

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

MARCELA GUIMARÃES TAKAHASHI DE LAZARI

**PLANO DE INTERVENÇÃO PARA ACOMPANHAMENTO DE USUÁRIOS
PORTADORES DE HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA**

BELO HORIZONTE - MINAS GERAIS

2013

MARCELA GUIMARÃES TAKAHASHI DE LAZARI

**PLANO DE INTERVENÇÃO PARA ACOMPANHAMENTO DE USUÁRIOS
PORTADORES DE HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA**

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

Orientador: Professor Edison José Corrêa

BELO HORIZONTE - MG

2013

MARCELA GUIMARÃES TAKAHASHI DE LAZARI

**PLANO DE INTERVENÇÃO PARA ACOMPANHAMENTO DE USUÁRIOS
PORTADORES DE HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA**

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

Orientador: Professor Edison José Corrêa

Banca Examinadora:

Prof. Edison José Corrêa - UFMG

Profa. Dra. Maria Rizoneide Negreiros de Araújo - UFMG

Aprovado em Belo Horizonte, em 19/07/2013

AGRADEÇO

A Deus, meu grande mestre, fonte de tudo que preciso, por mais uma conquista!

Aos amigos e colegas da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, pela oportunidade de aprendizado e crescimento profissional.

Aos Professores e toda equipe integrante do Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família NESCON/UFMG, pela organização, dedicação, empenho e conhecimentos compartilhados com os alunos.

Aos profissionais do Centro de Saúde Glória, ESF-6, em especial à Enfermeira e colega de Curso Priscilla Malta Prado Melo, pela grande colaboração. A ajuda de vocês foi indispensável!

Ao meu orientador, professor Edison José Corrêa, pela disponibilidade, atenção, incentivo e pelas sugestões tão importantes para a realização deste trabalho.

Ao meu esposo, Saulo Augusto de Lazari Santos, por estar ao meu lado em todos os momentos, manifestando seu amor pela compreensão, paciência e incentivo.

Aos meus familiares pelo carinho e apoio.

“Agir, eis a inteligência verdadeira. Serei o que quiser. Mas tenho que querer o que for. O êxito está em ter êxito, e não em ter condições de êxito. Condições de palácio tem qualquer terra larga, mas onde estará o palácio se não o fizerem ali?”

Fernando Pessoa

RESUMO

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é um problema grave no Brasil e no mundo, o que se traduz em grande desafio para os serviços de saúde. É o principal fator de risco para as complicações como acidente vascular cerebral e infarto agudo do miocárdio, além da doença renal crônica terminal. Diante disso, este trabalho teve como objetivo elaborar um plano de intervenção para reorganizar a agenda da Equipe de Saúde da Família 6 (ESF-6), do Centro de Saúde Glória, em Belo Horizonte, para o acompanhamento dos portadores de hipertensão arterial, de forma mais efetiva e conforme protocolo institucional. Trata-se de uma proposta de intervenção, construída a partir de três etapas: diagnóstico situacional, revisão de literatura e elaboração de um plano de ação pelo método do Planejamento Estratégico em Saúde. Foram considerados como nós críticos do problema “baixo acompanhamento dos hipertensos conforme protocolo da Secretaria Municipal de Saúde”, da Prefeitura Municipal de Belo Horizonte, os seguintes: agendas desorganizadas, inexistência de atividades coletivas (grupos) para hipertensos e necessidade de educação permanente dos profissionais de saúde. Para eles são propostos os projetos que, em seu conjunto, constituem o projeto de intervenção: Projeto Agenda ESF-6, Projeto Conhecer e Viver Bem e Projeto Aprendendo Sempre. Espera-se que este trabalho auxilie a ESF-6 na busca de uma assistência cada vez mais qualificada. Assim, a tendência será a diminuição das taxas de morbimortalidade por doenças desencadeadas pela HAS, realização de novas buscas ativas, realização de ações de promoção da saúde, sem deixar de considerar, também, a otimização de recursos financeiros (com tratamento, internações, complicações da doença).

Palavras chaves: Agendamento de consultas. Atenção Primária à Saúde. Hipertensão. Necessidades e Demandas de Serviços de Saúde. Planejamento em Saúde. Planejamento em Saúde Comunitária. Técnicas de Planejamento.

ABSTRACT

High blood pressure (HBP) is a serious problem in Brazil and the world, which translates into major challenge for health services. It is the main risk factor for complications such as stroke and myocardial infarction, as well as chronic kidney disease. Thus, this study aimed to develop an intervention plan to reorganize the agenda of the Family Health Team 6 (ESF-6), the Centro de Saúde Glória in Belo Horizonte, for monitoring of patients with hypertension, more effectively and according to institutional protocol. This is a proposal for intervention, constructed from three steps: situational analysis, literature review and drafting of an action plan by the method of Strategic Planning in Health were considered as critical nodes of the problem "as low monitoring of hypertensive protocol of the Municipal health, the Municipality of Belo Horizonte, the following: disorganized schedules, lack of collective activities (groups) for hypertension and need for continuing education of health professionals. For they are proposed projects that, taken together, constitute the intervention project: Project Schedule ESF-6, Design Knowing and Living Well and Learning Project Ever. It is hoped that this work will assist the ESF-6 in the quest for an increasingly educated. Thus, the tendency will be to reduce the rates of morbidity and mortality from diseases triggered by hypertension, accomplishment of new active pursuits, conducting activities to promote health, while also consider the optimization of financial resources (with treatment, hospitalizations, complications the disease).

Key words: Appointments and Schedules. Primary health care. Hypertension. Health services needs and demand. Community health planning. Planning techniques.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

