

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

CILAS GALDINO JUNIOR

**GESTÃO OTIMIZADA DO ATENDIMENTO EM IDOSOS
HIPERTENSOS**

UBÁ – MINAS GERAIS

2016

CILAS GALDINO JUNIOR

**GESTÃO OTIMIZADA DO ATENDIMENTO EM IDOSOS
HIPERTENSOS**

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

Orientador: Prof. Edison José Corrêa

UBÁ – MINAS GERAIS

2016

CILAS GALDINO JUNIOR

**GESTÃO OTIMIZADA DO ATENDIMENTO EM IDOSOS
HIPERTENSOS**

Banca examinadora

Prof. Edison José Corrêa – orientador (UFMG)

Profa. Dra. Maria Rizioneide Negreiros de Araújo - UFMG.

Aprovado em Belo Horizonte, em: 21/10/ 2016

Dedico este trabalho à minha família.

AGRADECIMENTOS

Agradeço sinceramente a todos que, direta ou indiretamente, contribuíram para a realização deste trabalho. Em especial, à minha amiga Elisa, que não mediu esforços para ajudar na concretização deste estudo.

A vida de uma pessoa não é o que lhe acontece, mas aquilo que recorda e a maneira como o recorda. (Gabriel Garcia Marques, Viver para contar)

RESUMO

As pessoas idosas, mesmo as que apresentam boa saúde, debilitam-se com o passar do tempo devido às alterações fisiológicas que ocorrem. Com isso, surgem as limitações das funções do organismo, tornando-os cada vez mais predispostos à dependência para a realização do autocuidado, da autonomia e da qualidade de vida. A Hipertensão Arterial Sistêmica e o Diabetes Mellitus constituem os principais fatores de risco populacional para as doenças cardiovasculares, motivo pelo qual representam agravos de saúde pública, dos quais cerca de 60 a 80% dos casos podem ser tratados na rede básica. Este trabalho tem como objetivo geral apresentar uma proposta de intervenção sobre o problema gestão do atendimento à hipertensão arterial no idoso, assistido pela Equipe de Saúde da Família “Saúde para todos”, na zona rural de São João do Manhuaçu, em Minas Gerais. Foi feita uma revisão bibliográfica para subsidiar as ações do projeto de intervenção. Para alcançar o objetivo proposto, foi necessário enfrentar alguns “nós críticos”, que interferiam no processo de trabalho: (1) o baixo conhecimento, pela equipe de Saúde da Família das necessidades e carências da população idosa adscrita, (2) a necessidade de fluxo de atendimento continuado aos idosos, seguindo linhas guias do Ministério da Saúde, priorizando atendimento e solicitações de exames, visando à diminuição de complicações e (3) a dificuldade de implantação de rotina de visitas domiciliares aos idosos hipertensos e aos de recém-alta hospitalar. Para eles são propostas ações. Tais medidas vêm preencher grande lacuna de assistência à população de idosos e hipertensos, propiciando melhor qualidade de vida ao paciente ou mesmo minimizando sofrimentos e organizando a participação da família no cuidado, e o processo de trabalho da equipe.

Palavras-chave: Hipertensão. Saúde do Idoso. Estratégia Saúde da Família. Qualidade de vida.

ABSTRACT

Older people, even those with good health, weaken with the passage of time due to the physiological changes that occur. Thus, there are limitations of body functions, making them increasingly prone to dependence for performing self-care, autonomy and quality of life. Arterial Hypertension and Diabetes Mellitus are the main population risk factors for cardiovascular disease, for which represent public health diseases, of which about 60-80% of cases can be treated in the basic network. This work has as main objective to present a proposal for intervention on problem management of care for arterial hypertension in the elderly, assisted by Health Team Family "Health for All", in the countryside of São João do Manhuaçu, Minas Gerais. A literature review was made to support the actions of the intervention project. To achieve the proposed objective, it was necessary to face some "critical nodes" that interfered in the work process: (1) low knowledge, the Health Team family needs and deficiencies of the enrolled elderly population, (2) the need for flow continued elder care, following guidelines of the Ministry of Health, prioritizing care and examinations requests aimed at reducing complications and (3) the routine deployment difficulty in home visits to elderly hypertensive patients and newly discharged . For they are proposed actions. Such measures are filling big gap assistance to the population of elderly and hypertensive patients, providing better quality of life to the patient or even minimizing suffering and organizing family participation in care, and the team work process.

