

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

HELDER SILVEIRA ROCHA

**ORGANIZAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO DA EQUIPE DE
SAÚDE DA FAMÍLIA ALTO DA BOA VISTA, EM MONTES CLAROS-
MINAS GERAIS, PARA O ACOMPANHAMENTO ADEQUADO DOS
HIPERTENSOS**

Montes Claros/ Minas Gerais

2014

HELDER SILVEIRA ROCHA

**ORGANIZAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO DA EQUIPE DE
SAÚDE DA FAMÍLIA ALTO DA BOA VISTA, EM MONTES CLAROS-
MINAS GERAIS, PARA O ACOMPANHAMENTO ADEQUADO DOS
HIPERTENSOS**

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

Orientador: Professor Edison José Corrêa.

Montes Claros/ Minas Gerais

2014

HELDER SILVEIRA ROCHA

**ORGANIZAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO DA EQUIPE DE
SAÚDE DA FAMÍLIA ALTO DA BOA VISTA, EM MONTES CLAROS-
MINAS GERAIS, PARA O ACOMPANHAMENTO ADEQUADO DOS
HIPERTENSOS**

Banca examinadora:

Professor Edison José Corrêa

Professora Fernanda Magalhães Duarte Rocha

AGRADECIMENTOS

A Deus por ter me dado forças, iluminando meu caminho, para que pudesse concluir mais uma etapa da minha vida.

Aos meus pais Geraldo e Eunice, por todo amor e dedicação que sempre tiveram comigo, me apoiando e me fazendo acreditar que nada é impossível, vocês que abriram mão de muitas coisas para proporcionar a minha realização profissional.

A minha noiva Larissa, pela compreensão e apoio nos momentos mais difíceis.

"É importante ter metas, mas também é fundamental planejar cuidadosamente cada passo para atingi-las".

Bernardino

RESUMO

A hipertensão arterial acomete um grande número de pessoas, cerca de 15% a 20% da população adulta, chegando a 50% nos idosos e atinge mais pessoas do sexo masculino até 45-50 anos e a partir desta faixa a prevalência é maior nas mulheres. Em Montes Claros, Minas Gerais, o problema detectado como prioritário na área de abrangência da Equipe de Saúde da Família (ESF) Alto da Boa Vista durante o diagnóstico situacional, em que se registra alta prevalência de adultos hipertensos, foi o acompanhamento deficiente dos portadores de hipertensão arterial. Para o enfrentamento do problema foi elaborado um Planejamento Estratégico Situacional, quando foram definidas e desenvolvidas as seguintes ações visando à organização do processo de trabalho da ESF Alto da Boa Vista para o acompanhamento adequado dos hipertensos: (1) organização e implantação da agenda da equipe para acompanhamento das pessoas com hipertensão arterial de acordo com as orientações do Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde; (2) implantação da Linha Guia de Atenção à Saúde do Adulto – Hipertensão, Diabetes e doença renal crônica; (3) contratação de novos agentes comunitários de saúde para atuação nas microáreas descobertas. Como resultados do trabalho desenvolvidos esperamos um maior fortalecimento de vínculo dos usuários com a unidade e com os membros da equipe multiprofissional e conseqüentemente maior adesão dos hipertensos ao tratamento.

Palavras chaves: Hipertensão. Pressão arterial. Estratégia Saúde da Família.

ABSTRACT

Hypertension affects a large number of people, about 15% to 20% of the adult population, reaching 50% in the elderly and affects more males to 45-50 years and from that track the prevalence is higher in women. In Montes Claros, Minas Gerais, the problem detected as a priority in the area covered by the Family Health Team (FHT) Alto da Boa Vista during the situational analysis, in which it has a high prevalence of hypertensive adults was inadequate monitoring of patients of hypertension. To address the problem we designed a Strategic Operational Planning when were defined and developed the following actions to the organization of the work process Family Health Strategy Alto Boa Vista for proper monitoring of hypertensive patients: (1) organization and implementation team schedule for monitoring of people with hypertension according to the guidelines of the Master Plan for Primary Health Care; (2) deployment line guide attention to adult health - hypertension and diabetes ; (3) hiring new community health workers to act in micro areas discoveries. As a result of the work developed we expect further strengthening the bond of users with the unit and with members of the multidisciplinary team and consequently greater adherence of hypertensive treatment.

Key words: Hypertension. Arterial pressure. Family Health Strategy

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	9
2 JUSTIFICATIVA	12
3 OBJETIVOS	13
3.1 Objetivo geral	13
3.2 Objetivos específicos	13
4 METODOLOGIA	14
5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	15
5.1 Hipertensão arterial: definição, classificação e aspectos epidemiológicos	15
5.2 Fatores que interferem na adesão ao tratamento da hipertensão arterial	22
5.3 O sistema de saúde e a adesão dos hipertensos ao tratamento	23
6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO	27
6.1 Explicação do problema	27
6.2 Seleção dos “nós críticos”	28
6.2.1 Projeto Agenda organizada	28
6.2.2. Projeto Novos agentes comunitários de saúde	29
6.2.3 Projeto Implantação da Linha Guia de Atenção à Saúde do Adulto – Hipertensão , Diabetes e doença renal crônica	31
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	34
REFERÊNCIAS	35

1 INTRODUÇÃO

A população, tanto dos países desenvolvidos como da maioria dos países em desenvolvimento, tem aumentado nos últimos anos sua expectativa de vida. Isso é consequência da melhora nas condições gerais de vida e do avanço da ciência. No entanto, no Brasil as patologias cardiovasculares têm sido registradas como as de maior incidência na população e a hipertensão arterial aparece como a doença que mais tem interferido no nível de qualidade de vida das pessoas, com maior prevalência entre os idosos (SAVIOLLI NETO *et al.*, 2005).

Segundo Brasil (2001), “a hipertensão arterial é uma doença de natureza multifatorial, caracterizada pela elevação da pressão arterial frequentemente associada a alterações metabólicas e hormonais e fenômenos tróficos”.

A hipertensão arterial acomete um grande número de pessoas, cerca de 15% a 20% da população adulta, chegando a 50% nos idosos e atinge mais pessoas do sexo masculino até 45-50 anos e a partir desta faixa a prevalência é maior nas mulheres. Tende ainda a “ser mais prevalente entre negros e também naqueles com história familiar para hipertensão. Em crianças e adolescentes também aparece de maneira considerável.” (BRASIL, 2001).

Segundo o Ministério da saúde (Brasil, 2001), a hipertensão arterial por ser uma doença altamente prevalente em indivíduos adultos, torna-se fator determinante na elevada morbidade e mortalidade desta população. Situação presente também em Montes Claros, município situado na Bacia do Alto Médio São Francisco, ao Norte do Estado de Minas Gerais, pertencente à microrregião homônima e Macrorregião do Norte de Minas, a 420 km ao norte da capital do estado. Ocupa uma área de 3.582.034 km², sendo que 38.700 km² estão em perímetro urbano e os 3.543.334 km² restantes constituem a zona rural (IBGE, 2010).

A economia de Montes Claros é diversificada pelas atividades agropecuárias, industriais e de prestação de serviços. A principal fonte econômica está centrada no setor terciário, com seus diversos segmentos de comércio e prestação de serviços de várias áreas, como na educação e saúde, além das unidades produtivas de pequeno e médio porte. Em seguida, destaca-se o setor secundário, com complexos industriais de grande porte, com Índice de Desenvolvimento Humano (IDH): 0.783 e renda média: 245.43 reais, com 23.954 famílias cadastradas no Programa Bolsa Família (IBGE, 2010).

A cidade de Montes Claros, no ano de 2012, apresentou um total de 87,7% das famílias da zona urbana com saneamento básico em detrimento de 12,3% da zona rural. A cidade, na zona urbana, tem o predomínio de abastecimento pela rede pública de saúde, enquanto na zona rural, predomina a utilização de poço ou nascente (BRASIL, 2013).

Dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010) informam que Montes Claros possui 361.971 habitantes em 2010. A cidade de 2000 para 2010 passou de 63º para 61º maior cidade do Brasil. Neste município, o número de pessoas acima da linha da pobreza está estimado em 87,6%. As pessoas abaixo da linha da pobreza estão estimadas em 12,4 %, sendo 3,1% abaixo da linha da indigência.