- Figura 1** Relações observadas na estrutura municipal de saúde de Belo Horizonte.
- Figura 2** Árvore do problema “pouco acompanhamento dos hipertensos conforme protocolo da Secretaria Municipal de Saúde – Prefeitura Municipal de Belo Horizonte”.
- Gráfico 1** Mortalidade proporcional (%) segundo os grupos de causa de óbito (CID-10)* - Brasil, 2000, 2005 e 2010.
- Gráfico 2** Pirâmide etária de Belo Horizonte, 1991, 2000, 2009.
- Gráfico 3** Atividades que compõem a agenda da Enfermeira ESF-6.
- Gráfico 4** Atividades que compõem a agenda da Médica Generalista ESF-6.
- Quadro 1** Classificação de hipertensão arterial sistêmica.
- Quadro 2** Fatores de risco para doenças cardiovasculares.
- Quadro 3** Lesões de órgão-alvo e condições clínicas associadas.
- Quadro 4** Estratificação de risco cardiovascular global.
- Quadro 5** Decisão terapêutica de acordo com estágios de hipertensão arterial.
- Quadro 6** Rotina de acompanhamento do hipertenso no Centro de Saúde.
- Tabela 1** População segundo a faixa etária e microáreas na área de abrangência da Equipe Lua de Saúde da Família, Centro de Saúde Glória/Regional Noroeste. Belo Horizonte. Ano 2011.
- Tabela 2** População segundo comorbidades/estado de saúde e microáreas na área de abrangência da Equipe Lua de Saúde da Família, Centro de Saúde Glória/Regional Noroeste. Belo Horizonte. Ano 2011.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AA	Área de Abrangência
ACS	Agente(s) Comunitário(s) de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
CS	Centro(s) de Saúde
DCNT	Doença(s) Crônica(s) não Transmissível(eis)
ESF	Estratégia de Saúde da Família
ESF-6	Equipe de Saúde da Família 6
GEAS	Gerência de Assistência
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IVS	Índice de Vulnerabilidade à Saúde
MS	Ministério da Saúde
Nescon	Núcleo de Educação em Saúde Coletiva
PA	Pressão arterial
PMBH	Prefeitura Municipal de Belo Horizonte
PES	Planejamento Estratégico em Saúde
SF	Saúde da Família
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SMSA	Secretaria Municipal de Saúde
SVS	Secretaria de Vigilância do Ministério da Saúde
SUS-BH	Sistema Único de Saúde de Belo Horizonte
TCC	Trabalho de Conclusão de Curso
UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	11
	1.1. O território de Belo Horizonte	
	1.2. Diagnóstico situacional de saúde	
2	JUSTIFICATIVA	17
3	OBJETIVOS	18
4	METODOLOGIA	19
5	REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	20
	5.1. Hipertensão arterial sistêmica: aspectos conceituais e epidemiológicos	
	5.2. A hipertensão arterial sistêmica no cenário atual de Belo Horizonte	
	5.3. Desafios no processo de acompanhamento de usuários hipertensos	
6	PLANO DE AÇÃO	35
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	41
	REFERÊNCIAS	42

1 INTRODUÇÃO

Em 1897, Belo Horizonte foi inaugurada como capital de Minas Gerais, ocupando área de 331,4 km² (BRASIL, 2013 a). Segundo o IBGE (BRASIL, 2013 b), a cidade possui uma população de 2.375.151 habitantes, embora o projeto inicial fosse para abrigar 200 mil moradores.

O território de Belo Horizonte

O município de Belo Horizonte (BH) é subdividido em nove regiões administrativas, com o intuito de descentralizar a gestão e planejamento do município. Estas áreas coincidem com nove distritos sanitários: Barreiro, Centro Sul, Leste, Nordeste, Noroeste, Norte, Oeste, Pampulha e Venda Nova.

Com a intenção de implementar a Estratégia Saúde da Família (ESF), em 1998, a Secretaria Municipal de Saúde (SMSA) de BH criou o “Índice de Vulnerabilidade à Saúde” (IVS), como “Indicador de Risco”. Com o IVS foi possível estratificar a população em quatro categorias de risco de adoecer e morrer: risco muito elevado (7%), risco elevado (27%), risco médio (38%) e risco baixo (28%). Vale ressaltar que os percentuais referem-se às novas definições do IVS, de 2003, correspondendo à população geral de BH.

O IVS associa indicadores de base populacional do IBGE, tais como moradia e renda, com indicadores da saúde, como mortalidade infantil, relacionado diretamente à atenção materno-infantil e identifica no território grupos sociais distintos, permitindo evidenciar as desigualdades no perfil epidemiológico desses grupos. E a partir do cadastramento e diagnóstico da população de um determinado território, é possível planejar e programar as ações assistenciais e de prevenção, levando-se em consideração dados epidemiológicos, como a prevalência e incidência de doenças (BELO HORIZONTE, 2011, p.20).

Em fevereiro de 2002, foram implantadas as primeiras equipes de Saúde da Família (SF) em Belo Horizonte. A partir de então a Estratégia Saúde da Família se tornou a política adotada para a Atenção Primária à Saúde do município, que marcando o

início de muitos avanços trouxe, também, desafios para a Rede de Atenção à Saúde.

O processo de implantação da Estratégia de Saúde da Família no município de Belo Horizonte trouxe vários avanços: incremento de recursos humanos; reorganização do processo de trabalho; mudança na forma de abordagem da população usuária; diversificação da oferta de ações de promoção da saúde nos CS; ampliação do acesso aos serviços de saúde, em especial da população adulta, com a configuração da atenção básica como porta de entrada - não a única, mas a principal - para o sistema de saúde municipal; identificação da população dependente de cuidados domiciliares, que antes era invisível aos centros de saúde, com ampliação da atenção prestada nos domicílios pelos diversos profissionais da ESF; aumento na complexidade do cuidado médico e de enfermagem, não sendo raros usuários com problemas de saúde complexos, ou em observação, ou mesmo em crises agudas sob os cuidados das equipes; estabilização de boa parte das equipes e consequente ampliação do vínculo entre a população e os centros de saúde; responsabilização das equipes e possibilidade de se prestar cuidado continuado. Decorre daí, certamente, o reconhecimento pela população usuária da melhoria dos serviços.

Por outro lado, a implantação da Estratégia de SF em Belo Horizonte desnudou questões amplas e delicadas: a violência de todos os matizes, a pobreza extrema e outras dificuldades da vida familiar. As equipes dos centros de saúde se deslocaram até as comunidades, aproximaram-se da realidade da população e, agora, têm que aprender a mobilizar novos atores e parceiros. Na verdade, como se trata da prestação de um serviço universal e de portas abertas, o sistema de saúde vem assumindo responsabilidades que extrapolam seu campo de atuação. Isto exige cada vez mais a articulação com o conjunto das políticas públicas sociais e urbanas.

Apesar de todos os investimentos na melhoria de infraestrutura por meio de reformas e construções de novos centros de saúde, aquisição de instrumentais, equipamentos e mobiliário, os equipamentos e insumos não foram adequadamente dimensionados para a ampliação da atenção e para o modelo proposto. Muitas áreas físicas ainda são inadequadas e em número insuficiente para o desenvolvimento das atividades das equipes em áreas de abrangência bastante extensas. Há grande número de trabalhadores e equipes no mesmo centro de saúde, dificultando o gerenciamento, o processo de trabalho, o acesso da população e, conseqüentemente, a qualidade do atendimento (TURCI, 2008, p. 37-38).