Keywords: Hypertension. Health of the Elderly. Family Health Strategy. Quality of life.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

COPASA	Companhia de Saneamento de Minas Gerais
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
SciELO	Scientific Electronic Library Online
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
DPOC	Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica
ESF	Estratégia Saúde da Família
MA	Microárea
PSF	Programa Saúde da Família
UBS	Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
Breves informações sobre o município de São João do Manhuaçu, Minas Gerais	10
O sistema municipal de saúde	10
A Equipe de Saúde da Família “Saúde para todos”, seu território e sua população	11
Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade	12
Priorização dos problemas	12
2 JUSTIFICATIVA	14
3 OBJETIVOS	15
4 METODOLOGIA	16
5 REFERENCIAL TEÓRICO	17
Estratégia Saúde da Família	17
Idoso: conceito, transição epidemiológica	17
Hipertensão arterial sistêmica	18
6 PLANO DE INTERVENÇÃO	21
Descrição do problema selecionado (terceiro passo)	21
Explicação do problema selecionado (quarto passo)	21
Seleção dos nós críticos (quinto passo)	22
Desenho das operações para resolução dos nós críticos (sexto passo)	22
7 CONCLUSÕES	26
REFERÊNCIAS	27

1 INTRODUÇÃO

Breves informações sobre o município de São João do Manhuaçu, Minas Gerais

De acordo com informações disponíveis no site do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), o município de São João do Manhuaçu, em Minas Gerais, possuía uma população em 2010 de 10.245 habitantes, distribuída em região urbana (4.806 pessoas) e rural (5.439 pessoas), entre os quais 5.214 são do sexo masculino, e 5.031 do sexo feminino. A estimativa para 2015 era de 11.153 habitantes (BRASIL, 2016a).

A comunidade da cidade é abastecida pela Companhia de Saneamento de Minas Gerais (COPASA). A zona rural opta por água de poço artesanal, denominada cisterna. As casas das famílias do município são providas por instalações sanitárias. O clima é do tipo tropical com chuvas durante o verão e com temperatura média anual de 21°C. O município está inserido na bacia do Rio Doce, sendo banhado pelo rio Manhuaçu (BRASIL, 2016a).

A economia do município é baseada em: indústrias metalúrgicas, fertilizantes, roupas, fraldas descartáveis, doces, agricultura (café, arroz e milho) e agropecuária (gados leiteiros e de corte, e suinocultura). Nota-se que pela forte dependência da cultura do café, a cidade, bem como sua economia, restringe seu crescimento ao período da colheita de café (BRASIL, 2016a).

São João do Manhuaçu conta com rede de ensino que se encontra sob a responsabilidade dos governos estadual e municipal (BRASIL, 2016a).

O sistema municipal de saúde

Atualmente, o sistema municipal de saúde contempla somente a atenção primária, com atendimento médico, de enfermagem, odontológico e farmacêutico. O sistema local de saúde planeja e executa programas de vacinação para crianças, gestantes e idosos. Distribui medicação básica e encaminhamentos para medicamentos especiais. As metas estipuladas pelo Ministério da Saúde referentes à cobertura

vacinal de crianças, idosos e gestantes, rastreamento para câncer de colo de útero e de mamas, e assistência pré-natal, são frequentemente cumpridas pela ESF.

O município promove transporte de doentes para outras cidades, realiza ações e eventos visando à prevenção, fornece medicamentos sem custos para pessoas carentes e para pessoas cadastrados em algum grupo, como hipertensos e diabéticos.

Atualmente o município conta com cinco unidades básicas de saúde, destinadas ao atendimento gratuito.

Uma das unidades básicas de Saúde (UBS) localizada no centro da cidade presta atendimento médico especializado (Clínico Geral, Pediatria, Ginecologia e Obstetrícia, Cirurgia Geral e Angiologia). Também oferece serviços de Fisioterapia, Nutrição, Psiquiatria e encaminhamentos para clínicas especializadas. As demais especialidades e níveis de atenção são referenciados para outros municípios (Belo Horizonte, Manhuaçu, Muriaé, Carangola, etc.), que prestam, juntamente com a unidade de origem, a atenção necessária ao paciente.

