

UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO  
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA FAMÍLIA

MARCOS GUIMARÃES SILVA

**ACOMPANHAMENTO CLÍNICO DOS PACIENTES COM DIAGNÓSTICO DE HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA NA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA ALVORADA, PATOS DE MINAS, MG**

PATOS DE MINAS - MINAS GERAIS  
2014

MARCOS GUIMARÃES SILVA

**ACOMPANHAMENTO CLÍNICO DOS PACIENTES COM DIAGNÓSTICO DE HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA NA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA ALVORADA, PATOS DE MINAS, MG**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal do Triângulo Mineiro, para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientador: Sandra de Azevedo Pinheiro

UBERABA - MINAS GERAIS  
2014

MARCOS GUIMARÃES SILVA

**ACOMPANHAMENTO CLÍNICO DOS PACIENTES COM DIAGNÓSTICO DE HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA NA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA ALVORADA, PATOS DE MINAS, MG**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal do Triângulo Mineiro, para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientador: Sandra de Azevedo Pinheiro

**Banca Examinadora:**

Profa. Sandra de Azevedo Pinheiro (orientadora)

Profa. Sabrina Martins Barroso

Aprovado em Uberaba em 03 de fevereiro de 2014.

## RESUMO

Hipertensão arterial (HAS) é uma doença crônica de evolução progressiva, caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial (PA). Pode culminar em inúmeras complicações, embora o acompanhamento e a abordagem adequada contribuam para minimizá-las. Tendo em vista o compromisso de atenção integral das abordagens em saúde da família, o presente texto apresenta uma proposta de intervenção para melhorar o acompanhamento e a atenção à saúde de portadores de HAS. Para elaborar a proposta, fez-se o diagnóstico situacional do trabalho em uma equipe de saúde da família (ESF), seguido de revisão bibliográfica e elaboração de um plano de ação fundamentado no Planejamento Estratégico Situacional Simplificado. Os nós críticos relacionados ao atendimento ao hipertenso foram: ineficiência na programação de atividades; falta de organização das informações em saúde, o número excessivo de consultas e falta de busca ativa de pacientes sem acompanhamento. Foram propostas as seguintes medidas: criação de reserva de vagas de consulta para agendamento exclusivo para hipertensos; organização dos prontuários e classificação de risco dos pacientes com diagnóstico de HAS; padronização do acompanhamento dos hipertensos pela adoção da Linha-Guia "Atenção à Saúde do Adulto: Hipertensão e Diabetes"; implementação de um sistema de acolhimento e busca ativa dos hipertensos inscritos na ESF Alvorada. Espera-se que haja uma reorganização de todo o processo de trabalho da ESF, com melhora significativa na qualidade do acompanhamento dos pacientes portadores de HAS.

**Palavras-chave:** Hipertensão, Atenção Básica, Educação em saúde.

## **ABSTRACT**

Hypertension is a chronic progressive disease characterized by high and sustained levels of blood pressure. May result in numerous complications, although monitoring and appropriate approach will help to minimize them. Given the commitment to integrated care approaches in family health, this article presents a proposal for intervention to improve monitoring and health care for patients with hypertension. In preparing the proposal, became the situational analysis of work in a family health team ( FHT ), followed by literature review and preparation of an action plan based on the Situational Strategic Planning Simplified. Critics call us related to hypertensive patients were: inefficient programming activities, lack of organization of health information, the excessive number of consultations and lack of active search for patients without accompaniment, organization of medical records and risk classification of patients with hypertension; standardization of monitoring of hypertensive patients by adopting the line-guide " Health Care Adult establishment of quotas for exclusive consultation schedule for hypertensive patients: The following measures have been proposed: hypertension and diabetes "; implementation of a host system and active pursuit of hypertensives enrolled in the FHS Alvorada is expected that there is a reorganization of the entire work process FHS with significant improvement in the quality of monitoring of patients with hypertension.

**Keywords:** Hypertension, Primary Health Care, Health Education

## **LISTA DE QUADROS**

Quadro 1 - Parâmetros de assistência para os usuários com hipertensão arterial sistêmica, por estrato e procedimento, na atenção primária à saúde. Fonte: MINAS GERAIS (2013, p.200).

Quadro 2 - Parâmetros de assistência para os usuários com hipertensão arterial sistêmica, por estrato e exame laboratorial, na atenção primária à saúde. Fonte: MINAS GERAIS (2013, p. 201).

Quadro 3 - Priorização dos problemas identificados pelo método estimativa rápida, conforme importância, urgência e capacidade de enfrentamento, na área de abrangência da ESF Alvorada, Patos de Minas-MG, 2013 (Elaboração do autor).

Quadro 4. Desenho das operações criadas para os nós críticos do problema deficiência no acompanhamento dos hipertensos da ESF Alvorada, Patos de Minas-MG, 2013 (Elaboração do autor).

Quadro 5. Recursos críticos para cada operação para o enfrentamento do problema deficiência no acompanhamento dos hipertensos da ESF Alvorada, Patos de Minas-MG, 2013 (Elaboração do autor).

Quadro 6. Proposta de ações para a motivação dos atores que controlam os recursos críticos. (Elaboração do autor).

Quadro 7. Plano operativo. (Elaboração do autor).

## **LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS**

**ACS** - Agente Comunitário de Saúde

**CEABSF** - Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família

**CEO** - Centro de Especialidade Odontológica

**ECG** - Eletrocardiograma

**ESB** - Equipe de Saúde Bucal

**ESF** - Estratégia de Saúde da Família

**HAS** - Hipertensão Arterial Sistêmica

**NASF** - Núcleo de Apoio à Saúde da Família

**PACS** - Programa de Agentes Comunitários de Saúde

**PES** - Planejamento Estratégico Situacional

**PROVAB** - Programa de Valorização do Profissional de Atenção Básica

**PSF** - Programa Saúde da Família

**UBS** - Unidade Básica de Saúde

**USF** - Unidade de Saúde da Família

## APRESENTAÇÃO

Como médico generalista, graduado em dezembro de 2011 pela Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, tenho trabalhado em Saúde da Família desde fevereiro de 2012. Já trabalhei como médico da Equipe de Saúde da Família - ESF 25 (Área Rural) de Patos de Minas, por seis meses. Posteriormente, trabalhei como médico da ESF do município de Arapuá, por mais cinco meses. Atualmente, trabalho como médico da ESF 13 (Alvorada) de Patos de Minas, como médico bolsista do Programa de Valorização do Profissional de Atenção Básica (PROVAB), com início de atuação em março de 2013.

Tendo em vista a oportunidade de aquisição de conhecimentos e habilidades para a gestão dos casos em saúde, com o objetivo de aprimorar minha prática na atenção primária em saúde, para a oferta de uma assistência de qualidade aos usuários, realizei o Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família (CEABSF) oferecido pela Universidade Federal de Minas Gerais (realizado no polo Uberaba, pela Universidade Federal do Triângulo Mineiro) no período de março de 2013 a fevereiro de 2014. A participação desse curso é, ainda, uma exigência aos médicos bolsistas do PROVAB.