Além dos desafios já citados, existe a dificuldade de estabilização das equipes de SF, não superada com a abertura de concursos públicos para seus cargos e a conclusão da implantação das equipes. A rotatividade dos profissionais, principalmente de profissional médico, acontece por motivos como: grande

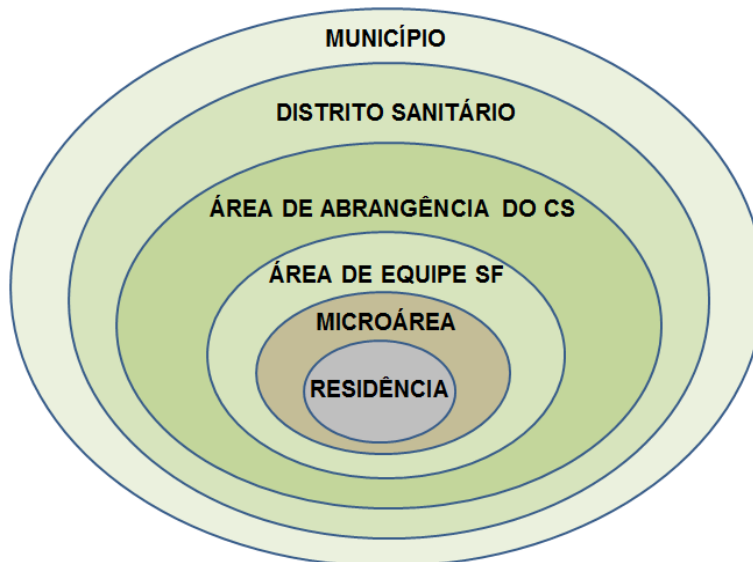
competição entre os municípios que expandiram suas redes de saúde, oferecendo novas possibilidades de trabalho para os profissionais; o insuficiente quadro de oferta de profissionais com formação, perfil e interesse na área; e, no caso dos médicos, nota-se que esta oferta muitas vezes é uma opção profissional temporária. Quanto aos profissionais enfermeiros, auxiliares de enfermagem ou agentes comunitários de saúde, também enfrentam dificuldades de adaptação à proposta da Saúde da Família. Tal realidade aponta grande necessidade de fortalecimento da prática da medicina de família, de sua especialidade e da valorização profissional e social (TURCI, 2008).

Atualmente, a Rede de Atenção do Sistema Único de Saúde de Belo Horizonte (SUS-BH) é formada por diversos pontos assistenciais, tais como: nove centros de especialidades médicas regionais, seis unidades de referência secundária, sete centros de referência em saúde mental, um centro de referência em álcool e drogas, um centro de referência em saúde mental infantil, nove centros de convivência, três centros de referência em reabilitação, oito unidades de pronto atendimento, treze hospitais públicos, doze hospitais filantrópicos e oito hospitais privados, cinco laboratórios distritais, um laboratório municipal de patologia clínica. Vale destacar que os centros de saúde são equipamentos complexos que ofertam diversos serviços para a população, organizados a partir de equipes de SF (TOSTES *et al.*, 2012).

O município conta em janeiro de 2013 com 578 equipes de SF, distribuídas em 147 centros de saúde (CS), tendo uma cobertura de 81% da população. Além das equipes de SF, a rede municipal possui 284 equipes de Saúde Bucal, 58 equipes de Saúde Mental, 50 polos de Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e 51 unidades de Academias da Cidade (BELO HORIZONTE, 2013).

Diante da estrutura apresentada, a organização territorial estabelecida na SMSA/PMBH acontece de acordo com as necessidades e possibilidades das práticas de intervenção. São utilizadas as subdivisões mostradas na Fig. 1.

Figura 1 - Relações observadas na estrutura municipal de saúde de Belo Horizonte.



Fonte: Adaptado do esquema de Belo Horizonte (2008), p. 24.

No período entre fevereiro de 2009 e março de 2013 atuei na Assessoria da Gerência de Assistência (GEAS) da SMSA/PMBH, onde é realizada a gestão, em nível central, dos serviços de APS do município. A GEAS é uma gerência grande e complexa, formada por diversas coordenações. São elas: Saúde da Mulher, Saúde da Criança e do Adolescente, Saúde do Adulto e Idoso, Saúde Bucal, Saúde Mental, Saúde Sexual e Reprodutiva - DST/AIDS, Reabilitação e Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), Academias da Cidade, Programa Saúde da Família (PSF), Programas e Projetos.

Pelo fato de eu não compor equipe de SF, considerando os objetivos do Curso de Especialização de Atenção Básica em Saúde da Família – Nescon/UFMG adotei e fui autorizada a acompanhar a Equipe de Saúde da Família 6 (ESF-6) do Centro de Saúde Glória, do Distrito Sanitário Noroeste de Belo Horizonte.

A ESF-6 é constituída por cinco microáreas (26, 27, 28, 29 e 30), correspondentes a quatro setores censitários (244, 248, 249 e 251). Em sua área de abrangência possui cerca de 1300 famílias e 4000 pessoas. Os integrantes da equipe são uma médica generalista, uma enfermeira, uma auxiliar de enfermagem e cinco agentes comunitários de saúde (ACS).

A população da área de abrangência da equipe é classificada como de médio risco, de acordo com o IVS, e possui características diversas: alguns recusam atendimento, outras pessoas possuem planos de saúde, mas não deixam de buscar assistência na unidade. Há usuários mais elitizados e outros bastante carentes. Existe drogadição na área (dependentes químicos) – há uma região considerada área crítica, marcada pelo tráfico de drogas e violência urbana – e há crianças que recebem proteção social, bem como ex-presidiários. Há muitos barracões de aluguel na área, vários lotes vagos e construções, o que culmina em mudanças constantes da população. Ainda, são identificadas muitas igrejas, comércios, oficinas, bares.

Diagnóstico situacional de saúde

O diagnóstico situacional foi elaborado pela ESF-6, com o intuito de identificar os problemas relacionados à área de abrangência (AA), para nortear a realização de planejamento de ações. Foram extraídos e analisados dados disponíveis no Sistema de Informação da SMSA da Prefeitura Municipal de Belo Horizonte (PMBH), realizada observação ativa do território e entrevistas com informantes-chave. Seguem elencados, por ordem de prioridade, os problemas de saúde identificados:

- 1) Inexistência de outras ações profissionais de atendimento à população pela equipe de SF, além de consultas individuais e visitas domiciliares (“demanda intensa na Unidade, demora nos atendimentos”).
- 2) Risco cardiovascular aumentado (falta de acompanhamento dos hipertensos conforme protocolo).
- 3) Falta de acompanhamento dos diabéticos conforme protocolo.
- 4) Falta de controle das mulheres em idade fértil que necessitam realizar periodicamente o exame preventivo do câncer de colo de útero e/ou de mama.
- 5) Falta de critérios consistentes para priorização e melhor acompanhamento dos usuários que realmente necessitam de visitas domiciliares.

- 6) Incompatibilidade dos dados da equipe com os do Sistema de Informação.
- 7) Pouco conhecimento dos profissionais em relação ao uso dos Protocolos em Prontuários Eletrônicos.
- 8) Acúmulo de lixo nas ruas.
- 9) “Vontade Política” mínima dos trabalhadores de saúde e da população.
- 10) Baixo nível de alfabetização das crianças de 7 a 14 anos (17,45% nas escolas segundo SIAB).
- 11) Pouca área de lazer na região.
- 12) Áreas de drogadição e violência na região.