O município tem quatro equipes de Saúde da Família, uma no centro da cidade, uma no Bairro Monte Sinai e as outras duas na zona rural, sendo uma em Pontões e outra em São Sebastião da Vista Alegre. Nessa última atua a equipe do autor, Equipe de Saúde da Família “Saúde para todos”.

A Equipe de Saúde da Família “Saúde para todos”, seu território e sua população

A Equipe de Saúde da Família “Saúde para todos” atua na zona rural, integrada à Unidade Básica de Saúde “Amado dos Santos” do município de São João do Manhuaçu, em Minas Gerais.

A unidade de saúde é composta por um médico, uma enfermeira, um odontólogo, dois auxiliares de enfermagem, um auxiliar de consultório odontológico, seis agentes comunitários de saúde, uma auxiliar de serviços gerais. Atualmente atende 2.218 pessoas, distribuídas em 687 famílias, por microáreas (MA), da seguinte forma: MA 1= 110 famílias, MA 2= 115 famílias, MA 3= 108 famílias, MA 4= 134 famílias, MA 5=111 famílias e MA 6= 109 famílias.

Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade

Como primeiro passo, na definição dos problemas locais, registra-se a longa extensão territorial, a dificuldade de acesso, a falta de infraestrutura, do ponto de vista infraestrutural.

Do ponto de vista do processo de trabalho, a falta de parceria com a equipe do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e falta de organização da atenção a idosos com hipertensão arterial.

Na população adscrita, 273 pessoas são diagnosticadas e tratadas com Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), 49 com Diabetes Mellitus (DM), aproximadamente 35 são portadoras de Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC), 20 gestantes, 45 pessoas em acompanhamento especializado com Psiquiatra, e cerca de 10 pacientes estão em tratamento oncológico.

Esses são os principais problemas na área de saúde do território e todos necessitam de processos de intervenção, para sua resolução.

Priorização dos problemas

Campos; Faria e Santos (2010), quando abordam o Planejamento Estratégico Situacional (PES), citam três critérios de seleção que devem ser utilizados para analisar os problemas levantados, que são:

- A importância do problema na comunidade,
- O grau de urgência que a situação apresenta e
- A própria capacidade de enfrentamento do problema pela equipe.

O Quadro 1 mostra uma classificação/priorização dos problemas. O problema priorizado foi a carência no atendimento aos idosos portadores de hipertensão arterial sistêmica.

Quadro 1 - Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à equipe de Saúde “Saúde para Todos”, município de São João do Manhuaçu, estado de Minas Gerais

Problemas	Importância*	Urgência**	Capacidade de enfrentamento***	Seleção/ Priorização****
Dificuldade de acesso	Média	02	Fora	10
Falta de infraestrutura	Alta	04	Parcial	3
Longa extensão territorial	Média	02	Fora	9
Falta de parceria com a equipe do NASF	Alta	03	Parcial	2
Organização da atenção a idosos com hipertensão arterial	Alta	07	Total	1
Atenção a gestantes	Média	03	Parcial	6
Tratamento do <i>diabetes mellitus</i>	Média	03	Parcial	4
Acompanhamento da doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC)	Média	02	Parcial	7
Acompanhamento especializado em psiquiatria	Média	01	Parcial	8
Tratamento oncológico	Média	03	Parcial	5

*Alta, média ou baixa

**Total dos pontos distribuídos até o máximo de 30

***Total, parcial ou fora

****Ordenados considerando os três itens

2 JUSTIFICATIVA

O atendimento aos idosos hipertensos da área adscrita, após avaliação da rotina pela Estratégia Saúde da Família em que atuo, foi identificado como prioridade para um plano de intervenção, visto que há grande carência nesse atendimento.

Esse grupo de pacientes não conhece as complicações advindas desta patologia e a importância do autocuidado, da dieta adequada e da prática de exercícios físicos. Observei que esta população está à mercê de riscos, muitas vezes abandonados e vilipendiados pela família em suas necessidades, prestando-lhes, por vezes, um cuidado negligente. A Equipe de Saúde da Família, por sua vez, apresenta-se despreparada e não está organizada para prestar o cuidado integral ao qual o idoso tem direito.

Diante do exposto justifica-se a realização desta proposta de intervenção para melhorar ou amenizar esse quadro.