A partir de uma experiência profissional constituída de atendimento diário como médico da ESF, foi possível identificar que a abordagem do problema do acompanhamento clínico dos usuários portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é tema relevante devido sua magnitude na população que demanda os serviços; sua importante repercussão sobre a saúde e a vida do usuário, assim como pelo fato de grande parte do processo de trabalho de uma ESF ser influenciada pela assistência a tais pacientes, tendo em vista o grande número de pessoas hipertensas entre aquelas visitadas e também entre as agendadas para consulta médica na unidade de saúde.

Hipertensão arterial é uma doença crônica, de evolução progressiva, caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial (PA). Pode culminar em inúmeras complicações, embora o acompanhamento e a abordagem adequada contribuam para minimizá-las. Assim, é essencial que o acompanhamento clínico esteja embasado nas recomendações clínicas atualizadas. Tendo em mente a alta complexidade das abordagens em saúde da família, por meio deste trabalho de conclusão de curso, registro uma descrição do processo de trabalho



da equipe onde atuo e apresento uma proposta de intervenção para melhorar o acompanhamento e a atenção à saúde aos portadores de HAS que ali são atendidos.

## SUMÁRIO

1. Introdução	01
2. Objetivos	05
3. Metodologia	05
3.1. Diagnóstico situacional da ESF Alvorada	05
3.2. Revisão bibliográfica	06
3.3. Plano de intervenção	06
4. Resultados	07
4.1. Diagnóstico situacional da ESF Alvorada	07
4.2. Plano de intervenção	07
4.2.1. Primeiro passo	07
4.2.2. Segundo passo	07
4.2.3. Terceiro passo	08
4.2.4. Quarto passo	09
4.2.5. Quinto passo	10
4.2.6. Sexto passo	11
4.2.7. Sétimo passo	13
4.2.8. Oitavo passo	15
4.2.9. Nono passo	17
4.2.10. Décimo passo	19
5. Discussão	20
Considerações finais	22
Referências bibliográficas	23

## 1. INTRODUÇÃO

O município de Patos de Minas está localizado na mesorregião do Triângulo Mineiro e Alto Paranaíba, no Estado de Minas Gerais, Brasil. Tem população de 139.848 habitantes, sendo 91% residentes em zona urbana. A área total do município é de 3.189,71 km<sup>2</sup>, com densidade demográfica de 43,49 hab/km (IBGE, 2010).

Quanto aos aspectos socioeconômicos, o índice de desenvolvimento humano (IDH) é de 0,813, sendo o 19º de Minas Gerais. Possui 97% das residências com abastecimento de água tratada e 98% com recolhimento de esgoto por rede pública.

Entre as principais atividades econômicas, destaca-se o setor terciário como o de maior participação no PIB desde as décadas de 80 e 90.

Dados oficiais do Sistema de Informações de Atenção Básica (SIAB, 2013) apontam que 95.895 pessoas estão cadastradas como usuários do Sistema único de Saúde-SUS, o que representa 68,57% da população. Os recursos destinados à saúde representam 33% do orçamento municipal, de acordo com informações do atual secretário municipal de saúde, Dirceu Deocleciano Pacheco.

A implantação do Programa de Saúde da Família (PSF) ocorreu no município de Patos de Minas a partir de 2001 e é atualmente composto por 30 Equipes de Saúde da Família (ESF), sendo 13 com Equipes de Saúde Bucal (ESB), três Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), quatro Programas de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e um Centro de Especialidade Odontológica (CEO). Cada NASF é composto por 1 psicólogo, 1 nutricionista, 1 fisioterapeuta, 1 assistente social e 2 educadores físicos, com cobertura de 100% às ESF.

O sistema de referência e contra-referência conta com serviços como o Programa de Hipertensão Arterial e Diabetes (HiperDia), Viva-Vida, clínica de especialidades, serviço municipal de reabilitação, Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS-AD), Centro de Especialidade Odontológica (CEO). Funciona através do serviço de autorização de internação hospitalar (AIH) e autorização de procedimento ambulatorial (APAC).

A Unidade de Saúde da Família (USF) Alvorada (Unidade de Saúde da Família Doutor Jose Wilson Ferreira Pires) abriga a Equipe de Saúde da Família 13 (ESF 13). O espaço físico é adequado e tem bom aproveitamento. Os bairros que compreendem a área de abran-

gência da ESF 13 localizam-se na periferia do município. A ESF 13 é responsável por 7 microáreas e 4.991 usuários cadastrados.

A USF Alvorada não se encontra centralizada no território de abrangência da equipe de saúde, o que dificulta, em certa parte, o acesso da população, embora haja facilidade relativa conferida pela cobertura do transporte público, com ponto de ônibus logo ao lado da USF. A localização da USF corresponde à região do território de abrangência onde se localizam as pessoas com melhor poder aquisitivo da região, com casas de padrão de classe média.

A ESF 13 é formada por 1 médico, 1 enfermeira, 2 auxiliares de enfermagem, 7 agentes comunitários, 1 dentista, 1 auxiliar de consultório odontológico, 1 agente de endemia, 1 psicóloga.

Em concordância com dados nacionais, os principais agravos de saúde da população adulta adscrita são: hipertensão arterial sistêmica (HAS), *diabetes mellitus*, obesidade, doenças respiratórias, doença osteoarticular degenerativa. O perfil populacional é de baixo nível de instrução, com grande número de analfabetos e analfabetos funcionais. Há grande número de famílias sem renda fixa, dependentes da bolsa família; as profissões predominantes são: auxiliar de serviços gerais, diarista, pedreiro, doméstica, vendedor e motorista.

Segundo a Sociedade Brasileira de Cardiologia (2010, p. 4 e p. 8), a hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma doença crônica, diagnosticada pela detecção de níveis elevados e sustentados de pressão arterial (PA) pela medida casual. Para a definição diagnóstica de HAS consideram-se os valores de PA sistólica  $\geq 140$  mmHg e/ou de PA diastólica  $\geq 90$  mmHg em medidas de consultório. O diagnóstico deverá ser sempre validado por medidas repetidas, em condições ideais, em, pelo menos, três ocasiões.

A HAS é um importante problema de saúde pública, sendo a principal causa de mortalidade no Brasil e em todo o mundo. É motivo frequente de procura por atendimento médico, sendo fator causal de grande demanda por consultas na atenção primária.

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial (PA). Associa-se frequentemente a alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo (coração, cérebro, rins e vasos sanguíneos) e a alterações metabólicas, com consequente aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não-fatais. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010, p. 1)

Inquéritos populacionais em cidades brasileiras apontaram prevalência de HAS em indivíduos com 18-59 anos de idade, entre 20 a 30%, percentual que atinge 50% na faixa etária de 60 a 69 anos e 75% em indivíduos com idade acima de 70 anos. Em Minas Gerais, a SES/MG estima prevalência da HAS na ordem de 20% em sua população com idade igual ou superior a 20 anos. (MINAS GERAIS, 2013, p. 23)

"Entre os gêneros, a prevalência foi de 35,8% nos homens e de 30% em mulheres, semelhante à de outros países". (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010, p. 1)

O excesso de peso e a obesidade são fatores de risco para HAS, assim como a ingestão excessiva de sódio (sal), o consumo excessivo de álcool por tempo prolongado, o sedentarismo e o tabagismo. Dessa forma, diversas recomendações não-medicamentosas configuram como importantes fatores para prevenção primária da HAS, como a alimentação saudável, o consumo controlado de sódio e de álcool, a prática regular de atividades físicas e o abandono do tabagismo.