Seguindo a ordem de relevância, a partir de diagnóstico situacional da ESF-6, priorizou-se o segundo problema – “risco cardiovascular aumentado (falta de acompanhamento dos hipertensos conforme protocolo)”, – considerando que o primeiro, – “inexistência de outras ações profissionais de atendimento à população pela equipe de SF, além de consultas individuais e visitas domiciliares” – já está sendo trabalhado pela ESF-6.

Por esse motivo, o segundo, conforme combinado com os profissionais, foi considerado o problema prioritário, levando-se em consideração o campo de governabilidade da equipe.

2 JUSTIFICATIVA

A ESF-6 tem enfrentado grandes desafios e dificuldades para acompanhar efetivamente os portadores de hipertensão. São 513 hipertensos identificados, segundo registros dos ACS, perfazendo 12,82% da população cadastrada na AA. Sabe-se que, provavelmente, esse quantitativo é maior, pois a equipe de SF não se encontra organizada para fazer novas buscas no território e ainda não consegue atender, de acordo com as diretrizes institucionais, os usuários já captados.

Nesse contexto, tem ocorrido um aumento de usuários com complicações, bem como elevação do número de óbitos por doenças hipertensivas e cardiovasculares. Por isso, faz-se necessária a busca de alternativas eficazes para o acompanhamento adequado, que contribua para a inversão do cenário atual.

Em suma, sabe-se que a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é um dos grandes problemas de saúde pública no Brasil. É um dos principais fatores de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares e cerebrovasculares e, por todos esses motivos, trata-se de um enorme desafio para os profissionais de saúde, bem como para os portadores da doença crônica.

Diante disso, investir no planejamento em equipe, captação de hipertensos, acompanhamento eficaz aos usuários (de acordo com documentos oficiais e protocolo institucional), significa trabalhar em busca de melhoria de qualidade de vida, prevenir agravos, evitar óbitos, ou seja, aumentar a qualidade da assistência prestada ao usuário.

3 OBJETIVOS

São os seguintes os objetivos deste trabalho:

Objetivo geral

Elaborar Plano de Intervenção para reorganização do processo de trabalho na Equipe de Saúde da Família 6, do Centro de Saúde Glória, do município de Belo Horizonte, para acompanhamento de usuários hipertensos.

Objetivos específicos

- Rever e registrar a Epidemiologia e o conceito de Hipertensão Arterial Sistêmica.
- Descrever a Hipertensão Arterial Sistêmica.
- Definir os nós críticos e as ações de intervenção para sua resolução ou minimização.
- Descrever os desafios no processo de acompanhamento de usuários hipertensos.

4 METODOLOGIA

Trata-se de uma proposta de intervenção, elaborada a partir de três etapas.

No primeiro momento, foi realizada uma contextualização do território e o diagnóstico situacional, pelo método da estimativa rápida. De acordo com Campos; Faria e Santos (2010), este método consiste na identificação de problemas de uma comunidade, sem apontar quantitativo de pessoas afetadas pelo problema. A estimativa é caracterizada pela coleta e análise de informações que subsidiam a elaboração de um plano de ação. Vale destacar que o método apresentado não é uma pesquisa, por não permitir uma percepção aprofundada dos problemas.

No segundo momento, foi feita uma revisão de literatura, a partir de documentos oficiais do Ministério da Saúde, do governo de Minas Gerais e da SMSA/PMBH, bem como estudos científicos (TCC, artigos em periódicos) relacionados à hipertensão arterial na atenção primária à saúde, em idioma português, no período de 2003 a 2013.

Por último, a elaboração de um plano de ação, com o intuito de subsidiar o acompanhamento adequado dos usuários hipertensos, pertencentes à AA da ESF-6, do CS Glória, de acordo com as diretrizes institucionais.

Em todas as etapas foram consultados os módulos do Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família Planejamento e avaliação das ações de saúde (CAMPOS; FARIA e SANTOS, 2010) e Iniciação à Metodologia: textos científicos (CORRÊA; VASCONCELOS e SOUZA, 2013).

5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Como aspectos principais sobre a questão Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) são abordados, a seguir, os conceitos e epidemiologia sobre HAS, sua expressão no cenário atual de Belo Horizonte, bem como as normatizações sobre o cuidado de pessoas acometidas, e desafios no processo de acompanhamento de usuários hipertensos.

5.1 Hipertensão arterial sistêmica: aspectos conceituais e epidemiológicos

Define-se hipertensão arterial sistêmica (HAS) como “pressão arterial sistólica maior ou igual a 140 mmHg e uma pressão arterial diastólica maior ou igual 90 mmHg”, desde que o indivíduo não esteja fazendo uso de medicação anti-hipertensiva e que o resultado seja obtido por, pelo menos, duas aferições em ocasiões diferentes (BRASIL, 2006 e BELO HORIZONTE, 2011).

Segundo as VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010), a HAS é conceituada como uma condição clínica multifatorial que é manifestada pelo indivíduo que apresentar e sustentar níveis elevados de pressão arterial. Frequentemente é associado a alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos alvo, bem como disfunções metabólicas, acarretando no aumento do risco de doenças cardiovasculares.

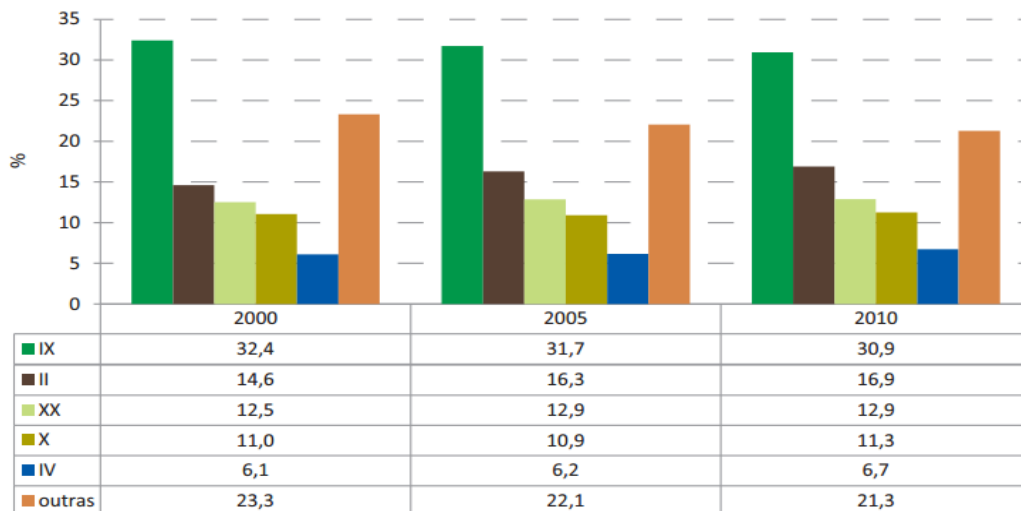
A HAS é um problema grave de saúde pública no Brasil e no mundo. É uma doença crônica não transmissível, muitas vezes assintomática, sendo a mais prevalente entre as doenças cardiovasculares. É o principal fator de risco para as complicações como acidente vascular cerebral e infarto agudo do miocárdio, além da doença renal crônica terminal (BRASIL, 2006).