O município, segundo o Ministério da Saúde (Brasil, 2013), conta com 72 Unidades Básicas de Saúde, 52 unidades de saúde bucal e 01 Centro de Especialidades Odontológicas (CEO). Possui redes de média e alta complexidade como: SAMU, Viva Vida, Mais Vida e serviços de apoio a pacientes com deficiência física e mental. Conta com três Policlínicas e com oito hospitais.

A população total residente na área de abrangência da equipe de Saúde da Família (ESF) Alto Boa vista, de acordo com os relatórios do Ministério da Saúde (Brasil, 2013), é de 3.089 habitantes, sendo 868 famílias cadastradas distribuídas em seis microáreas, o que corresponde a uma razão de 3,5 habitantes por domicílio. Nesta população, há o predomínio do sexo feminino, sendo 1.586 mulheres residentes nessa área.

O serviço de saúde que é referência para a comunidade, de acordo observação realizada no bairro Alto da Boa Vista, é a UBS que aloca a ESF Alto do Boa Vista, sendo que no território não há hospitais, clínicas e laboratórios. A UBS Alto Boa Vista, esta localizada na rua 11, número 131, no bairro Vila Sion. Devido ao fato da UBS estar localizada no bairro Vila Sion, há dificuldades ao acesso de alguns moradores ao serviço, bem como: Idosos frágeis, portadores de necessidades especiais como deficientes físicos e mentais. Os problemas de saúde que mais prevalece na população são tabagismo, sobrepeso, doenças sexualmente transmissíveis (DST), uso de drogas ilícitas, doenças crônicas como hipertensão arterial, diabetes, cardiopatias em geral, neoplasias, acidente vascular encefálico (AVE), acidentes de trânsito, entre outras.

De acordo com a Estimativa Rápida, ferramenta utilizada para a identificação “rápida” dos problemas existentes no território, foram identificados os principais problemas na área de abrangência da ESF Alto Boa Vista: violência, drogas, ineficiência de drenagem da rede pluvial, falta de pavimentação das ruas, ESF incompleta – com o número insuficiente de

Agentes comunitários de saúde (ACS), acompanhamento deficiente dos portadores de hipertensão arterial e ocorrência de casos de esquistossomose.

Após a identificação, tornou-se necessária a seleção ou priorização daqueles problemas que demandavam um enfrentamento mais urgente pela equipe, uma vez que, dificilmente, todos poderiam ser resolvidos ao mesmo tempo. Ao realizar a priorização do problema a ser enfrentado, utilizamos os critérios: a importância do problema, a urgência e a capacidade para enfrentá-lo.

QUADRO 1 : Priorização dos problemas identificados na estimativa rápida segundo importância, urgência e capacidade de enfrentamento, na área de abrangência da Equipe de Saúde da família Alto da Boa Vista, Montes Claros, MG, 2013.

Principais problemas	Importância	Urgência	Capacidade de enfrentamento	Seleção
Acompanhamento deficiente aos portadores de HAS	Alta	8	Parcial	1
Ocorrência de casos de esquistossomose	Alta	7	Parcial	2
Equipe de saúde da família incompleta	Alta	7	Fora	3
Ineficiência de drenagem da rede pluvial	Alta	6	Fora	4
Violência	Alta	5	Fora	5
Drogas	Alta	4	Fora	6

Fonte: Estratégia Saúde da Família Alto da Boa Vista em Montes Claros – Minas Gerais

Dessa forma, o problema selecionado para enfrentamento prioritário na área de abrangência da Equipe Saúde da Família Alto da Boa Vista foi o acompanhamento deficiente dos portadores de hipertensão arterial.

2 JUSTIFICATIVA

A hipertensão arterial, segundo Lopes (2006) é de evolução clínica lenta, possui uma multiplicidade de fatores e, quando não tratada adequadamente, traz graves complicações, temporárias ou permanentes. Representa elevado custo financeiro à sociedade, principalmente por sua ocorrência associada a agravos como doença cerebrovascular, doença arterial coronária, insuficiência cardíaca e renal crônicas, doença vascular de extremidades. Além disso, apresenta como consequências internações e procedimentos técnicos de alta complexidade, levando ao absenteísmo no trabalho, óbitos e aposentadorias precoces, comprometendo a qualidade de vida dos grupos sociais mais vulneráveis.

Na equipe do Alto da Boa Vista há 343 hipertensos cadastrados, o que corresponde a 11,17% da população. Desses hipertensos, apenas 251 deles (73%) se submeteram à avaliação médica nos últimos 12 meses. Além disso, apenas 10 dos hipertensos (3,98%) foram acompanhados adequadamente pela equipe, seguindo os critérios da Linha Guia de Atenção à Saúde do Adulto – Hipertensão, Diabetes e doença renal crônica (MINAS GERAIS, 2013).

Desta forma, considerando a necessidade de realizar o acompanhamento adequado de 100% dos hipertensos que residem no território sob responsabilidade da ESF, torna-se necessário organizar o processo de trabalho da ESF Alto da Boa Vista.

Atividade que encontra justificativa para sua realização uma vez que a organização do processo de trabalho na referida ESF possibilitará a adoção de estratégias visando à melhoria do atendimento em saúde proporcionado a população hipertensa e conseqüentemente maior adesão dos hipertensos ao tratamento e melhoria da qualidade de vida desta parcela da população.

3 OBJETIVOS

3.1 Geral

Organizar o processo de trabalho da ESF Alto da Boa Vista no município de Montes Claros-MG para o acompanhamento adequado dos hipertensos.

3.2 Específicos

- Organizar e implantar agenda da equipe para acompanhamento das pessoas com hipertensão arterial de acordo com as orientações do Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde;
- Implantar a Linha Guia de Atenção à Saúde do Adulto – Hipertensão, Diabetes e doença renal crônica;
- Contratar novos ACS para atuação nas microáreas descobertas.

4 METODOLOGIA

Para elaboração desse trabalho foi realizada uma revisão de literatura, com base em dados eletrônicos de bibliotecas virtuais, como SciELO (Scientific Eletronic Library) e BIREME (Biblioteca Regional de Medicina), considerando como critérios: estudos científicos (teses, monografias, artigos); no idioma (português); no período (1995 a 2014), sendo que esses estudos serviram como referência para a discussão do trabalho realizado.

No processo de trabalho gerencial, o planejamento é um importante instrumento de ação racional que norteia as atividades a serem executadas, assim alcançamos as finalidades e obtemos governabilidade, através de programação das estratégias e ações necessárias para alcançar os objetivos e metas pré - estabelecidas.

O Planejamento Estratégico Situacional é um instrumento de gestão voltado para a resolução de problemas, no qual os atores sociais participam efetivamente do processo. A aplicação deste método tornou-se uma prática em gerenciamento imprescindível, pois possibilita a explicação de um problema a partir da visão de quem o declara, a identificação das possíveis causas e a busca por diferentes modos de abordar e propor soluções.

Para desenvolvimento deste trabalho optou-se pela elaboração de um projeto de intervenção utilizando-se o método do Planejamento Estratégico Situacional (PES), por meio do qual, após processado os problemas identificados no diagnóstico situacional da área de abrangência da equipe do Alto da Boa Vista, foi elaborado um plano de ação para intervenção sobre o problema identificado como prioritário. O PES encontra-se estruturado em 4 momentos: a) o momento explicativo onde se busca explicar a situação atual da realidade de acordo com os valores e a ideologia do ator em declarante do problema, considerando também os outros atores sociais envolvidos no problema; b) o momento normativo, que é a parte do plano onde se identifica como deve ser a realidade que se pretende intervir, ou seja, quais as operações/ações ou demandas capazes de mudar os nós-críticos do problema. Nessa fase, leva-se em consideração o controle dos atores envolvidos sobre os recursos econômicos, políticos, organizativos e cognitivos, identificando os possíveis resultados e posições dos mesmos diante dos problemas; c) o momento estratégico implica na construção da viabilidade do plano através do cálculo de articulação entre o que deve ser e o que pode ser; d) o momento tático-operacional é o momento onde o conhecimento sobre a realidade transforma-se em ação concreta (CAMPOS; FARIA; SANTOS,2010).