3 OBJETIVOS

São os seguintes os objetivos desse trabalho:

3.1 Geral

Apresentar uma proposta de intervenção sobre o problema hipertensão arterial no idoso assistido pela Equipe de Saúde da Família Saúde para Todos, na zona rural do município de São João do Manhuaçu, em Minas Gerais.

3.2 Específicos

Apresentar revisão da literatura nacional atualizada, com estudos relacionados ao atendimento de pacientes idosos e hipertensos.

Propor processo de educação permanente da equipe de saúde da família sobre necessidades e carências da população idosa adscrita.

Propor fluxos de atendimentos aos idosos seguindo linhas guias do Ministério da Saúde, priorizando o atendimento e as solicitações de exames.

Propor ações de rotina de visitas domiciliares aos idosos hipertensos e aos de recém-alta hospitalar; propor mecanismos de orientação a idosos hipertensos e suas famílias acerca da importância do autocuidado e prevenção de complicações advindas da hipertensão arterial.

4 METODOLOGIA

Para a definição dos problemas, priorização e proposta de plano de ação foi utilizado o Planejamento Estratégico Situacional, de acordo com os parâmetros apresentados na disciplina Planejamento e avaliação das ações em saúde (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010), do Curso de Especialização Estratégia Saúde da Família.

Para a pesquisa bibliográfica foram utilizados os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) (BRASIL, 2016b) Estratégia Saúde da Família, Saúde do Idoso, Hipertensão nas bases de dados LILACS, BVS e SciELO, em que foram selecionados artigos em português compreendidos no período de 2010 a 2015. Buscou-se por trabalhos publicados com explicações e descrições sobre o tema, com o intuito de melhor explanar o objeto de estudo. Em seguida os dados coletados foram analisados e interpretados, priorizando meios de responder ao problema levantado por este estudo.

Na elaboração do trabalho foram aplicadas as normas da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT), segundo a disciplina Iniciação à metodologia: textos científicos, do mesmo curso (CORRÊA; VASCONCELOS; SOUZA, 2013).

5 REFERENCIAL TEÓRICO

Para registro de bases conceituais ao tema proposto, uma revisão teórica é apresentada tomando como referências as palavras-chaves a ele relacionadas:

- Estratégia Saúde da Família
- Idoso: conceito, transição epidemiológica
- Hipertensão arterial sistêmica

Estratégia Saúde da Família

A Política Nacional de Atenção Básica tem na Saúde da Família sua estratégia prioritária para expansão e consolidação da atenção básica. A qualificação da Estratégia Saúde da Família e de outras estratégias de organização da atenção básica deverá seguir as diretrizes da atenção básica e do SUS, configurando um processo progressivo e singular que considera e inclui as especificidades locais regionais (BRASIL, 2012).

A Estratégia Saúde da Família visa à reorganização da atenção básica no País, de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde, e é tida pelo Ministério da Saúde e gestores estaduais e municipais, representados respectivamente pelo Conass e Conasems, como estratégia de expansão, qualificação e consolidação da atenção básica por favorecer uma reorientação do processo de trabalho com maior potencial de aprofundar os princípios, diretrizes e fundamentos da atenção básica, de ampliar a resolutividade e impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades, além de propiciar uma importante relação custo-efetividade (BRASIL, 2012).

Idoso: conceito, transição epidemiológica

De acordo com a Lei nº 8.842 de 04 de janeiro de 1994 que dispõe sobre a política nacional do idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências, em seu artigo 2º, considera-se idoso, para os efeitos desta lei, a pessoa maior de 60 anos de idade (BRASIL, 1994).

A Portaria nº 2.528 de 19 de outubro de 2006 cita que o Brasil envelhece de forma rápida e intensa. Conforme o IBGE (2000) a cada ano 650 mil novos idosos são incorporados à população brasileira (BRASIL, 2006). Uma importante consequência do aumento do número de pessoas idosas em uma população é que esses indivíduos provavelmente apresentam um maior número de doenças e/ou condições crônicas que requerem mais serviços sociais e médicos e por mais tempo (BRASIL, 2006).

Segundo a Política Nacional da Pessoa Idosa (BRASIL, 2006) o envelhecimento populacional é definido como a mudança na estrutura etária da população, o que produz um aumento do peso relativo das pessoas acima de determinada idade, considerada como definidora do início da velhice. No Brasil é definida como idosa a pessoa que tem 60 anos ou mais idade (BRASIL, 2006).