No Brasil são cerca de 17 milhões de portadores de hipertensão arterial, 35% da população de 40 anos e mais. E esse número é crescente; seu aparecimento está cada vez mais precoce e estima-

se que cerca de 4% das crianças e adolescentes também sejam portadoras (BRASIL, 2006, p.7).

Conforme publicação Saúde Brasil (BRASIL, 2011), da Secretaria de Vigilância em Saúde/MS, foi demonstrada, em gráfico, a mortalidade proporcional no Brasil por capítulos da CID-10 nos anos de 2000, 2005 e 2010 (dados provenientes do Sistema de Informação sobre Mortalidade – SIM). As doenças do aparelho circulatório representam a maior mortalidade proporcional no país (32,4% em 2000, 31,7% em 2005 e 30,9% em 2010). Apesar de os percentuais terem decrescido discretamente no período selecionado, as doenças do aparelho circulatório mantiveram-se em destaque entre as demais causas de mortalidade durante os dez anos.

Gráfico 1 – Mortalidade proporcional (%) segundo os grupos de causa de óbito (CID-10)* - Brasil, 2000, 2005 e 2010



* IX. Doenças do aparelho circulatório; II. Neoplasias; XX. Causas externas; X. Doenças do aparelho respiratório; IV. Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas.

Fonte: Secretaria de Vigilância do Ministério da Saúde (SVS), 2011. p. 120.

Quanto ao estado de Minas Gerais houve, segundo dados do MS (BRASIL, 2011), redução das taxas de mortalidade para as doenças do aparelho circulatório entre 2000 e 2010. De uma taxa de 221,4 (por 100.000 habitantes), reduziu para 171,1. Entretanto, essa causa de mortalidade se mantém em destaque em relação às demais.

Belo Horizonte (2011) avalia que “esse cenário reforça a necessidade da abordagem coletiva para se obter resultados mais consistentes e duradouros no controle da HAS, não se desconsiderando a importância da abordagem individual.”

Ainda, frisa que a HAS tem grande relevância no trabalho da Atenção Básica, notadamente na Estratégia de Saúde da Família, espaço prioritário e privilegiado de atenção à saúde, que atua com equipe multiprofissional e cujo processo de trabalho pressupõe vínculo com a comunidade e a clientela adscrita, levando em conta a diversidade racial, cultural, religiosa e os fatores sociais envolvidos.

5.2 A hipertensão arterial sistêmica no cenário atual de Belo Horizonte

Segundo a Secretaria Municipal de Belo Horizonte (BELO HORIZONTE, 2011), a correlação positiva e direta entre pressão arterial (PA) elevada e risco cardiovascular é contínua, independente, preditiva, consistente e etiológicamente importante para indivíduos portadores ou não de doença arterial coronária. Ainda, tem sido identificada em ambos os sexos, diversas faixas etárias, etnias e nível socioeconômico e cultural.

Inquéritos populacionais bem conduzidos em algumas cidades brasileiras confirmam que a prevalência da HAS em nosso meio permanece em patamares preocupantes. Considerando os níveis de PA > 140/90 mmHg como indicadores de hipertensão, as taxas de prevalência na população brasileira urbana adulta têm variado entre 22,3% e 43,9%.

A prevalência da HAS aumentou, sobretudo entre mulheres, negros e idosos. Constatou-se que mais de 50% dos indivíduos entre 60 e 69 anos e aproximadamente três quartos da população acima de 70 anos são hipertensos.

Conforme dados dos Indicadores e Dados Básicos (IDB 2006) da Rede Interagencial de Informações para a Saúde - RIPSAs, a prevalência de hipertensão em Belo Horizonte, entre indivíduos maiores que 25 anos é de 25,8%, com discreta variação entre os sexos, mas ampla variação entre as diferentes faixas etárias: 9,9% de 25 a 39anos, 32,4% de 40 a 59 anos e 52,5% para maiores de 60 anos (BELO HORIZONTE, 2011, p. 11).

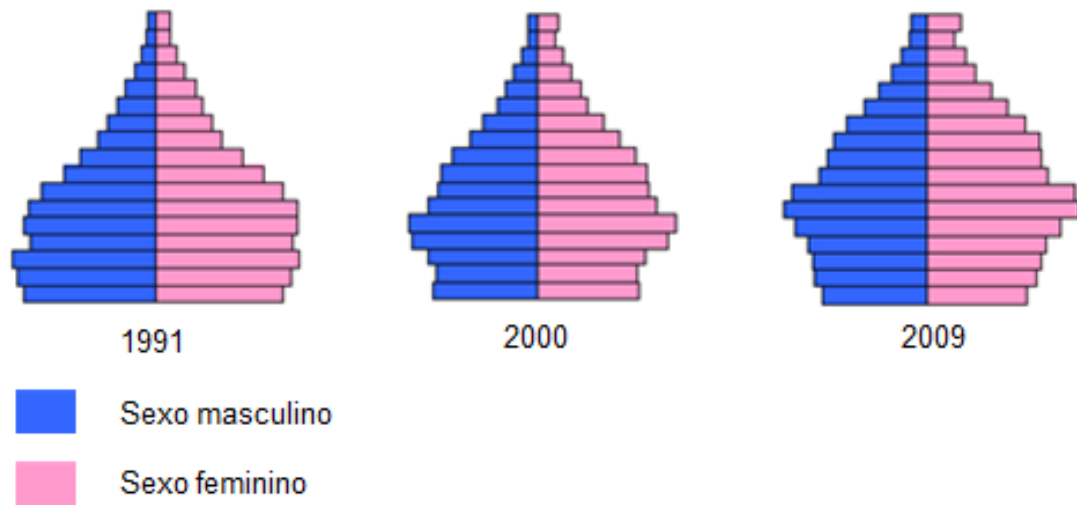
De acordo com o relatório “Planejamento de saúde de Belo Horizonte 2010-2013” (2010), as causas de morte mais importantes no município são as doenças do

aparelho circulatório (26,2% dos óbitos em 2008), neoplasias (19,6% dos óbitos em 2008) e causas externas de morbidade e mortalidade (11,0% dos óbitos em 2008), como homicídios e acidentes de trânsito. Vale ressaltar que as doenças do aparelho circulatório e as neoplasias são predominantes nas áreas de IVS baixo e médio. Essas duas estratificações de áreas possuem relação com uma maior expectativa de vida da população e com um quantitativo maior de moradores idosos.

Documento da Secretaria Municipal de Saúde (BELO HORIZONTE, 2011), cita registros provenientes do IBGE, relatando que a estimativa de hipertensos chegava, em 2009, a 400.000 indivíduos. Três anos se passaram. Possivelmente esse número aumentou, o que aponta para grande necessidade de novas propostas e iniciativas para enfrentamento do problema.