O diagnóstico, o tratamento e o adequado controle da HAS são fatores fundamentais para a redução de suas complicações.

Apesar da grande importância do problema, a realidade do processo de trabalho da ESF Alvorada é de clara deficiência no acompanhamento dos pacientes portadores de HAS, tendo como referência de acompanhamento ideal os critérios da Linha Guia: Atenção à Saúde do Adulto - hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus e doença renal crônica, que são: duas a três consultas médicas por ano, duas a quatro consultas de enfermagem por ano, quatro participações em grupo operativo por ano, no mínimo um eletrocardiograma (ECG) a cada 3 anos (ou anual para pacientes de moderado e alto risco) e realização de exames laboratoriais pelo menos uma vez anualmente (ver quadros 01 e 02, abaixo).

No caso específico da ESF 13, não é possível oferecer os serviços com essa periodicidade devido ao grande número da população assistida por essa ESF, falta de recursos materiais e humanos e a insuficiência de estrutura disponíveis no sistema público de saúde municipal.

Procedimento previsto	Estratificação dos usuários		
	Baixo risco cardiovascular global (40% dos usuários)	Moderado risco cardiovascular global (35% dos usuários)	Alto risco cardiovascular global (25% dos usuários)
Consulta médica	2 consultas/ano	3 consultas/ano	3 consultas/ano
Consulta de enfermagem	2 consultas/ano	4 consultas/ano	2 consultas/ano
Grupo Operativo	4 atividades/ano	4 atividades/ano	4 atividades/ano
Visita domiciliar pelo agente comunitário de saúde	12 visitas/ano	12 visitas/ano	12 visitas/ano
Eletrocardiograma	1 a cada 3 anos	1 a cada ano	1 a cada ano
Fundoscopia	1 a cada 2 anos	1 a cada ano	1 a cada ano
Raio X de tórax	1 a cada 2 anos	1 a cada ano	1 a cada ano

Quadro 1. Parâmetros de assistência para os usuários com hipertensão arterial sistêmica, por estrato e procedimento, na atenção primária à saúde.

Fonte: MINAS GERAIS, 2013, p.200

Procedimento previsto	Estratificação dos usuários		
	Baixo risco cardiovascular global (40% dos usuários)	Moderado risco cardiovascular global (35% dos usuários)	Alto risco cardiovascular global (25% dos usuários)
Glicemia de jejum	1 a cada 3 anos	1 a cada 2 anos	1 a cada ano
Creatinina	1 a cada 1 ano	1 a cada ano	1 a cada ano
Potássio	1 a cada 1 ano	1 a cada ano	1 a cada ano
Colesterol total	1 a cada 2 anos	1 a cada ano	1 a cada ano
Colesterol frações	1 a cada 2 anos	1 a cada ano	1 a cada ano
Triglicérides	1 a cada 2 anos	1 a cada ano	1 a cada ano
Urina rotina	1 a cada 1 ano	1 a cada ano	1 a cada ano
Microalbuminúria	1 a cada 2 anos	1 a cada ano	1 a cada ano
Hemoglobina ou hematócrito	1 a cada 2 anos	1 a cada ano	1 a cada ano

Quadro 2. Parâmetros de assistência para os usuários com hipertensão arterial sistêmica, por estrato e exame laboratorial, na atenção primária à saúde.

Fonte: MINAS GERAIS, 2013, p.201

## **2. OBJETIVOS**

Com o fim de colaborar na organização da assistência aos portadores de HAS, pretende-se elaborar um plano de intervenção para o acompanhamento de pacientes portadores de HAS cadastrados, a ser executado pela ESF 13 (Alvorada), a partir de julho/agosto de 2013, no município de Patos de Minas, MG.

## **3. METODOLOGIA**

A elaboração da proposta de intervenção para o acompanhamento dos pacientes hipertensos inscritos na ESF Alvorada deu-se em três etapas: diagnóstico situacional, revisão bibliográfica e elaboração do plano de ação.

### **3.1. DIAGNÓSTICO SITUACIONAL DA ESF ALVORADA**

Foi realizado, inicialmente, o diagnóstico situacional, de acordo com o proposto por Campos; Faria; Santos (2010, p. 33-55), com a importante colaboração dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), que têm grande conhecimento da população e de suas microáreas.

Este diagnóstico situacional baseou-se no método da estimativa rápida, que se trata de um modo de se obter informações sobre um conjunto de problemas e dos potenciais recursos para seu enfrentamento, num curto período de tempo e sem altos gastos, o que constitui importante técnica 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, e outros atores e instâncias 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, p. 39-40).

Para conhecer inicialmente o perfil da população e identificar suas demandas e seus problemas, foram fundamentais os dados coletados na própria USF Alvorada e na Secretaria

de Saúde de Patos de Minas, assim como dados coletados durante a rotina de atendimentos, durante as reuniões de equipe semanais com os demais componentes da ESF e também em conversas cotidianas.

As fontes de coleta dos dados foram: registros do SIAB, relatórios SSA2 (situação de saúde e acompanhamento das famílias na área), fichas B-HA (ficha para acompanhamento dos hipertensos) e fichas D (ficha para registro de atividades, procedimentos e notificações); relatórios PMA2 (produção e marcadores para avaliação), consolidados da Vigilância Epidemiológica e prontuários.

Durante o diagnóstico situacional os ACS conversaram com líderes comunitários, considerados informantes-chave, questionando-os sobre o que achavam do atendimento da ESF Alvorada, quais os principais problemas que percebiam, quais as sugestões para melhoria. As respostas mais frequentemente citadas foram: dificuldade para o agendamento de consultas e demora para autorização dos exames. Esses temas foram levados ao conhecimento de todos os integrantes da ESF, em reunião da equipe.

### **3.2. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA**

Em um segundo momento, realizou-se a revisão de literatura nas bases de dados eletrônicas da biblioteca virtual em saúde (BVS), MEDLINE, LILACS e SciELO; na biblioteca virtual do Núcleo de Educação em Saúde Coletiva (NESCON), no site do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e no Ministério da Saúde. Para tal pesquisa, utilizou-se como palavras-chaves: hipertensão arterial sistêmica, atenção básica.

### **3.3. PLANO DE INTERVENÇÃO**

Na terceira etapa, realizou-se a elaboração da proposta de intervenção, utilizando-se o método do Planejamento Estratégico Situacional (PES) simplificado, de acordo com Campos; Faria; Santos (2010, p. 23-31).