Com o aumento significativo da população idosa, que vem ocorrendo atualmente, acreditamos que os profissionais de saúde (principalmente aqueles que atuam na atenção básica), devem estar cada vez mais preparados para a atenção aos mesmos. É o que nos diz Marin e Angerami (2002):

A preocupação com a velhice, apesar de constituir-se em questão antiga, vem aumentando no mundo todo nos últimos decênios devido à constatação do aumento da média de vida da população, atribuída às melhores condições sanitárias, à profilaxia de doenças, ao surgimento de novas drogas e ao planejamento familiar (MARIN; ANGERAMI, 2002, *online*).

Hipertensão arterial sistêmica

De acordo com a linha guia do Ministério da Saúde (BRASIL, 2001), a “Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e o Diabetes Mellitus (DM) constituem os principais fatores de risco populacional para as doenças cardiovasculares, motivo pelo qual representam agravos de saúde pública, dos quais cerca de 60 a 80% dos casos podem ser tratados na rede básica” (BRASIL, 2001, p.11).

A HAS é definida como uma pressão arterial sistólica maior ou igual a 140 mmHg e uma pressão arterial diastólica maior ou igual a 90 mmHg, em indivíduos que não

estão fazendo uso de medicação anti-hipertensiva (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

Atualmente a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) acomete grande parte da população brasileira. De acordo com informações obtidas nas VI Diretrizes Brasileiras de Cardiologia (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010, *online*), “o Brasil figura no sexto lugar entre os países com a mais alta taxa de morte por doenças cardíacas, infartos do miocárdio e hipertensão arterial, entre homens e mulheres de 35 a 74 anos”.

Segundo Tavares *et al.* (2013, p. 2), “vários fatores podem contribuir para a ocorrência da HAS, aqueles considerados não modificáveis como a herança genética, a idade, o sexo e a etnia, e os modificáveis como grande ingestão de sal, estresse, o sedentarismo, bebidas alcoólicas, tabagismo, dentre outros”.

Os fatores relacionados com a HAS podem ser classificados em modificáveis e não modificáveis. Herança genética, idade, sexo e etnia são considerados fatores não modificáveis e ingestão excessiva de sal, estresse, sedentarismo, uso de álcool e tabagismo são os principais fatores modificáveis.

Atualmente cabe à atenção básica, através das unidades de Estratégia Saúde da Família (ESF), o acompanhamento destes pacientes, bem como o controle e manutenção dos níveis pressóricos. De acordo com Barreto e Marcon (2013, *online*), “estimativas apontam que dois terços das pessoas regularmente tratadas em serviços básicos de saúde não mantêm a pressão arterial em níveis desejáveis”.

O controle da hipertensão arterial não é tarefa fácil, pois, seu caráter crônico-insidioso da hipertensão e a não adesão ao tratamento tornam seu tratamento difícil. Cerca de 30% desenvolvem acidente vascular encefálico e 70%, insuficiência cardíaca congestiva, agravos que acarretam novas hospitalizações.

Cabe, portanto, à equipe de saúde da Estratégia Saúde da Família conhecer o perfil dos indivíduos com hipertensão arterial sistêmica, em seu território, os que necessitaram de hospitalização e os fatores de risco existentes, para melhor planejamento e a implementação de ações mais efetivas no controle da doença, com consequente diminuição de hospitalizações e complicações (BARRETO; MARCON, 2013, *online*).

Com o objetivo de diminuir os riscos e agravos relacionados a esta doença, o Ministério da Saúde sugeriu a classificação de risco do paciente portadores de HAS e/ou Diabetes Mellitus (Quadro 2).