5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

5.1 Hipertensão arterial: definição, classificação e aspectos epidemiológicos

Pedrosa; Drager (2010, p. 1) ao conceituar Hipertensão arterial (HA) colocam que este é um dos mais graves problemas de saúde pública do mundo e que pode ser conceituada como:

[...] uma doença crônico-degenerativa de natureza multifatorial, na grande maioria das vezes assintomática, que compromete fundamentalmente o equilíbrio dos sistemas vasodilatadores e vasoconstritores que mantêm o tônus vasomotor, o que leva a uma redução da luz dos vasos e danos aos órgãos por eles irrigados. Na prática a HAS é caracterizada pelo aumento dos níveis pressóricos acima do que é recomendado para uma determinada faixa etária.

Segundo Santos *et al.* (2011) a Hipertensão arterial acomete um grande número de pessoas, cerca de 15% a 20% da população adulta, chegando a 50% nos idosos e atinge mais pessoas do sexo masculino até 45-50 anos e a partir desta faixa a prevalência é maior nas mulheres. A hipertensão arterial aumenta os riscos de doenças cardiovasculares, favorecendo o surgimento de insuficiência renal e de doenças vasculares periféricas.

Pinheiro (2011), por sua vez, afirma que em 5% dos casos pode ser encontrada uma causa responsável pela hipertensão que é identificada como hipertensão secundária, grave ou persistente.

A hipertensão pode ser definida como hipertensão arterial primária ou hipertensão arterial secundária (PINHEIRO, 2011).

Pinheiro (2011, p. 1) define hipertensão primária como sendo “aquela que surge sem causa esclarecida, enquanto que a hipertensão secundária é aquela que ocorre devido a uma doença identificável, como insuficiência renal, apneia do sono, hipotireoidismo etc.”.

Pinheiro (2011) acrescenta que na hipertensão primária ou essencial a hereditariedade, obesidade, ingestão de sal, consumo de álcool, vida sedentária, a idade, o sexo, a etnia, e o fumo são fatores que predisõem a hipertensão essencial.

Com relação ao fator sexo, este autor afirma a maior frequência nos homens sendo que no fator etnia a maior prevalência e as formas mais graves são entre os negros.

A hipertensão arterial secundária, por sua vez, ainda segundo Pinheiro (2011), ao contrário da hipertensão primária tem uma causa bem definida e via de regra é fatal a menos que seja tratada imediatamente.

Entre as causas da Hipertensão arterial secundária, encontram-se, segundo Pinheiro (2011a, p. 1):

Insuficiência renal crônica (a IRC pode causar hipertensão, mas também pode ser uma consequência da mesma). Hiperaldosteronismo (geralmente causado por um tumor benigno da glândula suprarrenal que produz aldosterona em excesso, hormônio que regula a absorção de sal nos rins). Estenose da artéria renal (redução do calibre da artéria que irriga o rim). Apneia obstrutiva do sono.

O Ministério da Saúde (Brasil, 2001) define quatro grupos de risco cardiovascular absoluto: Grupo de baixo risco, grupo de médio risco, grupo de alto risco e grupo de muito alto risco.

O grupo de baixo risco inclui mulheres com idade abaixo de 65 anos e homens com idade abaixo de 55 anos, ambos de grau I e sem fatores de risco. No grupo de médio risco estão inclusos portadores de hipertensão arterial sistólica de grau I ou II e com um ou dois fatores de risco cardiovascular. O grupo de alto risco inclui portadores de hipertensão arterial sistólica de grau I ou II que possuem três ou mais fatores de risco e são também portadores de hipertensão III sem fatores de risco. O Grupo de Muito Alto Risco inclui portadores de Hipertensão arterial grau III, que possuem um ou mais fatores de risco com doença cardiovascular ou renal manifesta. (Quadro 2)

QUADRO 2: Risco estratificado e quantificação de prognóstico em relação à pressão arterial

Pressão Arterial (mmHg)			
Fatores de risco ou doença	Grau 1: hipertensão leve PAS 140-159 ou PAD 90-99	Grau 2: hipertensão moderada PAS 160-179 ou PAD 100-109	Grau 3: Hipertensão grave PAS \geq 180 ou PAD \geq 110
I. Sem outros fatores de risco	Risco baixo	Risco médio	Risco alto
II. 1-2 fatores de risco	Risco médio	Risco médio	Risco muito alto
III. 3 ou mais fatores de risco ou lesões nos órgãos-alvo ou diabetes	Risco alto	Risco alto	Risco muito alto
IV. CCA*			

CCA – Condições clínicas associadas, incluindo doenças cardiovasculares ou renais.

PAS – Pressão arterial sistêmica

PAD – Pressão arterial diastólica

FONTE: Ministério da Saúde. Hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus (DM): Brasília: MS, 2001.

A Sociedade Brasileira de Cardiologia (2010) utiliza-se de referências apresentadas (Quadro 3) nas VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial (2010, p. 15) para classificar a Hipertensão Arterial, ressaltando que esta classificação deve ser considerada para pacientes que não estão fazendo uso de medicamentos anti-hipertensivos e não agudamente doentes.

QUADRO 3: Classificação da hipertensão de acordo com a medida casual no consultório (maiores de 18 anos)

Classificação	Pressão Sistólica (mmHg)	Pressão Diastólica (mmHg)
Ótima	<120	<80
Normal	<130	<85
Limítrofe*	130-139	85-89
Hipertensão estágio 1	140-159	90-99
Hipertensão estágio 2	160-179	100-109
Hipertensão estágio 3	≥180	≥110
Hipertensão sistólica isolada	≥140	<90
Quando as pressões sistólica e diastólica situam-se em categorias diferentes, a maior deve ser utilizada para classificação da pressão arterial		
*Pressão normal-alta ou pré-hipertensão são termos que se equivalem na literatura.		

Fonte: VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão – DBH VI (2010, p. 15)

O Manual de Enfermagem do Programa Saúde da Família (Brasil, 2001) registra que na maioria das pessoas a hipertensão arterial é absolutamente assintomática e que só a determinação sistemática da pressão arterial possibilita o diagnóstico e tratamento precoces, evitando suas complicações.

Segundo a Sociedade Brasileira de Cardiologia (2010) para o diagnóstico da hipertensão arterial são necessários história e exame físico meticolosos dos pacientes.

Considerando a importância do controle da pressão arterial dos indivíduos, Santos *et al.* (2011) lembram que, mesmo sendo um procedimento fácil de ser realizado, a aferição da pressão arterial está sujeita a erros ligados ao paciente, ao equipamento, ao local, a técnica de medida e ao observador. Este autor enfatiza ainda a importância de se obter níveis pressóricos fidedignos e destaca alguns pontos para a medida apropriada da pressão arterial, ou seja, quando o paciente estiver acomodado da melhor maneira possível (sentado ou no leito), em repouso e absolutamente calmo, porque mesmo as mais leves emoções podem apresentar apreciáveis modificações no nível de pressão arterial, e o melhor momento para a medida.

Conforme o III Consenso Brasileiro de Hipertensão Arterial (Brasil, 1998), para a confirmação do diagnóstico, em cada consulta deverão ser realizadas no mínimo duas medidas de pressão arterial com intervalos de um a dois minutos entre elas. Caso as pressões obtidas apresentem diferenças superiores a 6mmHg, sugere-se que sejam realizadas novas aferições até que seja obtida medida com diferenças inferiores a esse valor. Se necessário

deverão ser feitas também medidas domiciliares da pressão arterial, pois alguns pacientes ficam apreensivos só de estarem no ambiente hospitalar e outros podem sofrer da síndrome do avental branco, ou seja, uma alteração no seu estado emocional devido à aversão da cor branca da roupa do profissional de saúde.

