeiro foram consideradas as três fontes principais descritas no método: registros escritos existentes ou fontes secundárias, entrevistas com informantes-chaves e observação ativa da área.

Conforme descrito no item 3, a proposta de intervenção para a ESF Alto do Cruzeiro foi elaborada por meio do Planejamento Estratégico Situacional Simplificado, de acordo com os dez passos descritos a seguir.

### • *Primeiro passo*

No momento explicativo, primeiro passo, foi possível identificar, utilizando a estimativa rápida, os principais problemas da área de abrangência. A população residente na área de abrangência (2564 usuários) da ESF Alto do Cruzeiro. A população feminina representa 51,4% e a masculina 50,6%. As crianças (0 a 12 anos) correspondem a 16% da população, adolescentes (13 a 19 anos) são 17%, adultos 56% e idosos apenas 7%. A renda média mensal predominante é de 1 a 3 salários mínimos (64%), sendo que 19% recebem menos de 01 salário mínimo e 17% vivem com mais de 3 salários mínimos.

Todas as casas estão conectadas a rede de energia elétrica recebe água potável encanada e coleta de lixo 06 vezes por semana. Em relação ao destino das águas residuais, 97,68% dos domicílios possuem rede de coleta, 2,32% desprezam-nas a céu aberto e 0% possuem fossa séptica. As doenças que mais acometem a população adulta (a partir de 20 anos) são: Hipertensão Arterial Sistêmica (18,7%), diabetes mellitus (3,86%), doenças respiratórias (1,07%) e etilismo (1,09%).

De acordo com os relatos ou registros de 95% da população da área de abrangência da ESF Alto do Cruzeiro, pôde-se observar que os principais problemas apresentados pelo serviço de saúde eram: acompanhamento deficiente aos portadores de HAS; falta de equipamentos e materiais; dados registrados no sistema de informação referentes aos atendimentos e procedimentos não correspondiam à realidade.

• *Segundo passo*

Para a priorização dos problemas e seleção dos nós críticos, enfatizamos apenas os que mais preocupam realidade significativa na comunidade e da equipe. Os critérios utilizados para a definição das prioridades foram às citadas no instrutivo desta especialização, ou seja, relacionamos todos os problemas, suas causas e consequências. Após esta etapa fizemos a priorização dos mesmos, a sua importância, urgência e a capacidade de enfrentamento. Para a elaboração da planilha abaixo foram relacionados:

- Principais problemas.
- Importância: atribuindo a valores altos, médios e baixos.
- Urgência: distribuindo pontos.
- Capacidade de enfrentamento: definindo se a solução do problema esta dentro, fora ou parcialmente a aplicar-se.
- Seleção: numerando os problemas em ordem de prioridades a partir do resultado da aplicação.

**Quadro 1:** Priorização dos problemas identificados na estimativa rápida segundo importância, urgência e capacidade de enfrentamento, na área de abrangência da ESF Alto do Cruzeiro, Candeias, MG, 2012.

<b>PRINCIPAIS PROBLEMAS</b>	<b>IMPORTÂNCIA</b>	<b>URGÊNCIA</b>	<b>CAPACIDADE DE ENFRENTAMENTO</b>	<b>SELEÇÃO</b>
Acompanhamento deficiente aos portadores de HAS.	Alta	7	Parcial	1
Falta de equipamentos e materiais	Alta	4	Fora	3
Alta Rotatividade de funcionário - Médico	Alta	5	Fora	
Dados registrados no sistema de informação referentes aos atendimentos e procedimentos não correspondem à realidade.	Alta	3	Parcial	4

Fonte: próprio autor

Legenda:

Importância do problema: alta, média e baixa.

Urgência: pontos de 1 a 5 (sendo o valor 5 o mais urgente e o valor 1 o menos urgente).

Capacidade de enfrentamento: dentro, fora e parcialmente dentro da capacidade de enfrentamento da equipe.