Outro fator preocupante diante da alta prevalência da HAS é a mudança da pirâmide etária, que está num processo de inversão, demonstrando que a população está envelhecendo mais. Com isso, se os serviços e ações de saúde, de uma forma geral, não estão superando o problema, torna-se provável o aumento crescente da morbimortalidade por problemas cardiovasculares. Em consonância, o município de Belo Horizonte (2011) apresenta dados que afirmam a elevação da prevalência da HAS. “Constatou-se que mais de 50% dos indivíduos entre 60 e 69 anos e aproximadamente três quartos da população acima de 70 anos são hipertensos” (BELO HORIZONTE, 2011, p.11).

Gráfico 2 - Pirâmide Etária de Belo Horizonte, 1991, 2000 e 2009.



Fonte: Adaptado do documento Planejamento de Saúde de BH 2010-2013, 2010, p. 56 (BELO HORIZONTE, 2011).

A Rede Assistencial do SUS-BH, com sua estrutura atual que prioriza a Atenção Primária e conta com as Equipes de Saúde da Família, possibilita maior difusão para a população das práticas de promoção da saúde e prevenção de agravos, contribuindo para adesão a hábitos de vida saudáveis e uma menor incidência dos fatores de risco e de complicações das DCNTs. Vale destacar que as internações por complicações das DCNTs, no município de BH, já foram reduzidas notadamente após a implantação das ESF, mas o número ainda é significativo, demandando novas intervenções (BELO HORIZONTE, 2011).

Em 2011, um grupo de gestores e técnicos da SMSA elaborou o “Protocolo de Hipertensão Arterial/Risco Cardiovascular” (2011), com a intenção de estabelecer normas para as intervenções técnicas e, assim, orientar e uniformizar a prática assistencial.

[...] Orienta os diferentes profissionais na realização de suas funções ante a complexidade dos problemas de saúde apresentados pela população, pautando-se em conhecimentos científicos que balizam as práticas sanitárias para coletividades e no modelo assistencial adotado. Isso significa que o protocolo reflete a política assistencial assumida pela Secretaria Municipal de Saúde bem como suas opções éticas para organização do trabalho em saúde e escolhas tecnológicas úteis, apropriadas e disponíveis para o enfrentamento de problemas de saúde priorizados em cada época segundo sua magnitude (BELO HORIZONTE, 2011, p. 4).

Para o manejo da doença, o protocolo assistencial define que os indivíduos acima de 18 anos diagnosticados com HAS devem ser classificadas, conforme o Quadro 1.

Quadro 1 - Classificação de hipertensão arterial sistêmica

CLASSIFICAÇÃO	PA SISTÓLICA (mmHg)	PA DIASTÓLICA (mmHg)
Ótima	< 120	< 80
Normal	120-129	80-84
Limítrofe	130-139	85-89
Hipertensão Estágio 1	140-159	90-99
Hipertensão Estágio 2	160-179	100-109
Hipertensão Estágio 3	≥ 180	≥ 110

Fonte: Belo Horizonte (2011, p. 15).

Em seguida, é destacado que avaliar o risco cardiovascular, cerebrovascular e renal global do indivíduo é mais importante que fazer um diagnóstico de uma patologia isoladamente (hipertensão, diabetes, dislipidemia, etc.). Sobre a prevenção baseada no conceito de risco cardiovascular global, os esforços para a prevenção de novos eventos cardiovasculares serão orientados pelo resultado da soma dos riscos, determinada pela presença de múltiplos fatores, estimado pelo risco absoluto global de cada indivíduo (BELO HORIZONTE, 2011).

Sob o enfoque preventivo, quanto maior o risco, maior o potencial benefício de uma intervenção terapêutica ou preventiva. O benefício de uma terapia na prevenção de desfechos não desejáveis pode ser expresso em termos relativos (p. ex., pela redução relativa de risco com o uso de determinado fármaco), ou em termos absolutos que levam em conta o risco individual ou a probabilidade de um indivíduo de ter eventos em um período de tempo (p. ex., 2% de mortalidade em 3 anos). Embora tradicionalmente terapias com reduções relativas de morbimortalidade sejam atrativas, o uso racional de intervenções, levando em consideração equidade no sistema de saúde, deve incorporar estimativa absoluta de risco. Por meio desta estimativa é possível otimizar o uso de intervenções implementadas de acordo com o risco cardiovascular global de cada indivíduo, uma vez que o grau de benefício preventivo obtido depende da magnitude desse risco. Na literatura são encontradas várias propostas para a estimativa do **risco cardiovascular global**, havendo vantagens e limitações para cada uma delas e cabendo salientar que nenhuma foi construída tendo como base a população brasileira. O objetivo é estimar o risco de se apresentar eventos cardiovasculares nos próximos 10 anos (RISCO BAIXO: < 10%; RISCO MODERADO: 10 A 20%; RISCO ALTO: > 20%). Nesse protocolo, a SMSA/BH adaptou

modelos existentes em V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial e ESC-ESH Guidelines, pela sua simplicidade e facilidade de adequação aos nossos recursos (BELO HORIZONTE, 2011, p. 15).

Quadro 2 – Fatores de risco para doenças cardiovasculares

FATORES DE RISCO
Tabagismo
Dislipidemia
Idade > 55anos p/ homens e > 65anos p/ mulheres
HF de doença cardiovascular precoce em parentes de 1º grau (homens < 55anos e mulheres < 65anos)
Obesidade
Diabetes

Fonte: Adaptado por Belo Horizonte (2011), p. 15.

Quadro 3 – Lesões de órgão-alvo e condições clínicas associadas

LESÕES DE ÓRGÃO-ALVO (LOA)/CONDIÇÕES CLÍNICAS ASSOCIADAS (CCA)
Hipertrofia ventricular esquerda
Microalbuminúria
Acidente vascular cerebral
Ataque isquêmico transitório
Angina
Infarto agudo do miocárdio
Revascularização miocárdica (cirúrgica ou angioplastia)
Insuficiência cardíaca
Doença arterial periférica
Retinopatia
Nefropatia

Fonte: Adaptado por Belo Horizonte (2011, p.16).

Quadro 4 – Estratificação de risco cardiovascular global

CLASSIFICAÇÃO	NORMAL	LIMÍTROFE	HIPERTENSÃO ESTÁGIO 1	HIPERTENSÃO ESTÁGIO 2	HIPERTENSÃO ESTÁGIO 3
Sem fatores de risco adicionais	Sem risco adicional	Sem risco adicional	Risco Baixo	Risco Moderado	Risco Alto
1 a 2 fatores de risco adicionais	Risco Baixo	Risco Moderado	Risco Moderado	Risco Moderado	Risco Alto
3 ou mais fatores de risco adicionais, LOA, CCA ou Diabetes	Risco Alto	Risco Alto	Risco Alto	Risco Alto	Risco Alto

Fonte: Adaptado por Belo Horizonte (2011, p.16).