O Ministério da Saúde (Brasil, 2011) orienta que a anamnese dos portadores de hipertensão seja desencadeada a partir de fatores como história clínica e exame físico. A história clínica inclui aspectos como sexo, idade, raça, história da doença atual, duração da hipertensão arterial, níveis de Pressão Arterial, adesões e reações adversas a tratamentos prévios, sintomas da doença arterial coronariana, insuficiência cardíaca, doença cérebro vascular, doença renal e diabetes mellitus, indícios de Hipertensão secundária, além de investigação sobre fatores de risco como dislipidemia; tabagismo; obesidade e sedentarismo; consumo de sal, bebidas alcóolicas, gordura saturada, cafeína. O perfil psicossocial, como sintomas de depressão, a situação familiar; as condições de trabalho e o grau de escolaridade, além do uso de drogas que possam aumentar a pressão arterial e interferir em seu tratamento também devem ser avaliados.

O exame físico, por sua vez, deve incluir a inspeção geral: peso; altura; pele; mucosa; fâcies; aspecto físico; pressão arterial (média de 2 a 3 determinações após 5 a 10 minutos de repouso deitado ou sentado e na posição ortostática).

A avaliação clínico-laboratorial é registrada pelo Ministério da Saúde (Brasil, 2011), como de extrema importância quando ele coloca que se estes elementos são sistematicamente pesquisados, ao final do exame físico o profissional de saúde terá uma idéia bastante precisa do estado clínico do paciente, do grau de comprometimento sistêmico assim como se há indícios de que a Hipertensão arterial seja de caráter primário ou secundário.

Como medidas comprovadamente eficazes para o tratamento da hipertensão arterial o Ministério da Saúde (Brasil, 2011) relaciona a redução de peso, a redução da ingestão de álcool e de sal, a atividade física regular, a restrição do uso do fumo e o não uso de medicamentos potencialmente hipertensivos.

Quanto ao tratamento da Hipertensão arterial, o Manual de Hipertensão arterial e Diabetes Melitus (Brasil, 2002, p. 19) registra que “inclui as seguintes estratégias: educação, modificações dos hábitos de vida e, se necessário, medicamentos.”.

Lamosa (1998) coloca que o objetivo do tratamento da Hipertensão arterial é diminuir a Pressão Arterial diastólica a níveis inferiores a 90mmHg. Segundo este autor a redução excessiva da Pressão Arterial, diastólica (<80mmHg) e sistólica (<130mmHg) deve ser evitada, principalmente em pacientes idosos e nos que sofrem de doença arterial coronária

porque isso aumenta o risco de morte por cardiopatia isquêmica, secundária a hipoperfusão coronária.

O tratamento não farmacológico da Hipertensão arterial segundo Riella (2003) inclui medidas comprovadamente eficazes e medidas de eficácia discutível. Dentre as medidas comprovadamente eficazes ele relaciona a redução de peso, a redução da ingestão de álcool e de sal, a atividade física regular, a restrição do uso do fumo e o não uso de medicamentos potencialmente hipertensivos.

Nas medidas de eficácia Riella (2003) inclui o controle do estresse, a suplementação de potássio, cálcio e magnésio e a dieta rica em fibras e em óleo de peixe.

O tratamento dos portadores de Hipertensão arterial deve ser individualizado, respeitando-se situações como idade do paciente; presença de outras doenças; uso de outras medicações, dependência de álcool ou drogas, cooperação do paciente.

Conforme o III Consenso Brasileiro de Hipertensão Arterial (Brasil, 1998), tratar ou até mesmo prevenir a Hipertensão arterial envolve, mudanças de hábitos de vida, tanto com relação ao tratamento medicamentoso quanto com relação ao tratamento farmacológico.

Referindo-se as medidas preventivas primárias para a prevenção da pressão arterial Riella (2003) alerta para a adequação da dieta dos indivíduos predispostos a ter hipertensão. Segundo ele, é recomendável que a dieta dos indivíduos predispostos à hipertensão não ultrapasse 6 gramas de cloreto de sódio por dia

A hipertensão arterial, segundo a Sociedade Brasileira de Cardiologia (2010) interfere na qualidade de vida das pessoas, principalmente daquelas que não seguem o tratamento como recomendado, pois as seqüelas deixadas pelo acometimento de alguns órgãos como rins, coração, pulmão, acarretam piora na qualidade de vida, incapacitando-as até mesmo para as atividades mais simples do dia-a-dia.

A qualidade de vida do hipertenso pode ser conseguida, por meio de tratamento medicamentoso e mudanças no estilo de vida como a regular prática de atividades físicas, alimentação balanceada, entre outras formas de controle da pressão arterial (MORAES, 2010).

Arnhold e Panda (2011) ressaltam que a hipertensão arterial afeta a qualidade de vida das pessoas e que os hipertensos sintomáticos apresentam pior qualidade de vida se comparados com os assintomáticos.

A piora da qualidade de vida dos hipertensos sintomáticos, segundo Siqueira *et al.* (2010) se deve ao fato deles, ao contrário dos assintomáticos, tomarem medicamentos, viverem sob controle alimentar, e viver sob o estresse de fazer dieta, exercícios físicos diários,

além, de viver sob a expectativa de ter complicações mais sérias de saúde como um Acidente Vascular Cerebral – AVC ou infarto cardiovascular.

Os hipertensos com pouca escolaridade, também apresentam pior qualidade de vida do que os hipertensos mais escolarizados, o que segundo Siqueira *et al* (2010, p.7) se explica pelo fato da pouca escolaridade refletir “escassa conscientização que muitos têm acerca da sua doença, sendo reforçado por seu caráter assintomático”. A baixa renda familiar, segundo Siqueira *et al* (2010) é outro fator que atua como limitante na qualidade de vida dos hipertensos que dispõem grande parte do salário em medicamentos, médico e outros cuidados para o controle da hipertensão, em detrimento de outros fatores básicos para a qualidade de vida como o lazer, por exemplo. Neste contexto, destaca-se o trabalho dos profissionais de saúde para conseguir a adesão dos pacientes com hipertensão arterial ao regime terapêutico, uma vez que este é de suma importância para o controle dos sintomas e progressão da doença.

5.2 Fatores que interferem na adesão ao tratamento da hipertensão arterial

A adesão do paciente hipertenso ao tratamento é de suma importância e as equipes de saúde devem ter como uma de suas metas buscar otimizar a adesão do hipertenso ao tratamento.

São vários os fatores que interferem na adesão ao tratamento anti-hipertensivo assim como são várias as estratégias para facilitar esta adesão.

QUADRO 4: Fatores que interferem na adesão ao tratamento anti-hipertensivo

Paciente:	Sexo/Idade Etnia Estado civil Escolaridade Nível socioeconômico
Doença:	Cronicidade Ausência de sintomas Consequências tardias
Crenças, hábitos de vida e culturais	Percepção da seriedade do problema Desconhecimento Experiência com a doença Contexto familiar Conceito saúde-doença Autoestima
Tratamento	Custo Efeitos indesejáveis Esquemas complexos Qualidade de vida
Instituição:	Política de saúde Acesso ao serviço de saúde Distância Tempo de espera / tempo de atendimento
Relacionamento com equipe de saúde	Envolvimento Relacionamento inadequado

FONTE: Adaptado de Araújo GBS, Garcia TR. Adesão ao tratamento anti-hipertensivo: uma análise conceitual. Rev. Eletr. Enf. [Internet]. 2006;8(2):259-72. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/revista8_2/v8n2a11.htm>.

Chor *et al.* (1995) destaca que além dos fatores relacionados a sexo, idade, estado civil e escolaridade, assim como situação econômico-social, a ausência de sintomas interfere muito na adesão ao tratamento da hipertensão, sendo muito difícil convencer o paciente assintomático de que ele necessita de tratamento.

Freitas *et al* (2002) apresentam como fatores associados à terapêutica farmacológica que interferem na adesão do hipertenso ao tratamento os efeitos colaterais provocados pelo medicamento. Como esse fator influencia na qualidade de vida do paciente, Mion Junior *et al* (1995) destaca a importância do cuidado na administração do primeiro esquema hipertensivo, priorizando a escolha por medicamentos com melhor perfil de efeitos colaterais.

O tratamento não farmacológico da hipertensão arterial, que inclui mudança de hábitos de vida e medidas higiênico e dietéticas e que visam diminuir a pressão arterial do hipertenso e o controle das co-morbidades (diabetes e dislipidemia) demandando dentre outros fatores, a perda de peso, também influencia na adesão do paciente (CHOR *et al*, 1995).