Quadro 2 - Classificação diagnóstica da hipertensão arterial de maiores de 18 anos

Pressão diastólica (mmHg) arterial PAD	Pressão sistólica (mmHg) arterial PAS	Classificação
Menor que 85	Menor que 130	Normal
85 a 89	130 a 139	Normal limítrofe
90 a 99	140 a 159	Hipertensão leve (estágio 1)
100 a 109	160 a 179	Hipertensão leve (estágio 2)
Maior ou igual a 110	Maior ou igual a 180	Hipertensão leve (estágio 3)
Menor que 90	Maior ou igual a 140	Hipertensão sistólica (isolada)

Fonte: Brasil, 2001

6 PLANO DE INTERVENÇÃO

Para Campos; Faria e Santos (2010), o plano de intervenção é um instrumento que possibilita a negociação em relação aos objetivos a serem alcançados para resolver um problema vivenciado pela equipe de saúde no atendimento da demanda. É constituído por passos sequenciais respaldados pelo Planejamento Estratégico Situacional (PES), dos quais dois já foram relatados – estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade, e priorização dos problemas. O problema priorizado pelo trabalho foi a carência no atendimento aos idosos portadores de hipertensão arterial sistêmica. Antes de iniciar sua abordagem deve-se considerar a viabilidade da equipe de gerenciar o plano para obter os resultados desejados.

Descrição do problema selecionado (terceiro passo)

A área abrangida pela unidade possui um número considerável de pacientes portadores de hipertensão arterial sistêmica (HAS), sendo a grande maioria de idosos, o que requer uma atenção mais especial. Na comunidade de São Sebastião da Vista Alegre (zona rural do município de São João do Manhuaçu) aproximadamente 375 pessoas são portadoras de HAS.

Explicação do problema selecionado (quarto passo)

A assistência oferecida ao paciente idoso portador de hipertensão arterial, na área de abrangência da Equipe de Saúde da Família “Saúde para todos”, é realizada de forma precária em relação ao protocolo do Ministério da Saúde. Muitos idosos não têm condições até mesmo para realizar cuidados considerados básicos como tomar os medicamentos sozinhos, alimentação e realizar atividades rotineiras devido ao seu grau de fragilidade. Além disso, quem normalmente assume a continuidade dos cuidados é algum membro da família do idoso. A família desconhece os procedimentos que tem que ser realizados com o idoso e nos cuidados necessários estão totalmente equivocados. O idoso começa a ser descuidado não por negligência da família, mas por falta de informação e até mesmo por falta de estrutura da família e recursos financeiros.

Seleção dos nós críticos (quinto passo)

Após a análise das principais causas, são selecionadas aquelas que precisam ser enfrentadas, denominadas de nós críticos, definido como

[...] 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; FARIAS; SANTOS, 2010, p.65).

Posso concluir que existem causas geradoras do problema (nós críticos):

- Baixo conhecimento, pela equipe de Saúde da Família das necessidades e carências da população idosa adscrita.
- Necessidade de fluxo de atendimento continuado aos idosos, seguindo linhas guias do Ministério da Saúde, priorizando atendimento e solicitações de exames, visando à diminuição de complicações.
- Dificuldade de implantação de rotina de visitas domiciliares aos idosos hipertensos e aos de recém-alta hospitalar.

Desenho das operações para resolução dos nós críticos (sexto passo)

Campos; Faria e Santos (2010, p.70), descrevem que, como podemos enfrentar os nós críticos, devem-se definir operações ou projetos para cada nó crítico, com os resultados e produtos esperados, além dos recursos necessários para realização (Quadros 3, 4 e 5).

Quadro 3 – Operações sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema “gestão do atendimento na hipertensão arterial nos idosos”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família “Saúde para todos”, no município de São João do Manhuaçu, estado de Minas Gerais

Nó crítico 1	Baixo conhecimento pela equipe de Saúde da Família das necessidades e carências da população idosa adscrita.
Projeto	Estudando a população idosa
Operação	Conhecer as necessidades e carências da população idosa portadora de hipertensão arterial.
Resultados esperados	Melhoria da qualidade de vida da população idosa e portadora de hipertensão arterial.
Produtos esperados	100% de cobertura aos idosos
Recursos necessários	Estrutural: Treinamento da equipe para coleta de dados. Cognitivo: Campanhas educacionais sobre Saúde do Idoso. Financeiro: Político: Apresentação do programa de gestão de idosos e hipertensos para as lideranças municipais e resultados esperados.
Recursos críticos	Estrutural: A unidade não tem acomodações para gerenciamento de novas atividades. Cognitivo: Insumos e tecnologia não disponíveis na unidade. Financeiro: Político:
Controle dos recursos críticos: ator que controla/ Viabilidade	Estrutural: Profissionais de nível superior Cognitivo: A equipe de Saúde da Família capacitada Financeiro: Político: Parceria com a Secretaria Municipal de Saúde
Ação estratégica	Coleta de dados da população alvo
Responsáveis pelo projeto:	Equipe de Saúde “Saúde para todos”
Prazo de início para o projeto	Imediato
Gestão, acompanhamento e avaliação	A ESF iniciará, imediatamente, a coleta de dados descrevendo a situação atual, para a tomada de decisões destinadas ao público alvo, estipulando o prazo de início das intervenções.