Depois de apresentar a estratificação de risco cardiovascular global, o protocolo de BH faz orientações sobre o preenchimento do prontuário eletrônico, tão importante para a continuidade do cuidado ao usuário do serviço, bem como por ser um instrumento de gestão. Em seguida, aborda sobre a investigação clínico-laboratorial e decisão terapêutica, onde são dadas orientações de como se deve realizar a avaliação, seguindo as etapas: anamnese, exame físico, exames complementares mínimos necessários e ecocardiograma.

Quanto à decisão terapêutica para o usuário hipertenso, a orientação é que seja individualizada, de acordo com a estratificação de risco e a meta do nível pressórico arterial a ser alcançado, conforme Quadro 5.

São recomendadas mudanças dos hábitos alimentares e mudança do estilo de vida, que é o tratamento não medicamentoso, para todos os pacientes (independentemente do risco cardiovascular).

Para indivíduos com PA limítrofe, são propostas apenas modificações no estilo de vida (MEV), sendo proposto tratamento medicamentoso para os indivíduos diabéticos e nefropatas. Para indivíduos hipertensos no estágio 1, sugerem-se MEV por até 6 meses, adicionando-se tratamento medicamentoso se o alvo terapêutico não for atingido após esse período (exceto para aqueles de risco alto). Para hipertensos de risco moderado ou alto, sugere-se tratamento medicamentoso associado à MEV desde o início (BELO HORIZONTE, 2011, p. 19).

Quadro 5 – Decisão terapêutica de acordo com estágios da hipertensão arterial

CLASSIFICAÇÃO	LIMÍTROFE	HIPERTENSÃO ESTÁGIO 1	HIPERTENSÃO ESTÁGIO 2	HIPERTENSÃO ESTÁGIO 3
Sem fatores de risco adicionais	MEV	MEV isolada por até 6 m + Tratamento Medicamentoso SN	MEV + Tratamento Medicamentoso	MEV + Tratamento Medicamentoso
1 a 2 fatores de risco adicionais	MEV	MEV isolada por até 6 m + Tratamento Medicamentoso SN	MEV + Tratamento Medicamentoso	MEV + Tratamento Medicamentoso
3 ou mais fatores de risco adicionais, LOA, CCA ou Diabetes	MEV + Tratamento Medicamentoso	MEV + Tratamento Medicamentoso	MEV + Tratamento Medicamentoso	MEV + Tratamento Medicamentoso

LOA – Lesões de órgãos alvo

CCA – Condições clínicas associadas

MEV – Modificações no estilo de vida

Fonte: Adaptado por Belo Horizonte (2011), p.16.

Para o acompanhamento dos hipertensos, BH sugere intervalos entre consultas, de acordo com os níveis pressóricos, comorbidades e sintomas apresentados pelos usuários. Diante disso, pode variar de um intervalo de um ano a consulta para o mesmo dia.

Após atingido o alvo da PA ou estabilizado o controle, os retornos devem ser agendados geralmente com intervalos de 3 a 6 meses, devendo-se individualizar o acompanhamento em função do risco cardiovascular e da adesão do paciente. Sendo assim, pacientes de baixo risco e com boa adesão podem ser revistos com prazo maior, alternando-se consultas médicas, avaliações de enfermagem e ações coletivas, enquanto que pacientes de risco moderado a elevado e com dificuldade para adesão devem ser reavaliados em prazo menor (BELO HORIZONTE, 2011, p.19).

Quadro 6 – Rotina de acompanhamento do hipertenso no Centro de Saúde

	RISCO BAIXO	RISCO MODERADO	RISCO ALTO
Visitas domiciliares da ACS	1/mês	1/mês	1/mês
Ações coletivas	2 ciclos/ano	2 ciclos/ano	2 ciclos/ano
Consultas de enfermagem	1/ano	1/ano	2/ano
Consultas médicas	1/ano	2/ano	3/ano

ACS – Agente Comunitário de Saúde

Fonte: Belo Horizonte (2011), p. 20.

No que se refere aos exames complementares do hipertenso, não existe uma regra específica que defina uma periodicidade, mas o acompanhamento deve ser individualizado, considerando as comorbidades, lesões de órgãos alvo e fatores de risco associados. Para hipertensos bem controlados que não apresentam comorbidades, sugere-se a realização de alguns exames laboratoriais (especialmente creatinina, potássio e glicemia). Para os demais exames, faz-se necessário analisar criteriosamente os valores prévios, pois poderá indicar a necessidade de revisão, evitando repetições de exames sem necessidade. “Para os indivíduos de alto risco (diabéticos, dislipidêmicos, portadores de disfunção renal, etc.), a periodicidade dos exames será determinada pela comorbidade” (BELO HORIZONTE, 2011, p. 20).

Apesar da estrutura da rede SUS-BH, protocolos assistenciais e outros recursos disponíveis aos profissionais e gestores, a ESF-6 não se encontra apta a operacionalizar todas as ações preconizadas, referente à assistência ao hipertenso. Muitos são os problemas enfrentados pela equipe sendo necessário, nesse momento, encontrar caminhos possíveis para avançar na melhoria da qualidade da assistência.

5.3 Desafios no processo de acompanhamento de usuários hipertensos

A ESF-6 integra um Centro de Saúde que tem enfrentado muitos desafios ao longo dos anos. É uma Unidade onde a demanda da população e procura por atendimento são grandes e os recursos disponíveis (humanos, espaço físico, etc.) muitas vezes não são suficientes.

Relatos e registros feitos por Melo (2012) apontam que, de toda área do CS Glória, a ESF-6 é predominante em relação à população adulta e do sexo feminino, sendo destaque para as doenças crônico-degenerativas hipertensão e diabetes. Entretanto, os usuários com diagnóstico de hipertensão tem o atendimento médico como prioritário e o acompanhamento integral acaba não ocorrendo de acordo com o protocolo, que prevê consultas de enfermagem individuais e atividades coletivas.

Tabela 1 - População segundo a faixa etária e microáreas na área de abrangência da Equipe Lua de Saúde da Família, Centro de Saúde Glória/Regional Noroeste. Belo Horizonte. Ano 2011.

Faixa Etária	Micro 26	Micro 27	Micro 28	Micro 29	Micro 30	Total
< 1 ano	0	0	1	0	2	3
1 a 4 anos	2	2	5	1	7	17
5 a 9 anos	12	5	16	8	4	45
10 a 14 anos	48	48	50	65	63	269
15 a 19 anos	39	48	53	41	53	234
20 a 49 anos	310	314	386	389	339	1738
50 a 59 anos	68	81	100	75	65	389
60 anos mais	82	99	139	112	93	525
Total	556	597	750	691	626	3220

Fonte: SIAB, 2011.