5.3 O sistema de saúde e a adesão dos hipertensos ao tratamento

Segundo Campos (1996) é na relação paciente-equipe de saúde que tem início a conquista da adesão dos pacientes com doenças crônicas, como os hipertensos, ao tratamento. Sendo assim, um bom relacionamento equipe de saúde e paciente pode melhorar a adesão ao tratamento.

Sendo a HAS uma doença multicausal e multifatorial, exige diferentes abordagens, e só uma equipe multidisciplinar pode proporcionar essa ação diferenciada, pois sua existência permite que os diversos fatores envolvidos na HAS e seu tratamento sejam examinados de modo mais profundo, visto que são abordados conjuntamente (CAMPOS, 1996).

Uma equipe multidisciplinar de saúde composta por médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e agentes de saúde, assim como nutricionistas, fisioterapeutas, psicólogos poderão auxiliar os pacientes hipertensos na adoção de atitudes efetivas e definitivas para o controle da hipertensão. Daí a importância do acesso da população aos serviços de saúde. Direito que foi garantido a população pelos fundamentos da Constituição Federal de 1988, quando foi possível que toda a população brasileira tivesse o direito de usufruir dos serviços oferecidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS), por meio das ações de vigilância sanitária, epidemiológicas e da assistência à saúde (ALMEIDA; HAHN, 2010).

O SUS é legitimado pela Constituição Federal de 1988 e pelas Leis Orgânicas nº. 8.080, de 19 de setembro de 1990, e nº. 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Seus princípios doutrinários são a universalidade, acesso da população a qualquer serviço de saúde; a equidade, igualdade de condições para uso dos diferentes níveis de complexidade do sistema, e a integralidade, que compreende ações integrais e não fragmentadas (SOUZA, 2008).

A Atenção Primária à Saúde (APS) é um eixo norteador dos serviços de saúde e de toda a sociedade. Representa o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde. A APS caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. Efetiva-se por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações (BRASIL, 2006).

A Estratégia Saúde da Família (ESF), proposta pelo Ministério da Saúde (MS) em 1994, incorpora os princípios do SUS e está estruturada na APS. Tem por objetivo aumentar o acesso da população aos serviços de saúde, propiciando integralidade na atenção prestada aos indivíduos e grupos populacionais (BRASIL, 1998). A ESF é composta por equipe multiprofissional, em que se pode ressaltar a atuação dos profissionais referente às ações características da APS, englobando a promoção da saúde, prevenção de agravos e prestação de cuidados específicos (FORTUNA *et al*, 2008).

A prática dos profissionais é mediada por competências profissionais, saberes, habilidades e visões de mundo. Um dos objetivos mais relevantes desta prática é aliar os conhecimentos teórico-técnicos à sensibilidade humana para assistir o indivíduo em sua complexidade biopsicossocial (FERREIRA; ACIOLI, 2010).

Na ESF, o enfermeiro é responsável pela gerência de unidades, atividade essa que consiste na previsão, provisão, manutenção, controle de recursos materiais e humanos para o funcionamento do serviço e a gerência do cuidado, no que abrange o diagnóstico, o planejamento, a execução e a avaliação da assistência, estendendo-se pela delegação das atividades, supervisão e orientação da equipe (GRECO, 2004).

O trabalho na ESF é composto por um conjunto de práticas tanto gerenciais como assistenciais que abrangem desde a realização de procedimentos técnicos até a elaboração de critérios de qualidade na tomada de decisões, baseando-se em ações direcionadas ao cliente e seus familiares e envolve tanto práticas de cuidado direto (assistencial), como indireto (administrativo) (CRISTOVAM; PORTO; OLIVEIRA, 2012).

O gerenciamento do serviço na ESF engloba a realização das ações de cuidado, gestão de recursos materiais e humanos, planejamento da assistência, liderança e capacitação da equipe, coordenação da produção e avaliação das ações de enfermagem. São múltiplas ações que apresentam objetivo comum: a busca por melhores condições de trabalho para os profissionais e pela qualidade da assistência (SANTOS *et al.*, 2013).

Uma das ferramentas de gestão na ESF consiste no levantamento e análise do Diagnóstico Administrativo/Situacional, por meio do qual é possível identificar os fatores que necessitam de intervenção e melhoria para desenvolvimento dos processos em saúde.

De acordo com Jardim *et al.* (1996), no caso dos hipertensos, para que haja garantia e melhoria dos processos é necessário que se estabeleça uma padronização de procedimentos, uma vez que tal prática confere maior confiabilidade das tarefas e segurança por parte dos profissionais. Ainda segundo este autor, a elaboração e implementação de um Procedimento Operacional Padrão (POP) além de ser uma forma de sanar as necessidades verificadas a

partir da aplicação do Diagnóstico Administrativo/Situacional de Saúde, também representa uma forma de definir estratégias para aumentar a adesão dos pacientes hipertensos ao tratamento.

Como a ausência dos pacientes às consultas médicas ocupa lugar de destaque nos fatores que interferem no tratamento da hipertensão arterial, Jardim *et al* (1996) defendem a adoção de um programa de acompanhamento da presença dos pacientes nos encontros de hipertensos, uma vez que estudos têm demonstrado que os indivíduos mais assíduos aos encontros promovidos pelas equipes da Estratégia Saúde da Família tem apresentado maior redução nos níveis tensionais.

Ainda segundo Jardim *et al.* (1996), a presença do paciente hipertenso nas Unidades de Saúde é determinante no controle da hipertensão, pois traz motivação individual e mudanças de atitudes e de estilo de vida que contribuem para a redução dos níveis pressóricos.

O estabelecimento de vínculos da equipe multidisciplinar da Estratégia Saúde da Família com o hipertenso é fator primordial para a adesão deste ao tratamento, sendo assim, recomenda que todas as estratégias possíveis sejam utilizadas para facilitar e garantir a presença destes pacientes nas reuniões em grupo e nas consultas médicas, pois esta participação além de propiciar uma melhor monitorização dos níveis pressóricos do paciente, assim como representa a oportunidade deste ter mais acesso a informações que podem servir de base para a adesão (JARDIM *et al*, 1996).

O Quadro 5 apresenta outras estratégias para facilitar a adesão do paciente hipertenso ao tratamento.

QUADRO 5: Estratégias para facilitar a adesão ao tratamento anti-hipertensivo

Paciente:	Identificação de grupos de risco Educação Autocuidado Medida da pressão em casa
Tratamento:	Drogas com menos efeitos indesejáveis Baixo custo Monoterapia Comodidade posológica Orientar sobre efeitos indesejáveis Prescrição e informações por escrito e de fácil compreensão
Equipe multidisciplinar:	Convocação de faltosos e abandonos Visita domiciliar Reunião em grupo Estabelecer objetivos junto com paciente Estabelecer contato com direitos e deveres do paciente/equipe Flexibilidade na adoção de estratégias Fixar equipe de atendimento Obedecer a horário de consulta Estabelecer vínculo com pacientes Considerar crenças, hábitos, cultura do paciente Atendimento no local de trabalho Estabelecer sistema de contato telefônico

FONTE: Adaptado de Araújo GBS, Garcia TR. Adesão ao tratamento anti-hipertensivo: uma análise conceitual. Rev. Eletr. Enf. [Internet]. 2006;8(2):259-72. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/revista8_2/v8n2a11.htm>.

Para garantir a adesão do hipertenso ao tratamento, Jardim *et al.* (1996) defende ainda a organização do serviço de saúde contemplando um sistema de controle da clientela registrada e assistida pela ESF de modo a identificar e buscar aqueles que não comparecerem as reuniões e consultas médicas, pois esta estratégia por ser um dos fatores que aumentam no paciente o sentimento de estar sendo cuidado e valorizado, estimulando a adesão ao tratamento e o compartilhamento de responsabilidade pelo sucesso da terapêutica farmacológica e/ou não farmacológica. Estes autores sugerem que a busca dos faltosos seja feita a partir de visita domiciliar realizada pelos agentes comunitários de saúde.