• *Terceiro passo*

Ainda no momento explicativo, o terceiro passo, ocorreu à explicação do problema selecionado. Foram definidos descritores e um indicador para que se pudesse avaliar a assistência prestada

**Quadro 2:** Descrições dos Problemas Selecionados

INDICADORES	VALORES	FONTES
Hipertensos Esperados	625	Plano Diretor da atenção Primária a Saúde
Hipertensos Cadastrados	485	SIAB
Hipertensos Confirmados	485	Registro da equipe
Hipertensos Acompanhados em consulta médica por outras causas	485	Registro da equipe
Hipertensos acompanhados por consulta médica por causas relacionadas à HAS	96	Registro da equipe
Sedentários	350	Registro da equipe
Tabagistas	20	Registro da equipe
Internações por causas cardiovasculares	45	Dados da vigilância Epidemiológica
Internações por problemas de Hipertensão	28	Dados da vigilância Epidemiológica
Óbitos por causas cardiovasculares	8	Dados da vigilância Epidemiológica

Fonte: o próprio autor



## Indicador 1

número de hipertensos acompanhados no ano de 2012 x 100       $96 \times 100 / 485 = 20\%$

número de hipertensos confirmados na ESF no ano de 2012.

Ou seja, considerando a Linha Guia Atenção à Saúde do Adulto: Hipertensão e Diabetes

A equipe deixou de acompanhar 80% dos hipertensos confirmados.

Definição de usuários considerados acompanhados.

Segundo SESMG, 2007 os procedimentos que fazem parte da programação da assistência aos hipertensos são:

- Consulta médica: cada hipertenso deve se submeter pelo menos 01 consulta médica por ano.
- Consulta de enfermagem: Os hipertensos devem fazer no mínimo 01 consulta de enfermagem por ano.
- Atividade de grupo: O preconizado é que os pacientes participem de 2 reuniões por ano.
- ECG: os hipertensos devem fazer 01 ECG a cada 03 anos. E exames laboratoriais, conforme descrito no quadro 3:

**Quadro 3:** Periodicidade da realização dos exames laboratoriais conforme, classificação de risco para hipertensão Arterial

EXAMES	BAIXO RISCO	MEDIO RISCO	ALTO RISCO
<b>Glicose</b>	01 exame a cada 2 anos	01 exame ao ano	01 exame ao ano
<b>Creatinina</b>	01 exame a cada 2 anos	01 exame ao ano	01 exame ao ano
<b>Potássio</b>	01 exame a cada 2 anos	01 exame ao ano	01 exame ao ano
<b>Colesterol</b>	01 exame a cada 2 anos	01 exame ao ano	01 exame ao ano
<b>Triglicérides</b>	01 exame a cada 2 anos	01 exame ao ano	01 exame ao ano
<b>Urina rotina</b>	01 exame a cada 2 anos	01 exame ao ano	01 exame ao ano

**Fonte:** SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO.

- *Quarto Passo*

O quarto passo tem como objetivo entender a gênese do problema que se pretende enfrentar a partir da identificação das suas causas:

**Causas relacionadas aos pacientes:** baixa adesão aos serviços de saúde (apenas 66,8% dos hipertensos confirmados consultaram em 2012 e 2,7% participaram de grupo operativo). Essa baixa adesão pode ser explicada devido à dificuldade dos trabalhadores em consultar no horário de trabalho, baixo nível educacional (42% da população possui ensino fundamental incompleto) e pela evolução assintomática da doença;

**Cultura local:** grande parte da população acredita que tem que ser acompanhado pelo especialista (cardiologista) que o clínico não está preparado para atender a população hipertensa.