O PES propõe, a partir de seus fundamentos e método, o desenvolvimento do planejamento como um processo participativo. Possibilita, dessa forma, a incorporação dos pontos de vista dos vários setores sociais, incluindo a população, e que os diferentes atores sociais



explicitem suas demandas, propostas e estratégias de solução, numa perspectiva de negociação dos diversos interesses em jogo (CAMPOS; FARIA; SANTOS; 2010, p. 23-31).

A partir de então, a elaboração da proposta de intervenção foi realizada com base nas discussões teóricas e práticas realizadas no CEABSF, Polo Uberaba, principalmente aquelas referentes ao módulo de Planejamento e Avaliação das Ações em Saúde.

## **4. RESULTADOS**

### **4.1 - DIAGNÓSTICO SITUACIONAL DA ESF ALVORADA**

Foram consideradas as três fontes principais descritas no método: registros escritos existentes ou fontes secundárias, entrevistas com informantes-chaves e observação ativa da área.

### **4.2 - PLANO DE INTERVENÇÃO**

Tendo em vista o já descrito no item 3, a proposta de intervenção para a ESF Alvorada foi elaborada por meio do Planejamento Estratégico Situacional Simplificado, de acordo com os dez passos descritos a seguir.

#### **4.2.1. Primeiro passo**

Dispondo do método de estimativa rápida, foram identificados os principais problemas da área de abrangência da ESF 13. Assim, os problemas listados foram: grande demanda espontânea, analfabetismo entre a população adulta produtiva, tabagismo, diabéticos com má adesão ao tratamento, sedentarismo, renovação indiscriminada de receitas, deficiência no acompanhamento dos hipertensos, equívoco no uso dos métodos contraceptivos e auto-medicação frequente.

#### **4.2.2. Segundo passo**

Após a identificação dos problemas, foi realizada seleção e priorização daqueles problemas que seriam possivelmente enfrentados. Os problemas identificados foram colocados em ordem crescente de prioridade, tendo em vista sua importância/magnitude, o caráter de urgência do problema e a capacidade de enfrentamento do problema.

<b>Problemas selecionados</b>	<b>Importância</b>	<b>Urgência</b>	<b>Capacidade de enfrentamento</b>	<b>Seleção</b>
Deficiência no acompanhamento dos hipertensos	Alta	8	Parcial	1
Auto-medicação frequente	Alta	7	Parcial	2
Renovação indiscriminada de receitas	Alta	7	Parcial	3
Diabéticos com má adesão ao tratamento	Alta	7	Fora	4
Grande demanda espontânea	Alta	7	Fora	5
Equivoco no uso de métodos contraceptivos	Alta	5	Parcial	6
Sedentarismo	Alta	5	Parcial	7
Tabagismo	Alta	5	Parcial	8
Analfabetismo entre a população adulta produtiva	Alta	3	Fora	9

**Quadro 3. Priorização dos problemas identificados pelo método estimativa rápida, conforme importância, urgência e capacidade de enfrentamento, na área de abrangência da ESF Alvorada, Patos de Minas-MG, 2013 (Elaboração do autor).**

Dentre os problemas levantados em reunião da equipe, estabeleceu-se como prioridade a deficiência no acompanhamento dos hipertensos, visto a importância do problema, o caráter de urgência relativa do mesmo e o fato de a equipe apresentar considerável capacidade de enfrentamento de tal problema.

#### **4.2.3. Terceiro passo**

Foi feito um levantamento do número de hipertensos na área e verificou-se que o número encontrado foi de 484 pacientes cadastrados como hipertensos. Entretanto, desde o início de minha inserção na ESF, poucos hipertensos procuraram por consulta de controle e grande parte dos atendimentos a tais pacientes foi realizada na demanda espontânea, onde se evidenciou descontrole dos níveis pressóricos de grande parcela dos pacientes, assim como hipertensos com tratamento de segunda linha em curso ou em doses não otimizadas.

Dentre os muitos pacientes que solicitavam renovação de receitas, identificou-se grande número de hipertensos cuja prescrição dos anti-hipertensivos fora renovada inúmeras vezes, sem consultas de avaliação de rotina dos pacientes, que passaram vários anos sem consulta.

#### **4.2.4. Quarto passo**

O quarto passo caracteriza-se pela identificação das causas e fatores relacionados ao problema que se pretende enfrentar, procurando entender sua gênese.

##### *Causas relacionadas aos pacientes:*

- Baixa adesão aos serviços de saúde. Em parte, tal deficiência pode estar relacionada à incompatibilidade dos horários de trabalho do paciente com os horários de consulta. Além disso, o baixo nível educacional (falta de informação e conhecimento sobre suas condições de saúde e processo de doença) e o caráter assintomático da doença são outros fatores importantes para a baixa adesão.
- Perfil cultural local: grande parte dos pacientes vê a ESF com descrédito, como algo que não resolve seus problemas, acredita que deveria ser cuidada por especialistas e procura hospitais ou centros especializados.

##### *Causas relacionadas à equipe de saúde:*

- Fatores relacionados ao processo de trabalho:
  - \* Ineficiência na programação de atividades (pela sobrecarga numérica da população adscrita: agendas lotadas, atrasos nos atendimentos, cancelamento eventual de consultas)
  - \* Falta de organização das informações em saúde (falta de classificação de risco)
  - \* Desproporção no número de consultas (alguns consultam muito, outros nunca consultam)
  - \* Falta de busca ativa pelos pacientes sem acompanhamento.
- Fatores estruturais:
  - \* Alta rotatividade dos profissionais

##### *Causas relacionadas à gestão da saúde:*

- População adscrita muito acima do recomendado (sobrecarga numérica da população)
- Deficiência na cota de exames para a utilização de protocolos clínicos (municipais)

- Demora na autorização dos exames laboratoriais e de alta complexidade
- Falta de estímulo para ações preventivas, de promoção e de reabilitação

**Consequências:**

- Baixa adesão e aderência dos usuários ao acompanhamento da doença
- Receitas vencidas
- Auto-medicação
- Agravamento dos quadros clínicos, aumento da morbidade
- Aumento expressivo da demanda espontânea, por manifestações agudas da doença
- Dados desatualizados (SIAB), não condizentes com a realidade local
- Aumento do ônus ao sistema de saúde, devido a maior demanda de média e alta complexidade.

**4.2.5. Quinto passo**

Nesse momento foi necessário identificar os “nós críticos”, ou seja, fazer uma análise capaz de destacar, dentre as várias causas, as que são consideradas mais importantes na gênese do problema e, por consequência, aquelas que devem ser enfrentadas.

Nó crítico é um tipo de causa de um problema que, quando “atacada”, é capaz de impactar o problema principal e efetivamente transformá-lo. O “nó crítico” traz também a ideia de algo sobre o qual eu posso intervir, ou seja, que está dentro do meu espaço de governabilidade. Ou, então, o seu enfrentamento tem possibilidades de ser viabilizado pelo ator que está planejando. (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010, p. 65)

Assim, foram identificados como nós críticos:

1º) Ineficiência na programação de atividades (pela sobrecarga numérica da população adscrita: agendas lotadas, atrasos nos atendimentos, cancelamento eventual de consultas)

2º) Falta de organização das informações em saúde (falta de classificação de risco, desorganização dos prontuários)

3º) Desproporção no número de consultas (alguns consultam muito, outros nunca consultam)

4º) Falta de busca ativa pelos pacientes sem acompanhamento.