6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

A proposta desse trabalho é apresentar algumas ações para resolver ou minimizar o problema prioritário: o acompanhamento deficiente dos portadores de hipertensão arterial. Para esse problema, foram definidos três nós críticos, ou seja, situações que, executadas a contento, ajudam a resolver ou minimizar o problema prioritário. Para cada nó crítico é definida uma operação, da qual se registram os resultados esperados, e os produtos, as ações estratégicas necessárias para isso, com definição de responsável (eis), prazo, acompanhamento e avaliação, e viabilidade (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

6.1 Explicação do problema

Para compreender a gênese desse problema foram identificadas várias causas em vários pontos de atenção, sendo que uma das causas está relacionada à própria ESF, que apresenta deficiências de ordem estrutural, de processo de trabalho e de gestão.

A deficiência de ordem estrutural está relacionada à alta rotatividade de profissionais, que compromete o vínculo com a população. Além disso, a equipe ainda não está completa, pois dos seis ACS que compõe a equipe, apenas dois estão em atividade. Para agravar, esses dois agentes estão assumindo também a função de recepcionista na UBS, já que, atualmente, não há profissional que realiza essa atividade na UBS.

O processo de trabalho em saúde está muito desorganizado, pois não há a realização de atividades de controle e prevenção, bem como, não há programação das consultas de acompanhamento. Além disso, as visitas dos ACS estão bem abaixo da média, com isso, não há identificação precoce dos hipertensos, os cadastros estão desatualizados. Os protocolos clínicos estão sendo utilizados de modo deficiente, sem a definição de metas.

Em relação à gestão, a oferta de exames laboratoriais é menor do que a demanda e os de alta complexidade demoram em serem agendados, além disso, a cobertura do território está comprometida, devido à falta de quatro ACS.

Dessa forma, tal problema resulta no aumento do número de internações hospitalares de hipertensos por complicações, aumento do número de óbitos de hipertensos, baixa adesão dos hipertensos as ações realizadas pela equipe, aumento da demanda nos pronto-atendimentos e aumento dos gastos em reabilitação.

6.2 Seleção dos “nós críticos”

Uma vez descrito o problema e identificado suas causas, é necessário dentre essas causas, segundo Campos (2010), identificar aquelas que quando "atacada" é capaz de impactar o problema principal e efetivamente transformá-lo.

Desse modo podemos listar alguns nós críticos:

- Falta de planejamento e programação das ações para acompanhamento das pessoas com hipertensão arterial.
- Microáreas da área de abrangência da equipe descobertas.
- Não utilização pela equipe de protocolo clínico para acompanhamento das pessoas com hipertensão.

6.2.1 Projeto Agenda Organizada

A Atenção Primária caracteriza-se pelas ações, de caráter individual ou coletivo, situadas no primeiro nível de atenção dos sistemas de saúde. Essas ações são voltadas para a promoção da saúde, a prevenção dos agravos, como também para o tratamento e a reabilitação dos indivíduos (COSTA *et al.*, 2011, p. 76-77).

O Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde (PDAPS) é uma proposta governamental que visa melhorar a qualidade das ações da atenção primária em todo o Estado de Minas Gerais, objetivando a redução de internações a partir do fortalecimento das APS e da construção de redes integradas de atenção à saúde (MINAS GERAIS, 2008).

Considerando que a atenção primária é a porta de entrada para todos os outros níveis de atenção à saúde, a implementação do PES teve início com a organização e implantação da agenda da equipe de acordo com as orientações do Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde e teve como objetivo melhorar o acompanhamento das pessoas com hipertensão arterial. Para isso, há o empenho para a identificação e estratificação de risco de 100% das pessoas com hipertensão arterial presentes na área de abrangência da ESF Alto da Boa Vista.

O resultado desta operação do PES, em especial no que se refere à organização da agente da equipe, irá propiciar a melhoria de todos os serviços de saúde prestados à comunidade pela ESF Alto da Boa Vista, não se restringindo apenas aos hipertensos (Quadro 6).

QUADRO 6: Projeto Agenda Organizada: operação sobre nó crítico Falta de planejamento e programação das ações para acompanhamento das pessoas com hipertensão arterial, para intervenção sobre o problema acompanhamento deficiente dos hipertensos

Problema prioritário	Acompanhamento deficiente dos hipertensos.
Nó crítico	Falta de planejamento e programação das ações para acompanhamento das pessoas com hipertensão arterial.
Projeto	Projeto agenda organizada.
Operação	Organizar e implantar agenda da equipe para acompanhamento das pessoas com hipertensão arterial de acordo com as orientações do Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde.
Resultados esperados	Melhorar o acompanhamento das pessoas com hipertensão arterial.
Produto esperado	Identificação e estratificação de risco de 100% das pessoas com hipertensão arterial residentes no território. Agenda organizada e implantada.
Recursos Necessários	Organizacional: organização da agenda; Financeiro: confecção das agendas
Ações estratégicas	Aprovação e adesão da gestão local
Responsável	Enfermeira
Prazo	Implantação em Março de 2014
Acompanhamento e avaliação	Médico
Viabilidade	Favorável

Fonte: Estratégia Saúde da Família Alto da Boa Vista em Montes Claros – Minas Gerais

6.2.2 Projeto Novos agentes comunitários de saúde

O Ministério da Saúde preconiza que cada equipe da ESF se responsabilize pelo acompanhamento de no máximo quatro mil habitantes, sendo recomendada uma média de três mil habitantes por equipe em uma determinada área e que estas passem a ter corresponsabilidade no cuidado integral à saúde dessas pessoas. Além disso, cada agente comunitário de saúde é responsável em média por 150 famílias, cerca de 750 pessoas. (BRASIL, 2011).

Uma análise do quadro de funcionários da ESF Alto da Boa Vista demonstrou a necessidade de contratação de mais agentes comunitários de saúde para viabilizar, com sucesso, o acompanhamento das pessoas com hipertensão arterial na área adscrita.

Como resultado mais imediato da ampliação do número de agentes comunitários de saúde na área da ESF Alto da Boa Vista pode-se registrar a ampliação no número de visitas domiciliares que antes eram direcionadas aos usuários que se encontravam acamados, idosos, usuários com problema de locomoção, casos de obesidade mórbida, deficientes, usuários com problema grave de saúde, portadores de ferida e puérperas.

Após a contratação de mais quatro ACS estes profissionais pode-se realizar um acompanhamento mais contínuo dos hipertensos, em especial daqueles que se ausentavam das reuniões ou consultas médicas, fato que poderá aumentar o índice de participação destes nas atividades coletivas e individuais direcionadas a esta população e maior adesão ao tratamento (Quadro 7).

QUADRO 7: Projeto Novos Agentes Comunitários de Saúde: operação sobre o nó crítico Microáreas da área de abrangência das equipes descobertas para intervenção sobre o problema acompanhamento deficiente dos hipertensos.

Problema prioritário	Acompanhamento deficiente dos hipertensos
Nó crítico	Microáreas da área de abrangência da equipe descobertas
Projeto	Projeto Novos Agentes Comunitários de Saúde
Operação	Contratar novos agentes comunitários de saúde
Resultados esperados	Cobertura de 100% da população com hipertensão arterial
Produto esperado	Identificação e cadastramento de 100% da população com hipertensão arterial.
Recursos necessários	Político: contratação dos agentes comunitários de saúde
Ações estratégicas	Apresentar a solicitação a Secretaria Municipal de Saúde.
Responsável	Secretário municipal de saúde
Prazo	Fevereiro de 2014
Acompanhamento e avaliação	Médico
Viabilidade	Favorável, mas pouco motivado.

Fonte: Estratégia Saúde da Família Alto da Boa Vista em Montes Claros – Minas Gerais

6.2.3 Projeto Implantação da Linha Guia de Atenção à Saúde do Adulto – Hipertensão, Diabetes e doença renal crônica

De acordo com Bandeira; Pimenta e Souza (2006), a situação da saúde, hoje, no Brasil e em Minas Gerais, é determinada por dois fatores importantes: aumento da população adulta/idosa, gerando uma demanda importante para o sistema de saúde e transição no cenário epidemiológico brasileiro com as doenças crônicas, como a hipertensão e diabetes, assumindo a frente do grupo das dez principais causas da carga de doença no país.