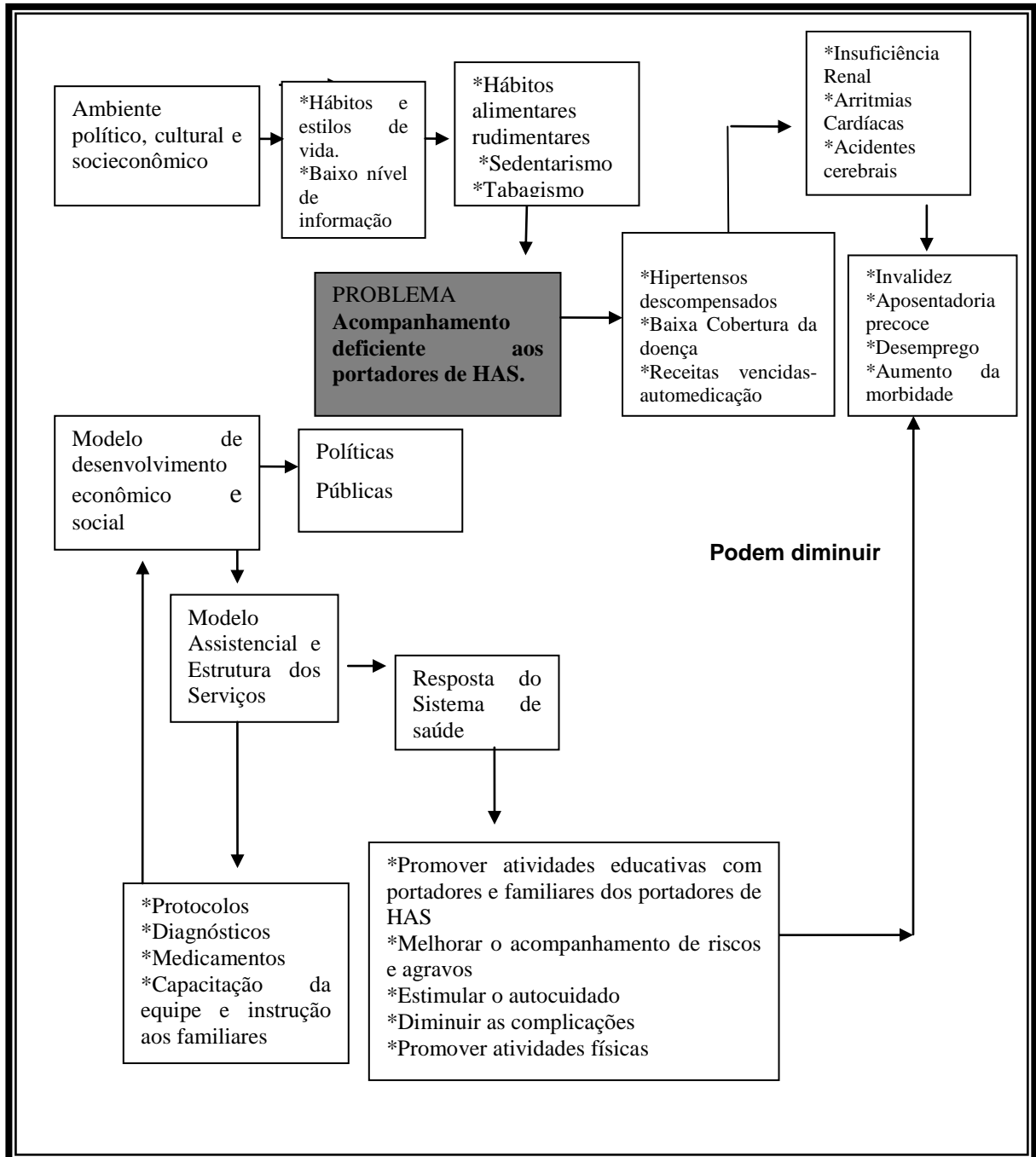
**Causas relacionadas à equipe de saúde:** desinformação dos profissionais quanto a melhor forma de abordar o paciente hipertenso; o acolhimento acontece de forma ineficaz.

**Fatores relacionados ao processo de trabalho:** falta de programação eficiente das atividades (equipe não segue a agenda planejada do plano diretor), dos 485 hipertensos confirmados todos passaram por consulta, a média de consulta foi 4 por ano, porém consultaram por outras causas; protocolos clínicos e organização do serviço para hipertensão arterial (condutas divergentes, não estabelecimento de metas); falta de atualização da ficha B dos hipertensos.

**Causas relacionadas à gestão da saúde:** não utilização de protocolo clínico e de organização do serviço para HAS (condutas divergentes, não estabelecimento de metas). Manutenção do sistema de saúde somente voltado para a cura; demora em a marcação de exames laboratoriais e de alta complexidade.

**Consequências:** Baixa cobertura para consultas; Renovação de receitas sem consulta médica e consequentemente automedicação; Registro no HIPERDIA não corresponde à realidade; Agravamento dos quadros clínicos, sequelas irreversíveis e óbitos de pacientes; Baixa adesão dos usuários ao acompanhamento da doença; Baixa cobertura para consultas específicas; Aumento da demanda no pronto atendimento; Dificuldades da equipe em organizar um atendimento de qualidade; Aumento progressivo dos gastos em saúde e procedimentos de alta complexidade.

**Quadro 4:** Explicação do acompanhamento deficiente aos Portadores de HAS



Fonte: próprio autor.