#### 4.2.6. Sexto passo

Nesse momento normativo foi realizado o desenho da operação / ação. A partir de cada nó crítico identificado, foi criado um projeto / operação, para atingir os resultados esperados para o enfrentamento do problema em foco.

Assim, quanto ao nó crítico "ineficiência na programação de atividades", foi criado o projeto / operação "Dia do Hipertenso". Esse projeto caracteriza-se pela reorganização do processo de trabalho de toda a equipe, com a criação de uma "reserva" de vagas para agendamento exclusivo para pacientes com HAS. Com essa reserva, espera-se garantir que haja existência perene de vagas para consultas de hipertensos. Para isso, no dia período especificado, o agendamento apenas é feito com comunicação prévia ao médico ou enfermeiro. Tal projeto exige a re-organização das atividades de toda a ESF, além da definição de período específico reservado para o agendamento exclusivo de pacientes hipertensos.

Relativo ao nó crítico "falta de organização das informações em saúde", criou-se a operação "Hiper' em dia!", que compreende a organização dos prontuários e classificação de risco dos pacientes com diagnóstico de HAS. Espera-se, com isso, otimizar o acesso a dados importantes quanto ao caso do paciente no próprio prontuário, assim como ter 100% dos pacientes hipertensos cadastrados com classificação de risco atualizada. Para isso, é imprescindível o registro preciso dos dados em prontuário, com letra legível, além da realização da classificação de risco padronizada a cada consulta, seja ela médica ou de enfermagem.

Tendo em vista o nó crítico "desproporção no número de consultas", estabeleceu-se o projeto "padronização do acompanhamento do hipertenso", a partir do qual adota-se a linha-guia "Saúde do Adulto - hipertensão arterial sistêmica, diabete mellitus e doença renal crônica" como referência para a padronização do acompanhamento dos pacientes hipertensos. Essa operação tem como fim o acompanhamento adequado de todos os hipertensos cadastrados, com condutas padronizadas e com reorganização do processo de trabalho da ESF para esse acompanhamento. Espera-se que as consultas e os exames complementares sejam realizados dentro das recomendações expressas da linha-guia. A execução desse projeto depende, além da organização da ESF para tal acompanhamento, de recursos financeiros para a realização dos exames recomendados pelo protocolo clínico.

E finalmente, quanto ao outro nó crítico "falta de busca ativa pelos pacientes sem acompanhamento", criou-se o projeto "Hiper' ligado". Através desse projeto objetiva-se im-

plementar um sistema de acolhimento e busca ativa dos hipertensos, de forma que 100% dos hipertensos cadastrados e assistidos pela ESF Alvorada sejam acompanhados de forma satisfatória, com conseqüente melhora do vínculo ESF-paciente. Assim, prevê-se uma melhora da distribuição de consultas médicas e redução da demanda espontânea. Para isso, prevê-se a criação de uma campanha de busca ativa pelos ACSs, com atualização dos cadastros e discussão de casos nas reuniões de equipe. Objetiva-se acolher todos os pacientes hipertensos que solicitarem atendimento na UBS (seguindo protocolo de acolhimento da atenção básica de Patos de Minas, pacientes serão avaliados pela enfermeira e agendados de acordo com a gravidade do caso).

O desenho da operação / ação é representado no quadro abaixo.

Nó crítico	Operação / Projeto	Resultados esperados	Produtos esperados	Recursos necessários
Ineficiência na programação de atividades	<b>Dia do Hipertenso</b> Reserva de vagas para agendamento exclusivo para pacientes com HAS	Garantir existência de vagas para consultas de hipertensos.	Apenas são agendados pacientes neste dia com comunicação prévia ao médico ou enfermeiro	Organização das atividades da ESF e definição de período reservado para agendamento de hipertensos.
Falta de organização das informações em saúde	<b>“Hiper” em dia!</b> Organização dos prontuários e classificação de risco dos hipertensos	Otimização do acesso a dados importantes no prontuário. 100% dos hipertensos com classificação de risco atualizada.	Registro preciso dos dados em prontuário, com letra legível. Classificação de risco padronizada realizada a cada consulta (médica ou de enfermagem)	Organização do processo de trabalho, com previsão de classificação de risco dos hipertensos a cada consulta. Registro adequado do prontuário.

Nó crítico	Operação / Projeto	Resultados esperados	Produtos esperados	Recursos necessários
Desproporção no número de consultas	<b>Padronização do acompanhamento do hipertenso</b> Adoção da linha guia “Saúde do Adulto - hipertensão e diabetes” como referência.	100% dos hipertensos acompanhados adequadamente, com condutas padronizadas. Processo de trabalho organizado.	Realização de consultas e exames segundo protocolos clínicos padronizados.	Organização da ESF para fazer o acompanhamento dos hipertensos. Recursos financeiros para realização dos exames do protocolo clínico.
Falta de busca ativa pelos pacientes sem acompanhamento	<b>“Hiper” ligado!</b> Implementar um sistema de acolhimento e busca ativa dos hipertensos.	100% dos hipertensos cadastrados e assistidos pela ESF, acompanhados de forma satisfatória, com consequente aumento do vínculo ESF-paciente. Melhor distribuição de consultas médicas e redução da demanda espontânea.	Campanha de busca ativa pelos ACSs, com atualização dos cadastros e discussão de casos nas reuniões de equipe. Acolher todos os pacientes que solicitarem atendimento na UBS (segundo protocolo de acolhimento da atenção básica de Patos de Minas, pacientes serão avaliados pela enfermeira e agendados de acordo com a gravidade do caso.)	Organização da ESF para fazer o acompanhamento dos hipertensos.

**Quadro 4. Desenho das operações criadas para os nós críticos do problema deficiência no acompanhamento dos hipertensos da ESF Alvorada, Patos de Minas-MG, 2013 (Elaboração do autor).**

#### 4.2.7. Sétimo passo

O sétimo passo tem como objetivo a identificação dos recursos críticos para a realização de cada operação.

A identificação dos recursos críticos a serem consumidos para execução das operações constitui uma atividade fundamental para analisar a viabilidade de um plano. São considerados recursos críticos aqueles indispensáveis para a execução de uma operação e que não estão disponíveis e, por isso, é importante que a equipe tenha clareza de quais são esses recursos, para criar estratégias para que se possa viabilizá-los. (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010, p. 69)

O quadro abaixo esquematiza a identificação dos recursos críticos para cada operação.