Para responder a essa situação, a Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais publicou a Linha Guia de Atenção à Saúde do Adulto (Hipertensão, Diabetes, Doença renal crônica, Tuberculose, Hanseníase e HIV/AIDS) que contempla um conjunto de diretrizes visando indicar a direção para a reorganização dos serviços e da construção da rede integrada de saúde ao adulto.

O diagnóstico situacional realizado para desenvolvimento deste estudo demonstrou a falta de padronização do atendimento aos hipertensos na ESF Alto da Boa Vista o que indicava a necessidade da implantação da Linha Guia de Atenção à Saúde do Adulto – Hipertensão, Diabetes e doença renal crônica, ou seja, a implantação de protocolos com a devida padronização do manejo clínico dos hipertensos.

Com este objetivo foram levantados alguns dados necessários para o desenvolvimento dos protocolos como o levantamento dos hipertensos cadastrados, definição da forma de agendamento de consultas para garantir o atendimento e acompanhamento dos pacientes, tipo de tratamento realizado para cada paciente, número de exames necessários para atender a demanda mensalmente, assim como a demanda de profissionais e de trabalho para implantação do protocolo.

Além disso, a demanda de capacitação da própria equipe de saúde para o desenvolvimento do protocolo também foi levantada para garantir melhorias no atendimento e na implantação da Linha Guia de Atenção à Saúde do Adulto – Hipertensão, Diabetes e doença renal crônica (Quadro 8).

QUADRO 8: Projeto Implantação da Linha Guia de Atenção à Saúde do Adulto – Hipertensão, Diabetes e doença renal crônica sobre o nó crítico Não utilização pela equipe de protocolo clínico para acompanhamento das pessoas com hipertensão para intervenção sobre o problema acompanhamento deficiente dos hipertensos.

Problema prioritário	Acompanhamento deficiente dos hipertensos
Nó crítico	Não utilização pela equipe de protocolo clínico para acompanhamento das pessoas com hipertensão
Projeto	Projeto Implantação da Linha Guia de Atenção à Saúde do Adulto – Hipertensão, Diabetes e doença renal crônica
Operação	Implantar a Linha Guia de Atenção à Saúde do Adulto – Hipertensão, Diabetes e doença renal crônica.
Resultados esperados	Padronização do manejo clínico adequado; processo de trabalho organizado.
Produto esperado	Linha Guia de Atenção à Saúde do Adulto – Hipertensão, Diabetes e doença renal crônica implantada; profissionais da equipe capacitados para uso da linha guia.
Recursos necessários	Cognitivo: conhecimento sobre a linha guia; Organizacional: organização da agenda
Ações estratégicas	Apresentar o projeto para a coordenação da atenção primária
Responsável	Médico
Prazo	Junho de 2014
Acompanhamento e avaliação	Enfermeira
Viabilidade	Favorável

Fonte: Estratégia Saúde da Família Alto da Boa Vista em Montes Claros – Minas Gerais

Espera-se que a capacitação empreendida resulte em maior sensibilização dos profissionais da equipe multidisciplinar e, conseqüentemente, no fortalecimento do vínculo com os hipertensos para que assim possamos oferecer um atendimento integral, e individual a 100% dos hipertensos cadastrados na referida ESF, contemplando os aspectos biológicos, sociais, econômicos, subjetivos e de comunicação que dificultam a adesão dos pacientes ao tratamento.

Segundo a Secretaria de Estado da Saúde (Minas Gerais, 2013), para que se possam desenvolver, de forma adequada, cuidados ao adulto hipertenso, alguns caminhos necessitam

ser considerados, dentre os quais a realização de visitas domiciliares regulares; garantia de consultas, tratamentos, medicamentos, exames laboratoriais e outros de acordo com as necessidades individuais.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Planejamento Estratégico Situacional mostrou-se como um instrumento de gestão imprescindível para se fazer um diagnóstico situacional do território, pois possibilita a explicação de um problema a partir da visão de quem o declara, a identificação das possíveis causas e a busca por diferentes modos de abordar e propor soluções.

A elaboração de uma estratégia que acompanhe com eficiência os hipertensos na atenção primária irá fortalecer o vínculo dos usuários com a unidade e com os membros da equipe multiprofissional e conseqüentemente maior adesão dos hipertensos ao tratamento, proporcionando um atendimento integral, contemplando os aspectos biopsicossociais. Além disso, a organização do serviço prestado aos pacientes irá propiciar uma melhoria em todos os serviços de saúde, não restringindo apenas aos hipertensos, como também os diabéticos e os dislipidêmicos.

Em suma, a participação no curso de especialização da saúde da família contribuiu para melhorar a qualidade na assistência prestada à população do Alto da Boa vista, certificando a importância da equipe de saúde da família para a melhoria da qualidade de vida.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA C.; HAHN G.V. Percepção de profissionais da saúde sobre a utilização dos princípios da autonomia, justiça e equidade no processo de trabalho. **Rev. Destaques Acadêmicos**. 2010; 3(2): 37-50.

ARAÚJO G.B.S. GARCIA T. R. Adesão ao tratamento anti-hipertensivo: uma análise conceitual. **Rev. Eletr. Enf.** [Internet]. 2006;8(2):259-72. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/revista8_2/v8n2a11.htm>. Acesso em: 26 jan. 2014.

ARNHOLD, J; PANDA, M. D. J. Qualidade de vida dos indivíduos com diabetes mellitus e hipertensão acompanhados por uma equipe de Estratégia de Saúde da Família do município de Panambi, RS. **EFDeportes.com, Revista Digital**. Buenos Aires, Año 16, N° 159, Agosto de 2011. Disponível em: <<http://www.efdeportes.com>>. Acesso em: 27 out. 2013.

BANDEIRA, E.M.F.S.; PIMENTA, F.A.P.; SOUZA, M.C.; **Atenção À Saúde Do Idoso: Saúde em casa**. Belo horizonte, 2006.

BRASIL. Conferência Nacional de Saúde. **Relatório final da 10ª Conferência Nacional de Saúde**, Brasília – DF, 2 a 6 de setembro de 1996. Brasília: Ministério da Saúde, 1998. 98p. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_10.pdf>. Acesso em: 15 jan. 2014.

BRASIL. Consenso Brasileiro de Hipertensão Arterial. **Congresso Brasileiro de Hipertensão Arterial (III)**, Campos do Jordão, SP. 12 a 15 de fevereiro de 1998. Disponível em: <<http://departamentos.cardiol.br/dha/consenso3/consenso3.asp>>. Acesso em: 24 jan. 2014.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Cidades@Minas Gerais – Montes Claros**. [online], 2013. Disponível em <<http://cod.ibge.gov.br/3CU>>. Acesso em: 22 mar. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Grupo Hospitalar Conceição. Gerência De Saúde Comunitária. **A Organização do Cuidado às Pessoas com Hipertensão Arterial Sistêmica em Serviços de Atenção Primária à Saúde**. (2011) Disponível em: <<http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:j9I2kMMBozcJ:unasus.ufcspa.edu.br>> . Acesso em: 28 out. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM): protocolo/Ministério da Saúde**, Departamento de Atenção Básica. Área Técnica de Diabetes e Hipertensão Arterial – Brasília/MS, 96p, 2001. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd05_06.pdf>. Acesso em: 12 jan. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto para o Desenvolvimento da saúde. Universidade de São Paulo. **Atuação da equipe de enfermagem na hipertensão arterial**. in: Manual de Enfermagem, 2001.p.149.

BRASIL. Ministério da Saúde, **Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus: hipertensão arterial e diabetes mellitus**, Departamento de Ações Programáticas, Estratégias – Brasília: Ministério da Saúde, 102p, 2002. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/miolo2002.pdf>. Acesso em: 12 jan. 2014.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria nº 2488 de 21 de Outubro de 2011**. Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html. Acesso em: 24 jan. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistemas de Informações Ambulatoriais do SUS**. Disponível em <http://datasus.gov.br>. Acesso em: 22 de mar de 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB)**. Brasília: Ministério da saúde 2013. Disponível em siab.datasus.gov.br. Acesso em 30 mar. 2013.