• *Quinto passo*

No quinto passo foi necessário fazer uma análise capaz de identificar, entre as várias causas, aquelas consideradas mais importantes na origem do problema, as que precisam ser enfrentadas. Para realizar essa análise, utilizamos o conceito de “nó crítico” proposto pelo PES:

O “nó crítico” traz também a ideia de algo sobre o qual eu possa intervir, ou seja, o que está sobre o meu espaço de governabilidade. Ou, então o seu enfrentamento tem a possibilidade de ação mais direta e que pode ter importante impacto sobre o problema escolhido (CAMPOS, 2010, p. 72).

De acordo com o texto acima podemos citar os nós do problema priorizado pela equipe de Saúde Alto do Cruzeiro:

- \* Hábitos e estilo de vida inadequada,
- \* Baixo nível de informação da população,
- \* Falta de conhecimento do grupo familiar dos portadores de Hipertensão Arterial,
- \* Desestrutura dos serviços de saúde,
- \* Processo de trabalho da equipe de saúde inadequado.

- *Sexto passo*

No sexto passo, a partir da definição dos nós críticos a equipe desenhou as operações/projetos necessários à solução do problema, assim como os produtos e resultados esperados dessas operações. Os recursos necessários para execução da operação também foram levantados. O quadro apresentado a seguir especifica essas considerações.

**Quadro 5:** Desenho das operações para os “nós” críticos do problema acompanhamento deficiente dos portadores de HAS inscritos na ESF Alto do Cruzeiro

<b>Nó crítico</b>	<b>Operação/Projeto</b>	<b>Resultado Esperado</b>	<b>Produtos esperados</b>	<b>Recursos Necessários</b>
<b>Baixo nível de informação da população</b>	<b>Construindo Saber</b> Melhorar o nível de informação da população a respeito de hipertensão arterial.	Melhoria do conhecimento sobre hipertensão da população através de um meio de informação que use uma forma mais popular sobre hipertensão Arterial	População informada sobre a hipertensão arterial, e aumento da adesão ao tratamento anti-hipertensivo.	Cognitivos: Conhecimento sobre o tema. Políticos: parceria, mobilização social. Financeiros: disponibilização de materiais educativos relacionados a hipertensão arterial.
<b>Hábitos e estilo de vida inadequados</b>	<b>Viva Melhor</b> Modificar hábitos e estilos de vida da população .	-Diminuição do número de pessoas sedentárias em 50%. - Alteração dos hábitos alimentares em 50% da população.	Participação no programa de caminhada orientada; Programa alimentação saudável.	Organizacionais: para organizar as caminhadas. Cognitivo: informações sobre o tema. Político: conseguir espaço local e articulação intersetorial. Financeiros: folhetos educativos, recursos áudio visuais relacionados à alimentação.
<b>Falta de conhecimento do grupo familiar dos portadores de HAS</b>	<b>Cuidar com Você</b> Aumentar o nível de conhecimento dos familiares sobre a importância da adesão ao tratamento anti-hipertensivo.	Inclusão do grupo familiar no contexto do tratamento e acompanhamento dos hipertensos.	Maior número de familiares participando e acompanhando o tratamento de hipertensão arterial.	Cognitivos: Conhecimento sobre o tema. Políticos: parceria, mobilização social, disponibilização de materiais. Organizacionais: organização da agenda.
<b>Desestruturação dos serviços de saúde</b>	<b>Protocolos em Ação</b> Adotar a linha guia: Saúde do Adulto – hipertensão e diabetes como referência.	Condutas padronizadas e processo de trabalho organizado.	Protocolo elaborado e implantado conforme o Programa Saúde em Ação.	<b>Cognitivo:</b> informação sobre os temas a serem apresentados no grupo operativo. Organizacional: <b>Financeiro:</b> aquisição de recursos áudio-visuais e folhetos

Fonte: próprio autor

- *Sétimo passo*

O objetivo do sétimo passo é identificar os recursos críticos que devem ser consumidos em cada operação, de acordo com o apresentado no quadro abaixo:

**Quadro 6:** Recursos críticos para o desenvolvimento das operações definidas para o enfrentamento dos “nós” críticos do problema acompanhamento deficiente de portadores de hipertensão arterial