Quadro 4 – Operações sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema “gestão do atendimento na hipertensão arterial nos idosos”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família “Saúde para todos”, no município de São João do Manhuaçu, estado de Minas Gerais

Nó crítico 2	Necessidade de fluxo de atendimento continuado aos idosos, seguindo linhas guias do Ministério da Saúde, priorizando atendimento e solicitações de exames, visando à diminuição de complicações.
Projeto	Fluxo de atendimento
Operação	Promover atendimento continuado aos idosos hipertensos e aos que possuem fatores de risco para hipertensão a fim de reduzir as complicações.
Resultados esperados	Pacientes hipertensos apresentando estabilidade em sua condição.
Produtos esperados	Melhoria da qualidade de vida dos idosos através do controle dos níveis pressóricos e trabalhar a conscientização da prevenção dos que não são hipertensos.
Recursos necessários	Estrutural: Elaboração de agenda de atendimento. Cognitivo: Educação Continuada acerca das complicações causadas pela hipertensão. Políticos: Apresentar o projeto à Secretaria Municipal de Saúde.
Recursos críticos	Estrutural: Disponibilidade de tempo dos profissionais para o cumprimento da agenda estipulada. Cognitivo: Divulgação do cronograma de atendimento. Político: Divulgação junto à secretaria.
Controle dos recursos críticos: Viabilidade	Estrutural: Profissionais de nível superior Cognitivo: A equipe de Saúde da Família capacitada Financeiro: Político: Parceria com a Secretaria Municipal de Saúde
Ação estratégica	Conscientização da população e da equipe, para a execução do cronograma elaborado.
Responsáveis pelo projeto:	Equipe de Saúde “Saúde para todos” e a população alvo.
Prazo de início para o projeto	Após a coleta e análise dos dados, e elaboração do cronograma
Gestão, acompanhamento e avaliação	Após a coleta de dados, a equipe elaborará uma agenda de atendimento à população alvo, buscando o atendimento contínuo para a redução das complicações.

Quadro 5 – Operações sobre o “nó crítico 3” relacionado ao problema “gestão do atendimento na hipertensão arterial no idosos”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família “Saúde para todos”, no município de São João do Manhuaçu, estado de Minas Gerais

Nó crítico 3	Dificuldade de implantação de rotina de visitas domiciliares aos idosos hipertensos e aos de recém-alta hospitalar
Projeto	Visitas domiciliares aos idosos.
Operação	<p>Criar cronograma de visitas a idosos de recém-alta hospitalar e para processos educativos.</p> <p>Orientar idosos hipertensos e suas famílias acerca da importância do autocuidado e prevenção de complicações advindas da hipertensão arterial.</p>
Resultados esperados	Atualização do tratamento ao idoso promovendo maior adesão ao tratamento.
Produtos esperados	Aperfeiçoamento da conduta destinada aos idosos hospitalizados.
Recursos necessários	<p>Estrutural: Disponibilização de veículos para atender através de visitas domiciliares.</p> <p>Cognitivo: Capacitação da equipe.</p> <p>Financeiro: Custos dos veículos.</p> <p>Políticos: Apresentar planilhas com os resultados.</p>
Recursos críticos	<p>Estrutural: Presença de veículos disponíveis.</p> <p>Cognitivo: Aperfeiçoar e divulgar o cronograma de visitas.</p> <p>Financeiro: Diminuição de custos em internação e exames complexos.</p>
Controle dos recursos críticos: Viabilidade	<p>Estrutural: Motoristas e equipe de ESF.</p> <p>Cognitivo: Equipe capacitada.</p> <p>Financeiro: Secretário Municipal de Saúde.</p> <p>Político: Parceria com a Secretaria Municipal de Saúde.</p>
Ação estratégica	Divulgação e conscientização junto à população.
Responsáveis pelo projeto:	Equipe de Saúde “Saúde para todos”, Secretaria Municipal de Saúde e a população alvo.
Prazo de início para o projeto	A partir do surgimento de novos casos de alta hospitalar de idosos.
Gestão, acompanhamento e avaliação	A equipe elaborará uma planilha de visitas domiciliares a partir da descoberta de idosos recém-hospitalizados, buscando a melhoria no cuidado dos idosos, com o objetivo de diminuir gastos com futuras internações.