Operação / Projeto	Recursos críticos
<p><b>Dia do Hipertenso</b> Reserva de vagas para agendamento exclusivo para pacientes com HAS</p>	<p>Concordância dos profissionais da equipe com a organização da agenda. <b>Humano:</b> disponibilidade de 1 médico, 1 enfermeiro, 7 ACS, 1 técnico de enfermagem para o dia do atendimento. <b>Político:</b> análise e aprovação da proposta pelo coordenador da atenção básica.</p>
<p><b>“Hiper” em dia!</b> Organização dos prontuários e classificação de risco dos hipertensos</p>	<p>Treinamento dos profissionais para classificação de risco padronizada, com base nas VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão da Sociedade Brasileira de Cardiologia. <b>Humano:</b> disponibilidade dos 7 ACS para seleção dos prontuários dos hipertensos de 1 médico, 1 enfermeiro para fazer a classificação <b>Financeiro:</b> para impressão das diretrizes, de folhas-resumo para o atendimento e classificação.</p>
<p><b>Padronização do acompanhamento do hipertenso</b> Adoção da linha guia “Saúde do Adulto - hipertensão e diabetes” como referência.</p>	<p><b>Financeiro:</b> para confecção de folhetos, impressão de folhas-resumo. <b>Político:</b> aprovação do projeto pelo secretário municipal de saúde. Disponibilização de recursos e cotas de exame suficientes e vagas para referência à atenção secundária para o adequado acompanhamento dos hipertensos.</p>
<p><b>“Hiper” ligado!</b> Implementar um sistema de acolhimento e busca ativa dos hipertensos.</p>	<p>Concordância dos profissionais da equipe com a organização da agenda. <b>Humano:</b> disponibilidade de 1 médico, 1 enfermeiro, 1 técnico de enfermagem para o acolhimento e 7 ACS para a busca ativa. <b>Político:</b> análise e aprovação da proposta pelo coordenador da atenção básica.</p>

**Quadro 5. Recursos críticos para cada operação para o enfrentamento do problema deficiência no acompanhamento dos hipertensos da ESF Alvorada, Patos de Minas-MG, 2013 (Elaboração do autor).**



#### 4.2.8. Oitavo passo

Aqui foi realizada a análise de viabilidade do plano. Pelo fato de vários dos recursos e/ou modificações necessárias não estarem no controle de quem planeja o projeto, é necessário identificar os atores que controlam os recursos críticos, analisar sua motivação em relação ao enfrentamento do problema e, a partir de então, definir as operações estratégicas necessárias para construir a viabilidade para o plano, isto é, sensibilizar e motivar os atores que controlam os recursos críticos.

Tendo em vista o supra-citado, o quadro abaixo descreve a proposta de ações para a motivação dos atores que controlam os recursos críticos.

Operação / Projeto	Recursos críticos	Atores que controlam	Motivação	Operação estratégica
<b>Dia do Hipertenso</b> Reserva de vagas para agendamento exclusivo para pacientes com HAS	Concordância dos profissionais da equipe com a organização da agenda. <b>Humano:</b> disponibilidade de 1 médico, 1 enfermeiro, 7 ACS, 1 técnico de enfermagem para o dia do atendimento. <b>Político:</b> análise e aprovação da proposta pelo coordenador da atenção básica.	Secretário Municipal de Saúde Coordenador da Atenção Básica à Saúde	Favorável	Apresentar o projeto para a Secretaria Municipal de Saúde e para os profissionais da Atenção Básica à Saúde.

Operação / Projeto	Recursos críticos	Atores que controlam	Motivação	Operação estratégica
<p><b>“Hiper” em dia!</b> Organização dos prontuários e classificação de risco dos hipertensos</p>	<p>Treinamento dos profissionais para classificação de risco padronizada, com base nas VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão da Sociedade Brasileira de Cardiologia. <b>Humano:</b> disponibilidade dos 7 ACS para seleção dos prontuários dos hipertensos de 1 médico, 1 enfermeiro para fazer a classificação <b>Financeiro:</b> para impressão das diretrizes, de folhas-resumo para o atendimento e classificação.</p>	<p>Secretário Municipal de Saúde Coordenador da Atenção Básica à Saúde</p>	<p>Favorável</p>	<p>Apresentar o projeto para a Secretaria Municipal de Saúde e para os profissionais da Atenção Básica à Saúde.</p>
<p><b>Padronização do acompanhamento do hipertenso</b> Adoção da linha guia “Saúde do Adulto - hipertensão e diabetes” como referência.</p>	<p><b>Financeiro:</b> para confecção de folhetos, impressão de folhas-resumo. <b>Político:</b> aprovação do projeto pelo secretário municipal de saúde. Disponibilização de recursos e cotas de exame suficientes e vagas para referência à atenção secundária para o adequado acompanhamento dos hipertensos.</p>	<p>Secretário Municipal de Saúde Coordenador da Atenção Básica à Saúde  Secretário Municipal de Saúde</p>	<p>Favorável</p>	<p>Apresentar o projeto para a Secretaria Municipal de Saúde e para os profissionais da Atenção Básica à Saúde.</p>

Operação / Projeto	Recursos críticos	Atores que controlam	Motivação	Operação estratégica
<b>“Hiper” ligado!</b> Implementar um sistema de acolhimento e busca ativa dos hipertensos.	Concordância dos profissionais da equipe com a organização da agenda. <b>Humano:</b> disponibilidade de 1 médico, 1 enfermeiro, 1 técnico de enfermagem para o acolhimento e 7 ACS para a busca ativa. <b>Político:</b> análise e aprovação da proposta pelo coordenador da atenção básica.	Secretário Municipal de Saúde Coordenador da Atenção Básica à Saúde	Favorável	Apresentar o projeto para a Secretaria Municipal de Saúde e para os profissionais da Atenção Básica à Saúde.

**Quadro 6. Proposta de ações para a motivação dos atores que controlam os recursos críticos. (Elaboração do autor).**

#### 4.2.9. Nono passo

Nesse passo, realizou-se a elaboração do plano de ação / plano operativo. Aqui, objetivava-se definir quem ficará responsável por gerenciar cada operação, assim como pré-definir prazos para execução dos projetos.

O quadro abaixo explicita a definição do gerente de operação (responsável) e o prazo para a execução do projeto.

Operação / Projeto	Resultados	Produtos	Ações estratégicas	Responsável	Prazo
<b>Dia do Hipertenso</b> Reserva de vagas para agendamento exclusivo para pacientes com HAS	Garantir existência de vagas para consultas de hipertensos.	Apenas são agendados pacientes neste dia com comunicação prévia ao médico ou enfermeiro	Apresentar o projeto para a Secretaria Municipal de Saúde e para os profissionais da Atenção Básica à Saúde.	Marcos	Apresentação do projeto: <b>julho de 2013.</b> Início da reserva de vagas para hipertensos: <b>julho de 2013.</b>