<b>OPERAÇÃO/PROJETO</b>	
<b>Construindo Saber</b>	<b>Políticos:</b> parceria, mobilização social, disponibilização de materiais. <b>Organizacionais:</b> organização da agenda.
<b>Viva Melhor</b>	<b>Financeiro:</b> folhetos educativos, recursos áudio visuais relacionados à alimentação e práticas de caminhadas. <b>Político:</b> conseguir espaço local e um horário na rádio local. <b>Organizacionais:</b> organizar as caminhadas
<b>Cuidar com Você</b>	<b>Políticos:</b> parceria, mobilização social. <b>Financeiros:</b> disponibilização de materiais educativos relacionados a hipertensão arterial.
<b>Protocolos em Ação</b> Adotar a linha guia: Saúde do Adulto – hipertensão e diabetes como referência.	<b>Financeiro:</b> confecção de recursos áudio visuais e folhetos. <b>Político:</b> Aprovação do projeto pela Secretário Municipal de saúde.
<b>Melhor Cuidado</b>	<b>Financeiro:</b> recursos para a confecção de fichários.

- *Oitavo passo*

No oitavo passo, momento estratégico, foi realizado a análise de viabilidade do plano. A ideia central que rege este passo – análise de viabilidade – é de que o ator que está planejando não controla todos os recursos necessários para a execução do seu plano. Portanto, ele precisa identificar os atores que controlam recursos críticos, analisando seu provável posicionamento em relação ao problema para, então, definir operações/ações estratégicas capazes de construir viabilidade para o plano ou, dito de outra maneira, motivar o ator que controla os recursos críticos.

**Quadro7:** Propostas de ações para a motivação dos autores

OPERAÇÃO/PROJETO	RECURSOS CRÍTICOS CONTROLE DOS RECURSOS CRITICOS AÇÕES ESTRATÉGICAS			
		AUTOR QUE CONTROLA	MOTIVAÇÃO	
<b>Construindo Saber</b> Melhorar o nível de informação da população a respeito de hipertensão arterial.	<b>Políticos:</b> parceria, mobilização social, disponibilização de materiais. <b>Organizacionais:</b> organização da agenda.	Secretaria Municipal de Educação e Saúde	Favorável	Não é necessária
<b>Viva Melhor</b> Modificar hábitos e estilos de vida da população .	<b>Financeiro:</b> folhetos educativos, recursos áudio visuais relacionados à alimentação e praticas de caminhadas. <b>Político:</b> conseguir espaço local e um horário na radio local. <b>Organizacionais:</b> organizar as caminhadas	Secretaria Municipal de Esportes e Saúde	Favorável	Não é necessária
<b>Cuidar com Você</b> Aumentar o nível de conhecimento dos familiares sobre a importância da adesão ao tratamento anti-hipertensivo.	<b>Políticos:</b> parceria, mobilização social. <b>Financeiros:</b> disponibilização de materiais educativos relacionados a hipertensão arterial.	Secretaria Municipal de Assistência Social Associações de Bairros	Favorável	Apresentar o projeto a associação de bairros
<b>Protocolos em Ação</b> Adotar a linha guia: Saúde do Adulto – hipertensão e diabetes como referência.	<b>Financeiro:</b> confecção de financeiro para confecção das agendas <b>Político:</b> Aprovação do projeto pela coordenação da atenção primária e adesão dos profissionais a agenda programada.	Secretaria Municipal de Saúde	Favorável	Não é necessária
<b>Melhor Cuidado</b> Implantar sistema de acolhimento e busca ativa de portadores de hipertensão arterial	<b>Financeiro:</b> para as aquisições de materiais audiovisuais e folhetos. <b>Político:</b> Aprovação do projeto pelo secretario municipal de saúde. <b>Financeiro:</b> recursos para a confecção de fichários.	Secretaria Municipal de Saúde	Favorável	Não é necessária

**Fonte: próprio autor.**

- *Nono passo*

No nono passo, ainda momento estratégico, foi elaborado o plano operativo. A principal finalidade deste passo é a designação dos responsáveis pelo projeto e operações estratégicas além de estabelecer os prazos para o cumprimento das ações necessárias. Seu principal papel é garantir que as ações sejam executadas de forma coerente e sincronizadas, prestando contas do andamento do projeto nos espaços definidos para o sistema de gestão do plano e o plano operativo está apresentado no quadro abaixo.