7 CONCLUSÕES

Este trabalho mostrou que há uma grande necessidade de capacitar cuidadores e familiares no cuidado de idosos hipertensos. Necessita também de uma equipe multidisciplinar, que tenha como objetivo os múltiplos aspectos, como a saúde, qualidade de vida do idoso, no seu contexto social, considerando principalmente a sua família.

É preciso conhecer as necessidades do idoso no ambiente familiar, envolvendo apoio emocional, físico e bem estar. O cuidado com os idosos deve ser dobrado, tendo em vista que são mais vulneráveis às enfermidades (comorbidades). É necessária uma mudança de valores com uma maior humanização dos profissionais da saúde, bem como dos familiares envolvidos.

Com a implantação do projeto, espera-se uma equipe mais consciente e comprometida com o cuidado do idoso hipertenso, com as orientações que são passadas para os cuidadores e/ou familiares de forma clara, com disponibilidade no acompanhamento a esta população.

Este trabalho é de grande relevância, pois possibilitará aos profissionais da equipe de saúde estratégias de abordagem ao paciente idoso hipertenso e seus familiares e/ou cuidadores, envolvendo-os no processo de cuidar.

REFERENCIAS

BARRETO, M.S.; MARCON, S.S. Hospitalização por agravos da hipertensão arterial em pacientes da atenção primária. **Acta paul. enf.**, v. 26, n.4, p. 313, 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002013000400003. Acesso em: 15 jan. 2016.

BRASIL. Lei nº 8.842, de 04 de janeiro de 1994. Dispõe sobre a política nacional do idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8842.htm. Acesso em: 31 ago. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Hipertensão arterial sistêmica (HAS) e Diabetes mellitus (DM): protocolo**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd05_06.pdf. Acesso em: 15 jan. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 2.528**, de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt2528_19_10_2006.html. Acesso em: 31 ago. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>. Acesso em: 9 jul. 2016.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **IBGE Cidades@. Minas Gerais. São João do Manhuaçu**. Brasília, [online], 2016a. Disponível em: <http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=316255&search=||infogr%E1ficos:-informa%E7%F5es-completas>. Acesso em: 15 jan.2016.

BRASIL. Biblioteca Virtual em Saúde. **Descritores em Ciências da saúde**. Brasília, [online], 2016b. Disponível em: <http://decs.bvs.br>. Acesso em: 15 jan. 2016.

CAMPOS, F.C.C.; FARIA H. P.; SANTOS, M.A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. 2ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010. Disponível em: https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/Planejamento_e_avaliacao_das_acoes_de_saude_2/3. Acesso em: 15 jan. 2016.

CORRÊA, E. J.; VASCONCELOS, M.; SOUZA, S. L. **Iniciação à metodologia:** textos científicos. Belo Horizonte: Nescon UFMG, 2013. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/Modulo/3>. Acesso em: 15 jan. 2016.

MARIN, M. J. S.; ANGERAMI, E.L.S. Caracterização de um grupo de idosas hospitalizadas e seus cuidadores visando o cuidado pós-alta hospitalar. **Rev.esc. enferm. USP**. v. 36, n.1, 2002. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342002000100006. Acesso em: 15 jan. 2016

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA / Sociedade Brasileira de Hipertensão / Sociedade Brasileira de Nefrologia. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Arq Bras Cardiol**. v. 95, (1 supl.1), p. 1-51, 2010. Disponível em: http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2010/Diretriz_hipertensao_associados.pdf. Acesso em: 15 jan. 2016.

TAVARES, D. M. S. *et al.* Características sociodemográficas e qualidade de vida de idosos com hipertensão arterial sistêmica que residem na zona rural: importância do papel do enfermeiro. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. v. 21, n.2, p.522, mar.-abr. 2013. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext & pid =S0104-11692013000200515](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692013000200515). Acesso em: 20 jun. 2015.