CAMPOS, E. P. Contribuição da psicologia ao tratamento do hipertenso. **Folha Méd.**, v.113, n.2, p.153-156, 1996.

CAMPOS, F. C.; FARIA, H. P.; SANTOS, M. A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. 2 ed. Belo Horizonte: Ed. UFMG, 2010. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0273.pdf>. Acesso em: 23 ago. 2013.

CHOR, D. *et al.*, 1995. **Doenças cardiovasculares: panorama da mortalidade no Brasil**. In: Os Muitos Brasis – Saúde e População na Década de 80 (M. C. S. Minayo, org.), pp. 57-86, São Paulo: Editora Hucitec/Rio de Janeiro: Abrasco.

COORDENADORIA DA REDE DE HIPERTENSÃO E DIABETES DA SECRETARIA DE ESTADO DE MINAS GERAIS. **A Atenção Programada. 2012**. Disponível em: http://www.saude.mg.gov.br/politicas_de_saude/hiperdia-minas. Acesso em: 22 dez 2013

CORRÊA, E. J; VASCONCELOS, M.; SOUZA, M. S. L. **Iniciação à metodologia: textos científicos**. Belo Horizonte: Nescon/UFMG – Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, 2013. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1760.pdf>. Acesso em: 24 ago. 2013.

COSTA, S. M. *et al.* Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde: Perfil e Atuação Profissional dos Facilitadores de Microrregiões do Norte de Minas Gerais. **Revista Pró-universUS**, Vassouras, v. 2, n. 1, jan./jun., 2011, p. 75-82. Disponível em: http://www.uss.br/pages/revistas/revistaprouniversus/V2N12011/pdf/007_Plano_diretor_atencao_primaria_saude.pdf. Acesso em: 10 jan. 2014.

CRISTOVAM B.P; PORTO I.S; OLIVEIRA D.C; Gerência do cuidado de enfermagem em cenários hospitalares: a construção de um conceito. **Rev. Esc. Enferm. USP**. 2012; 3(46):734-741. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342012000300028>. Acesso em: 10 jan. 2014.

FERREIRA V.A; ACIOLI S. Prática de cuidado desenvolvida por enfermeiros na atenção primária em saúde: uma abordagem hermenêutico-dialética. **Rev. enferm. UERJ**. 2010, 4(18):530-5. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v18n4/v18n4a05.pdf>>. Acesso em: 10 jan. 2014.

FORTUNA C.M. *et al* . O trabalho de equipe no programa de saúde da família: reflexões a partir de conceitos do processo grupal e de grupos operativos. **Rev. latinoam. enferm.** 2005; 2(13):262-8. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692005000200020>. Acesso em: 12 jan. 2104.

FREITAS V. E. *et al.*. Peculiaridades na abordagem do idoso hipertenso. **Revista da SOCERJ**. v.15, 2002. p. 256-262. Disponível em: <http://sociedades.cardiol.br/socerj/revista/2002_04/a2002_v15_n04_art08.pdf>. Acesso em: 12 jan. 2014.

GRECO R.M. Ensinando administração em enfermagem através da educação em saúde. **Rev. bras. enferm.** 2004; 4(57):472-4. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v57n4/v57n4a26.pdf>>. Acesso em: 10 jan. 2014.

JARDIM, P. C. B. V. *et al*. Atendimento multiprofissional ao paciente hipertenso. **Medicina, Ribeirão Preto**, v. 29, n. 2/3, p. 232-238, abr./set. 1996. Apud ARAÚJO G.B.S.;GARCIA T. R. Adesão ao tratamento anti-hipertensivo: uma análise conceitual. *Rev. Eletr. Enf.* [Internet]. 2006;8(2):259-72. Disponível em: http://www.fen.ufg.br/revista/revista8_2/v8n2a11.htm. Acesso em: 12 jan. 2014.

LAMOSA, B. W. R. **Psicologia aplicada à cardiologia**. São Paulo: Lemos, 1998.

LOPES H.F. Hipertensão arterial. In: LOPES, A.C; AMATO NETO, V. **Tratado de Clínica Médica**. 1ª ed. São Paulo: Ed. Roca, 2006. pg.714-716.

MINAS GERAIS. Secretaria Estadual De Saúde Do Estado De Minas Gerais. **Atenção à Saúde do Adulto: hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus e doença renal crônica**. 3ªed. Belo Horizonte: SES/MG, 2013. Disponível em: <http://canalminassaude.com.br/2013/hipertensao2013/guia_tecnico.pdf>. Acesso em: 12 nov.2013.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais. **Implantação do Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde**. Oficina 1 - Redes de Atenção à Saúde. Guia do Tutor/Facilitador. Belo Horizonte: Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais, 2008. Disponível em: <http://www.esp.mg.gov.br/wp-content/uploads/2011/02/Oficina-1_tutor.pdf>. Acesso em: 12 dez. 2013.

MORAES, F. F. **Saúde e Qualidade de Vida**. Disponível em: <http://www2.correiodeuberlandia.com.br/texto/2010/04/20/44568/saude_e_qualidade_de_vida.html>. Acesso em: 28 out. 2013.

PEDROSA, R. P.; DRAGER, L. F. **Diagnostico e classificação da Hipertensão Arterial Sistêmica.** Disponível em:

<http://www.medicinanet.com.br/conteudos/revisoes/1430/diagnostico_e_classificacao_da_hipertensao_arterial_sistemica.htm>. Acesso em: 23.out. 2013.

PINHEIRO, P. **Causas de hipertensão arterial (pressão alta)** Disponível em:

<<http://www.mdsaude.com/2011/06/causas-pressao-alta-hipertensao.html#ixzz2AdectCmG>>. [postado em 16.jun.2011] Acesso em : 26 out. 2013.

PINHEIRO, P. **Hipertensão arterial de difícil controle** Disponível em:

<<http://www.mdsaude.com/2011/05/hipertensao-arterial-dificilcontrole.html#ixzz2AdmHY68u>>. Acesso em: 26. out 2013.

RIELLA, M C. **Princípios de Nefrologia e Distúrbios Hidroeletrólíticos.** Editora Guanabara, 2003.

ROSA, W. A. G; LABATE, R. C. **Programa Saúde da Família: a construção de um novo modelo de assistencial.** Revista Latino-am Enfermagem, nov.dez; 13: 1027-34, 2005.

Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13n6/v13n6a16.pdf>>. Acesso em: 5 jan.2014.

SANTOS J.L.G. *et al.* Práticas de enfermeiros na gerência do cuidado em enfermagem e saúde: revisão integrativa. **Rev. bras. enferm.** 2013; 66(2):257-263. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672013000200016&script=sci_arttext>. Acesso em: 10 jan.2014.

SANTOS M. *et al.* Padrão de passos de mulheres hipertensas de um programa estratégia de saúde da família (ESF) **R. bras. Ci. e Mov** 2011;19(1): Disponível em:

<<http://portalrevistas.ucb.br/index.php/RBCM/article/viewArticle/2083>>. Acesso em: 12 jan. 2014.

SAVIOLLI NETO, F. *et al.* **Envelhecimento e o sistema cardiovascular.** Manual de cardiogeriatrics. v.2, 2005. pp.17-20.

SIQUEIRA, L. B. *et al.* **Fatores que interferem na qualidade de vida de pacientes de um centro de referência em hipertensão arterial.** Disponível em:

<http://www.sbpcnet.org.br/livro/63ra/conpeex/pibic/trabalhos/LIZA_BAT.PDF>. Acesso em: 28. out.2013.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. VI Diretrizes de Hipertensão Arterial – DBH VI. **Rev Bras Hipertens** vol.17(1):7-10, 2010. Disponível em:

<http://www.anad.org.br/profissionais/images/VI_Diretrizes_Bras_Hipertens_RDHA_6485.pdf>. Acesso em: 24 out.2013.

SOUZA L.B. Práticas de educação em saúde no Brasil: a atuação da enfermagem. **Rev. enferm.** UERJ. 2008; 1(18):55-60. Disponível em:

<<http://www.facenf.uerj.br/v18n1/v18n1a10.pdf>>. Acesso em: 12 jan.2014.