**Quadro 08:** Plano Operativo

<b>OPERAÇÕES</b>	<b>RESULTADOS</b>	<b>PRÓENDEMI- AS E EPIDEMIAS</b>	<b>RESPON- SÁVEL</b>	<b>PRAZO</b>
<b>Construindo Saber</b> Melhorar o nível de informação da população a respeito de hipertensão arterial.	Aumentos de informação sobre a hipertensão arterial, e adesão ao tratamento anti-hipertensivo.	Programa Saúde na Escola	Daukleber e Patrícia	Início em 4 meses e termino em 6 meses
<b>Viva Melhor</b> Modificar hábitos e estilos de vida da população.	Programa de caminhada orientada; Programa alimentação saudável.	Programa de caminhada orientada.	Marcelo, Adelaine Ana Paula e Sandra.	Apresentar o projeto em 2 meses e inicia-lo em 3 meses
<b>Cuidar com Você</b> Aumentar o nível de conhecimento dos familiares sobre a importância da adesão ao tratamento anti-hipertensivo.	Familiares participando e acompanhando o tratamento de hipertensão arterial.	Projeto em Grupo	Patrícia	Início em 3 meses e termino em 4 meses
<b>Protocolos em Ação</b> Adotar a linha guia: Saúde do Adulto – hipertensão e diabetes como referência.	Protocolo elaborado e implementado, conforme o Programa Saúde em Ação.	Projeto de estruturação da rede	Coordenação da Atenção Primária a Saúde e Patrícia	Início em 3 meses e termino em 5 meses
<b>Melhor Cuidado</b> Implantar sistema de acolhimento e busca ativa de portadores de hipertensão arterial	<b>Acolhimento implantado:</b> Acolher todos os pacientes que solicitarem atendimento na UBS. Os usuários são atendidos pelo enfermeiro e agendados de acordo com a gravidade do caso. <b>Monitoramento da consulta médica implantado:</b> criar fichários novos com as novas prescrições médicas <b>Sistema de Busca Ativa Implantado Busca ativa:</b> fazer acompanhamento dos pacientes por meio de visitas domiciliares com os Agentes comunitários de saúde.	Avaliação do conhecimento da equipe sobre acolhimento	Patrícia	Início em 3 meses e termino em 5 meses



• *Décimo passo*

No décimo passo, momento tático-operacional, é descrita a gestão do plano. Os objetivos deste passo são: desenhar um modelo de gestão do plano de ação, discutir e definir o processo de acompanhamento do plano e seus respectivos instrumentos.

O monitoramento consiste em um esforço institucional com propósitos semelhantes ao da avaliação, porém realizados de forma contínua e permanente e não somente momentâneo na sua atividade cotidiana.

O projeto será monitorado pela enfermeira coordenadora do projeto e a enfermeira do PSF Alto do cruzeiro, através de uma planilha de avaliação (anexo 2) e também, através das reuniões bimestrais com os facilitadores do projeto, serão discutidos os impactos causados pelo projeto e a necessidade de possíveis adequações. E desta forma apresentação à gestão local.

**Quadro 9:** Gestão do Plano de Ação

<b>Operação: Construindo Saber Coordenação: Daukleber e Patrícia seis meses do início do projeto</b>			<b>Avaliação após seis meses do projeto</b>		
<b>Produtos</b>	<b>Responsáveis</b>	<b>Prazo</b>	<b>Situação atual</b>	<b>Justificativa</b>	<b>Novo prazo</b>
<b>Construindo Saber Programa Saúde Escolar</b>	Daukleber e Patrícia	Início em 4 meses e termino em 6 meses	Em implantação		

<b>Operação: Viva Melhor Coordenação: Patrícia e Marcelo</b>			<b>Avaliação após seis meses do projeto</b>		
<b>Produtos</b>	<b>Responsáveis</b>	<b>Prazo</b>	<b>Situação atual</b>	<b>Justificativa</b>	<b>Novo prazo</b>
<b>Viva Melhor Programa Caminhada Saudável</b>	Marcelo, Adelaine e Ana Paula.	Início em 4 meses e termino em 6 meses	Em implantação		

<b>Operação: Construindo Saber Coordenação: Patrícia Silva</b>			<b>Avaliação após seis meses do projeto</b>		
<b>Produtos</b>	<b>Responsáveis</b>	<b>Prazo</b>	<b>Situação atual</b>	<b>Justificativa</b>	<b>Novo prazo</b>
<b>Construindo Saber Projeto em Grupo</b>	Patrícia Silva	Início em 4 meses e termino em 6 meses	Em implantação		