Operação / Projeto	Resultados	Produtos	Ações estratégicas	Responsável	Prazo
<p><b>“Hiper” em dia!</b> Organização dos prontuários e classificação de risco dos hipertensos</p>	<p>Otimização do acesso a dados importantes no prontuário. 100% dos hipertensos com classificação de risco atualizada.</p>	<p>Registro preciso dos dados em prontuário, com letra legível. Classificação de risco padronizada realizada a cada consulta (médica ou de enfermagem)</p>	<p>Apresentar o projeto para a Secretaria Municipal de Saúde e para os profissionais da Atenção Básica à Saúde.</p>	<p>Marcos</p>	<p>Apresentação do projeto: <b>julho de 2013.</b> Treinamento da equipe: <b>julho de 2013.</b> Início da classificação de risco e uso das folhas-resumo: <b>agosto de 2013.</b></p>
<p><b>Padronização do acompanhamento do hipertenso</b> Adoção da linha guia “Saúde do Adulto - hipertensão e diabetes” como referência.</p>	<p>100% dos hipertensos acompanhados adequadamente, com condutas padronizadas. Processo de trabalho organizado.</p>	<p>Realização de consultas e exames segundo protocolos clínicos padronizados.</p>	<p>Apresentar o projeto para a Secretaria Municipal de Saúde e para os profissionais da Atenção Básica à Saúde.</p>	<p>Marcos</p>	<p>Apresentação do projeto: <b>julho de 2013.</b> Início da padronização a partir de <b>agosto de 2013.</b></p>

Operação / Projeto	Resultados	Produtos	Ações estratégicas	Responsável	Prazo
<p><b>“Hiper” ligado!</b> Implementar um sistema de acolhimento e busca ativa dos hipertensos.</p>	<p>100% dos hipertensos cadastrados e assistidos pela ESF, acompanhados de forma satisfatória, com consequente aumento do vínculo ESF-paciente. Melhor distribuição de consultas médicas e redução da demanda espontânea.</p>	<p>Campanha de busca ativa pelos ACSs, com atualização dos cadastros e discussão de casos nas reuniões de equipe. Acolher todos os pacientes que solicitarem atendimento na UBS (segundo protocolo de acolhimento da atenção básica de Patos de Minas, pacientes serão avaliados pela enfermeira e agendados de acordo com a gravidade do caso.)</p>	<p>Apresentar o projeto para a Secretaria Municipal de Saúde e para os profissionais da Atenção Básica à Saúde.</p>	<p>Marcos</p>	<p>Apresentação do projeto: <b>julho de 2013.</b> Busca ativa: <b>julho e agosto de 2013.</b> Acolhimento: <b>setembro a novembro de 2013.</b></p>

**Quadro 7. Plano operativo. (Elaboração do autor).**

#### 4.2.10 Décimo passo

Descreve-se, neste momento, a gestão do plano.

Durante o período inicial de implantação do projeto de intervenção serão utilizadas para avaliação reuniões mensais com a ESF.

Depois que a proposta de intervenção já tiver sido implementada, as avaliações do projeto serão realizadas em semestralmente. Deve haver claro aumento no número de hipertensos em acompanhamento regular, com todos os hipertensos cadastrados classificados quanto ao risco e com exames atualizados segundo os protocolos de acompanhamento clínico.

## 5. DISCUSSÃO

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial (PA). Associa-se frequentemente a alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo (coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos) e a alterações metabólicas, com consequente aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não-fatais. A mortalidade por doença cardiovascular aumenta progressivamente com a elevação da PA a partir de 115/75mmHg de forma linear, contínua e independente. Pela alta prevalência e baixas taxas de controle, a HAS é considerada um dos principais fatores de risco modificáveis e um dos mais importantes problemas de saúde pública. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010, p. 1)

Estima-se que aproximadamente 17 milhões de brasileiros apresentam HAS, atualmente, segundo o Ministério da Saúde (2013). Em Minas Gerais, a prevalência estimada de HAS é de cerca de 20% para a população com mais de 20 anos (MINAS GERAIS, 2013, p. 23).

O diagnóstico, o controle e o tratamento adequado da HAS são fundamentais para minimizar as graves complicações advindas de tal agravo. Em posse desse conhecimento e baseado na vivência de uma realidade de clara deficiência no acompanhamento dos pacientes portadores de HAS, no PSF em que eu atuo, foi aqui apresentada uma proposta de intervenção para melhorar o acompanhamento e a atenção à saúde aos hipertensos pertencentes à ESF 13 (Alvorada).

Entretanto, a aplicação de tal proposta esbarra em uma questão mais ampla, tendo em vista que para vários dos projetos delineados há falta de exames laboratoriais e outros exames complementares, que não estão disponíveis ou tem um tempo de espera demasiadamente longo em Patos de Minas. Tal indisponibilidade ou demora pode ser explicada, em parte, pela vigência uma arbitrária cota de exames por ESF em Patos, muito aquém da demanda real prática de qualquer Programa de Saúde da Família. Adicionalmente, faltam vagas para consultas com especialistas, nos casos de hipertensos com indicação para avaliação especializada, assim como faltam especialistas (como exemplo, Oftalmologista, que há vários anos não há disponível na rede pública em Patos, o que compromete o acompanhamento dos hipertensos, sem avaliação de fundoscopia preconizada como parte da rotina de acompanhamento de todo paciente com HAS).

Embora várias dessas dificuldades encontradas sejam temporariamente intransponíveis, tendo em vista a falta de recursos ou interesse das autoridades que gerenciam o sistema de saúde municipal, a proposta de mudanças no caótico cenário do acompanhamento dos hipertensos foi muito bem recebida e encontrou grande apoio e adesão por parte de todos os outros componentes da ESF Alvorada. Tal receptividade talvez reflita o interesse e o comprometimento dos profissionais em aprimorar o processo de trabalho para melhorar a assistência aos pacientes. Porém, desde o início destacou-se a consciência de que a grande rotatividade dos profissionais que compõem a equipe é um fator limitante para o sucesso de tentativa de mudanças. Tal idéia ganha força pelo o fato de o PROVAB ser um programa com um período de tempo já pré-definido de 12 meses de duração, depois do qual há mudança do profissional médico.

É indubitável que o adequado tratamento e controle dos pacientes hipertensos está na direta dependência da adesão dos pacientes ao tratamento proposto, tanto não-farmacológico quanto farmacológico. Entretanto, o envolvimento e comprometimento dos profissionais da ESF são fatores indispensáveis para o sucesso do acompanhamento desses pacientes, na medida em que, embora seja uma doença com grande morbimortalidade, a HAS é uma doença de caráter crônico, por definição, e frequentemente uma doença assintomática.

A comparação das frequências, respectivamente, de conhecimento, tratamento e controle nos estudos brasileiros com as obtidas em 44 estudos de 35 países, revelou taxas semelhantes em relação ao conhecimento (52,3% vs. 59,1%), mas significativamente superiores no Brasil em relação ao tratamento e controle (34,9% e 13,7% vs. 67,3% e 26,1%) em especial em municípios do interior com ampla cobertura do Programa de Saúde da Família (PSF), mostrando que os esforços concentrados dos profissionais de saúde, das sociedade científicas e das agências governamentais são fundamentais para se atingir metas aceitáveis de tratamento e controle da HAS. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010, p. 1-2).

A avaliação dos resultados gerados pelas mudanças propostas e implementadas (e se houver sua continuidade) é de grande importância, mas não houve tempo hábil para a mesma. Dessa forma, seria ideal que houvesse uma reavaliação dos reais impactos obtidos pelas mudanças, o que deveria ser feito após um período de um ano da implementação e execução dos projetos propostos.

Para avanços quanto à melhoria do acompanhamento dos hipertensos é necessário padronização da abordagem por parte de todos os profissionais da equipe, o que exige reorganização de todo o processo de trabalho e medidas estratégicas de educação em saúde. Para isso, faz-se necessário o interesse da gestão municipal em apoiar os programas e abandonar o histórico modelo assistencialista e curativista, pelo qual os profissionais são cobrados pelos números e não pela qualidade dos serviços prestados/desempenhados. Além disso, é preciso haver uma melhor gestão dos recursos, tendo em vista o provável impacto positivo que a melhora no acompanhamento de doenças crônicas no nível da atenção primária teria sobre todo o sistema de saúde, diminuindo o ônus causado pelas complicações advindas das deficiências de tal acompanhamento.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O Programa de Valorização do Profissional de Atenção Básica (PROVAB) e o Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família (CEABSF) trouxeram inquestionável aprimoramento de toda a ESF Alvorada, na medida em que fomentaram um produtivo contexto de reflexões críticas sobre o processo de trabalho, sobre a qualidade da assistência e da atenção prestada aos usuários do PSF, tudo isso imerso em uma vivência de prática cotidiana em uma ESF marcada por uma rotina de grandes desafios. O intenso trabalho em equipe, com envolvimento de todos com afincamento no diagnóstico situacional e nas reflexões sobre as mudanças propostas explicitou a importância de conhecer a própria realidade para usá-la como uma aliada. O CEABSF trouxe, dessa forma, grande contribuição para a minha formação pessoal e profissional.

Com a proposta de intervenção, todos os integrantes da ESF perceberam a magnitude e a importância do problema que priorizamos: a deficiência no acompanhamento dos hipertensos. O empenho de toda a ESF para mudar a rotina já estabelecida e aderir às mudanças foi surpreendente. Há perceptivelmente uma maior preocupação por parte dos profissionais com a criação e manutenção de um vínculo com os pacientes.

Ao final de um ano de trabalho é perceptível a diferença no acompanhamento de vários dos pacientes hipertensos avaliados pela equipe após algumas das mudanças propostas,



embora não haja nenhuma avaliação formal dos resultados, visto que não houve tempo hábil para tal avaliação.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1) BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE, 2010. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/painel/painel.php?codmun=314800#>> Acesso em: 25 mar. 2013.
- 2) Datasus. Disponível em <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?siab/cnv/SIAB-SMG.def>> Acesso em: 25 mar. 2013.
- 3) “A cidade: Desenvolvimento.” Site da prefeitura municipal de Patos de Minas. Disponível em: <<http://lw1360950204511e7149.provisorio.ws/acidade/desenvolvimento.php>>. Visitado em: 25/03/2013
- 4) SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA / SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO / SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Arquivos Brasileira de Cardiologia**, v.95, s.1: p.1-51, 2010.
- 5) MINAS GERAIS (Estado). Secretaria do Estado de Saúde de Minas Gerais. **Atenção à saúde do adulto**: conteúdo técnico da linha-guia de hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus e doença renal crônica (no prelo). 3 ed. Belo Horizonte, 2013. 210p.
- 6) CAMPOS, F.C.C.; FARIA, H.P; SANTOS, M.A. Planejamento e avaliação das ações em saúde. NESCON/UFMG – Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. 2ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010. 110p.
- 7) NESCON/UFMG - Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. 2 ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010.

- 8) ARAÚJO, J. C.; GUIMARÃES, A. C. Controle da hipertensão arterial em uma unidade de saúde da família. **Revista de saúde pública**, v. 41, n. 3, p 368-374, 2007.
- 9) HALFOUN, V. L. R. D. C.; Mattos, D. D. S., Laurêdo, A. L. B., Selórico, C. F., Ferreira, J. M., & Albuquerque, M. P. S. D. Aderência ao tratamento da hipertensão em uma unidade básica de saúde. **Revista de APS**, 15(1), 2012.
- 10) SANTOS, M. V. R. D.; OLIVEIRA, D. C. D.; ARRAES, L. B.; OLIVEIRA, D. A.; MEDEIROS, L.; NOVAES, M. D. A. Adesão ao tratamento anti-hipertensivo: conceitos, aferição e estratégias inovadoras de abordagem. **Rev. Soc. Bras. Clín. Méd**, 11(1), 2013.
- 11) ALVES, B. A.; CALIXTO, A. A. T. F. Aspectos determinantes da adesão ao tratamento de hipertensão e diabetes em uma Unidade Básica de Saúde do interior paulista. **J. Health Sci. Inst.**, Campinas, v. 30, n. 3, p, 255-260, jul./set., 2012. Disponível em:<[http://www.unip.br/comunicacao/publicacoes/ics/edicoes/2012/03\\_jul-set/V30\\_n3\\_2012\\_p255a260.pdf](http://www.unip.br/comunicacao/publicacoes/ics/edicoes/2012/03_jul-set/V30_n3_2012_p255a260.pdf)>. Acesso em: 25 mar. 2013.
- 12) SALA, Arnaldo; NEMES FILHO, Alexandre; ELUF-NETO, José. Avaliação da efetividade do controle da hipertensão arterial em unidade básica de saúde. **Rev. Saúde Pública**, vol.30, n.2, p. 161-167, 1996.
- 13) DE CÁSSIA RABETTI, Aparecida. Avaliação das ações em hipertensão arterial sistêmica na atenção básica. **Rev Saúde Pública**, 45(2): 258-68, 2011.
- 14) SANTA-HELENA, Ernani Tiaraju de; NEMES, Maria Ines Battistella; ELUF NETO, José. Fatores associados à não-adesão ao tratamento com anti-hipertensivos em pessoas atendidas em unidades de saúde da família. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 26(12): 2389-2398, dez, 2010.
- 15) SANTOS, Z.M.S.A. Hipertensão arterial - um problema de saúde pública. **Rev. Bras. Promoç. Saúde**, Fortaleza, 24(4): 285-286, out./dez., 2011.

16) MALFATTI, C.R.M.; ASSUNÇÃO, A.N. Hipertensão arterial e diabetes na ESF - uma análise da frequência de acompanhamento pelas equipes de Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, 16(Supl. 1):1383-1388, 2011.

17) BOING, Alexandra Crispim; BOING, Antonio Fernando. Hipertensão arterial sistêmica: o que nos dizem os sistemas brasileiros de cadastramentos e informações em saúde. **Rev. Bras. Hipertens**, vol.14(2): 84-88, 2007.

18) FARIAS, S. L.; DANTAS, J. C. D.; ROCHA, M.; FIAD, I. S.; HALFOUN, V. L. R. D. C. Relação entre Controle e Tratamento Medicamentoso de Pacientes Atendidos pelo Programa de Hipertensão Arterial em uma Unidade Primária do Rio de Janeiro. **Revista de APS**, 14(4): 447-453, out./dez., 2011.