<b>Operação: Construindo Saber Coordenação: Patrícia Silva</b>			<b>Avaliação após seis meses do projeto</b>		
<b>Produtos</b>	<b>Responsáveis</b>	<b>Prazo</b>	<b>Situação atual</b>	<b>Justificativa</b>	<b>Novo prazo</b>
<b>Protocolos em Ação Projeto Estruturação da Rede</b>	Coordenação da Atenção Primária a Saúde	Início em 4 meses e termino em 6 meses	Em implantação		

<b>Operação: Construindo Saber Coordenação: Patrícia Silva</b>			<b>Avaliação após seis meses do projeto</b>		
<b>Produtos</b>	<b>Responsáveis</b>	<b>Prazo</b>	<b>Situação atual</b>	<b>Justificativa</b>	<b>Novo prazo</b>
<b>Melhor Cuidado Acolhimento Implantado</b>	Coordenação da Atenção Primária a Saúde	Início em 4 meses e termino em 6 meses	Em implantação		

## 6 DISCUSSÃO

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é um dos problemas de saúde pública mais importante e frequente no mundo, tendo prevalência aproximada de 20% na população adulta (MALUF *et al.*, 2010). Inquéritos de base populacional realizados em algumas cidades do Brasil mostram prevalência de HAS (pressão arterial  $\geq 140/90$  mmHg) variando de 22,3% a 43,9% (MALFATI; ASSUNÇÃO, 2011).

O presente estudo revelou um índice de identificação/captação (prevalência referida) de 15% de portadores de HAS entre os residentes, na área de atuação da ESF Alto do Cruzeiro, com vinte anos e mais. A taxa de prevalência referida pode estar subestimada, visto que é inferior aos 20% apresentados pelo Ministério da Saúde para a mesma faixa etária. Uma evidência de provável erro no banco de dados é a discordância entre os registros do HIPERDIA (525 hipertensos) em relação aos prontuários arquivados na UBS e ficha B preenchidas pelos agentes comunitários de saúde (485 hipertensos). Outras questões possivelmente relacionadas à baixa confiabilidade dos dados do HIPERDIA referem-se à ausência de uma prática de supervisão dos ACS, pois são eles que preenchem as fichas para cadastros de hipertensos e alimentam o banco de dados. Muitas vezes eles ocupam seu tempo com atividades alheias aos objetivos do programa de saúde da família (atividade de atendimento na recepção, por exemplo) e não conseguem visitar todas as famílias de sua micro área mensalmente.

Independentemente do volume de cadastros, o indicativo de que existe um baixo percentual de acompanhamento para pacientes hipertensos representa um alerta e acusa a necessidade de instalação de medidas para aumentar o percentual de acompanhamento dos pacientes desta enfermidade, evitando urgências hipertensivas, internações hospitalares, incapacidades e óbitos.

Após o diagnóstico e o cadastro dos pacientes, espera-se que ocorra uma vinculação dos usuários com as unidades de saúde da família, ocorrendo a prestação de um atendimento diferenciado, com ações de uma equipe multiprofissional (médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, agentes comunitários de saúde, dentistas, auxiliares de consultório dentário, entre outros) na unidade de saúde e/ou domicílios. (SOUSA *et al.*, 2009, p.72)

Após a implementação da proposta de intervenção serão realizadas avaliações semestrais do projeto. A avaliação será pautada no cálculo do indicador, sendo considerada a

meta de aumento em 10% de acompanhamento a cada semestre e após cinco semestres este indicador deverá permanecer sempre maior ou igual a 50%.

A manutenção de um modelo, enfatizado pela gestão municipal, resulta na ESF Alto do Cruzeiro em um processo de trabalho em fase de organização. A partir deste problema foi elaborado um projeto, cujas operações visam melhorar o acompanhamento dos Hipertensos pela ESF. A implementação de uma agenda programada baseada no plano Diretor da Atenção Primária terá como objetivos realizar grupos operativo-educativos, consultas de acompanhamento para todos os hipertensos cadastrados, sendo consultas domiciliares no caso de hipertensos acamados, e visitas domiciliares do agente comunitário de saúde para todos os hipertensos cadastrados.

Entre as principais causas identificadas de fatores que contribuem para a falha no controle de HAS, encontram-se as prescrições inadequadas. Estudos demonstram um número elevado de pacientes tratados em desacordo com os protocolos, especialmente pela insistência em monoterapia naqueles cujo o quadro clínico sugere o uso de três a quatro medicamentos associados. A adesão aos protocolos esta relacionada à maior qualidade das prescrições e conseqüentemente tem um impacto significativo no número de pessoas com nível de pressão controlado, além de diminuir eventos cardiovasculares (MALUF *et al.*, 2010).

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A participação no Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família contribuiu e ajudou a melhorar a qualidade da assistência dada a todos os usuários de HAS pela ESF do Alto do Cruzeiro, principalmente através de uma nova visão de reorganização do processo de trabalho. Possibilitou que a equipe refletisse como estava lidando com as demandas e como as atividades estavam sendo realizadas de forma intuitiva e automática, esquecendo-se da importância da estratégia da saúde da família.

Ao elaborar o plano de ação para acompanhamento deficiente aos portadores de HAS, a equipe percebeu a importância de se fazer um diagnóstico situacional para conhecer os problemas da área de abrangência e identificar quais são passíveis de resolução e, qual a prioridade de cada problema no cotidiano. A utilização do PES para elaboração da proposta de intervenção permitiu a equipe formular propostas baseadas em evidências e com grande probabilidade de serem resolutivas.

## REFERÊNCIAS

- ARAÚJO, T. L. *et al.* Reflexo da hipertensão arterial no sistema familiar. **Rev. Soc. Card.Estado de São Paulo**, v. 8, n. 2, p.1-6, 1998. Suplemento A
- CADE, N. V. Trabalho desenvolvido pelo enfermeiro: expectativa e percepção de hipertensos em tratamento ambulatorial . **Rev. Enf. UERJ**, v. 7, n. 2, p.148-153, 1999.
- CAMPOS, F. C.; FARIA, H. P. SANTOS, M. A. Planejamento e avaliação das ações em saúde. 2 ed. Belo Horizonte: Ed. UFMG, 2010.
- CAMPOS, F. C.; FARIA, H. P. SANTOS, M. A. Planejamento e avaliação das ações em saúde. 2 ed. Belo Horizonte: Ed. UFMG, 2010. EUROPEAN SOCIETY OF HYPERTENSION. European society of cardiology guidelines for the management of arterial hypertension. **J Hypertens.** v. 21, n. 6, p. 1011-1053, 2003. Fascículo II.
- CANDEIAS. Secretaria Municipal de Saúde. **Sistema de Informação em Saúde.** Candeias: SMS; 2012.
- JAMA. The seventh report of the joint national committee on prevention, detection, evaluation, and treatment of high blood pressure. **The JNC 7 report.**, v. 289, n. 19, p. 2560-2572, 2003.
- LÓLIO, C. A. Prevalência de hipertensão arterial em Araraquara. **Arq Bras Cardiol.** v. 55, n. 3, p. 167-173, 2004.
- MOLINA, B.; CUNHA, M. D.; HERKENHOFF, L. F.; MILL, J. G. Hipertensão arterial e consumo de sal na população urbana. *Revista Saúde Pública*, v. 37, n. 6: p 743-750, 2003.
- MALUF Jr, I.; ZAHDI, M. R.; UNTERSTELL, N.; MALUF. E. M. C. P.; SOUSA, A. B.; LOURE, F. D. Avaliação da adesão de médicos ao protocolo de hipertensão arterial da secretaria municipal de saúde de Curitiba. *Arquivos brasileiros de cardiologia*, v. 94, n.1, 2010.
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO. **OMS alerta para baixa adesão ao tratamento.** Disponível em: [http:// www. Sbh.org.br/noticias.asp?codigo=149](http://www.Sbh.org.br/noticias.asp?codigo=149) . Acesso em: 23.03.2009.
- TOLEDO, M. N.; S. C.; CHIESA, A. M. **Educação em Saúde no enfrentamento da hipertensão arterial: uma nova ótica para um velho problema.** *Contexto em enfermagem*, v 16, n. 2: p 233-238, 2007.



**ANEXO B**

<b>PLANILHA DE MONITORAMENTO</b>			
<b>Indicadores</b>	<b>Momento atual</b>	<b>Em 6 meses</b>	<b>Em 1 ano</b>
Hipertensos cadastrados			
Hipertensos confirmados			
Hipertensos acompanhados conforme protocolo			
Hipertensos obesos			
Hipertensos Sedentários			
Complicações devido a pressão alta			