Observa-se que a maior parte da população se concentra entre 20 anos de idade até 60 anos e mais. Tal constatação preocupa a ESF-6 devido ao quantitativo de hipertensos na AA, na sua grande maioria, estarem compreendidos no mesmo intervalo.

Tabela 2 - População segundo comorbidades/estado de saúde e microáreas na área de abrangência da Equipe Lua de Saúde da Família, Centro de Saúde Glória/Regional Noroeste. Belo Horizonte. Ano 2011.

Micro-áreas	Gestantes		Acamados		Hipertensos		Diabéticos		Usuários que utilizam Insulina	
	BR	PNAR	M	F	M	F	M	F	M	F
26	16	0	4	4	37	70	16	13	1	3
27	4	1	1	3	36	48	8	9	4	5
28	8	1	1	10	45	116	8	18	3	2
29	9	0	1	3	41	55	11	24	3	7
30	17	1	2	6	30	35	4	2	0	1
Total	54	3	9	27	189	324	47	66	11	18
Soma*	57		36		513		113		29	

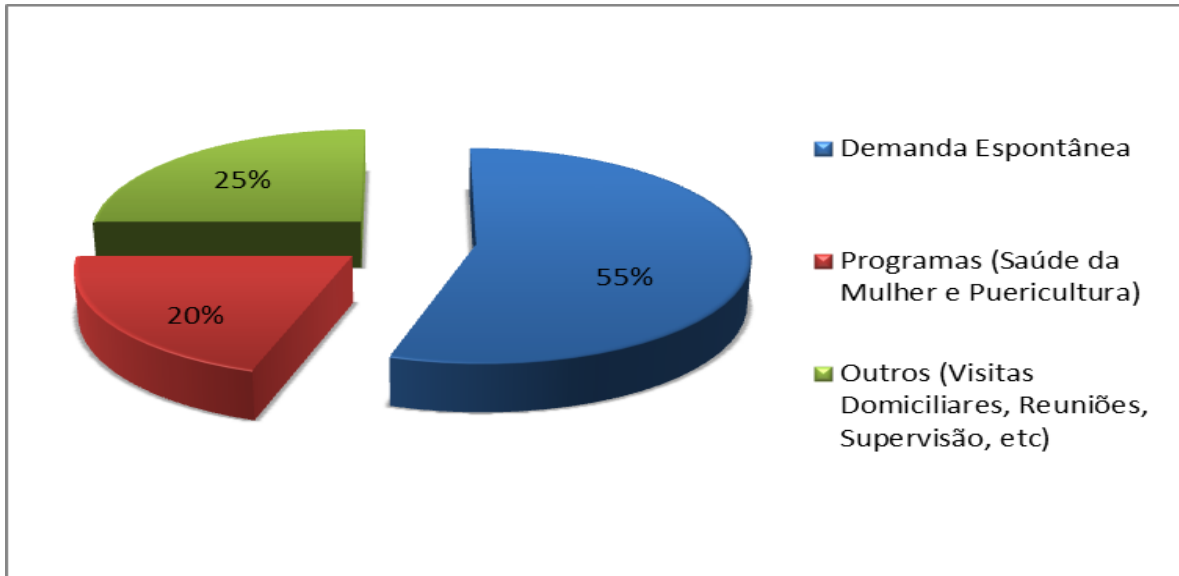
* Somatório dos valores referentes ao sexo feminino e masculino.

Fonte: Fonte: SIAB, 2011.

Percebe-se que de todos os 748 usuários com comorbidades (acamados, hipertensos, diabéticos) e condição crônica (gestantes), 68,58% são hipertensos. Outro destaque é relacionado à predominância da HAS no sexo feminino (63,15%).

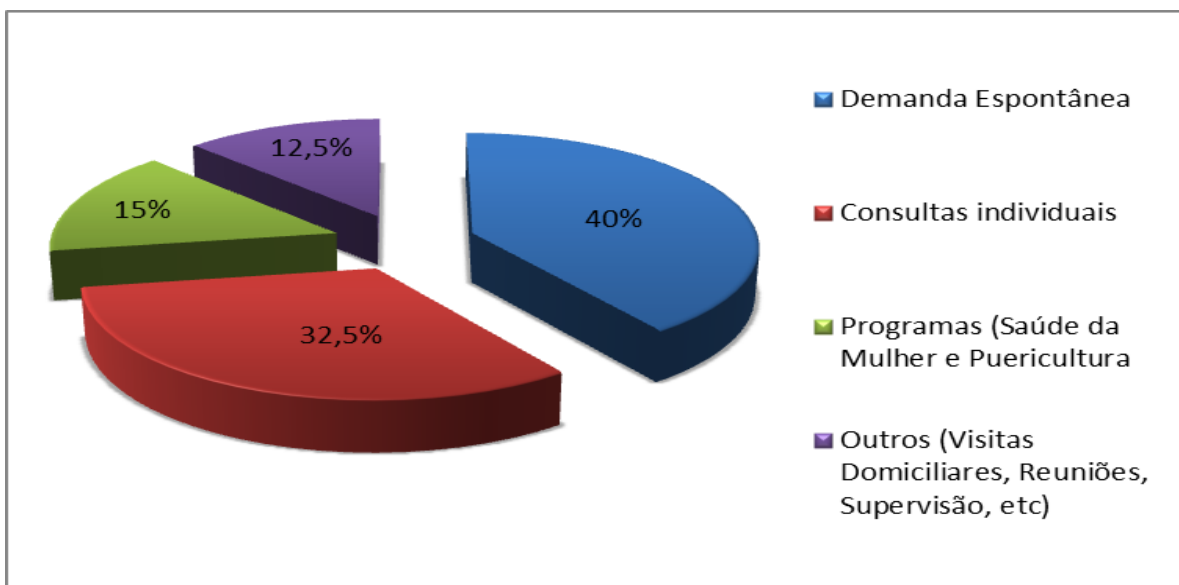
A agenda da ESF-6 está mais destinada à demanda espontânea, conforme demonstram os gráficos 3 e 4.

Gráfico 3 - Atividades que compõem a agenda da Enfermeira da Equipe Saúde da família 6, Centro de Saúde Glória, Belo Horizonte - Minas Gerais, 2011.



Fonte: Registros e impressos da ESF-6, Centro de Saúde Glória. 2011.

Gráfico 4 - Atividades que compõem a agenda da Médica Generalista da Equipe Saúde da família 6, Centro de Saúde Glória, Belo Horizonte - Minas Gerais, 2011.



Fonte: Registros e impressos da ESF-6, Centro de Saúde Glória. 2011.

Nota-se nos gráficos acima que ambas as agendas (da enfermeira e médica) são mais ocupadas com atendimentos à demanda espontânea. Na agenda da enfermeira não constam atendimentos individuais, previstos para acompanhamento aos usuários hipertensos.

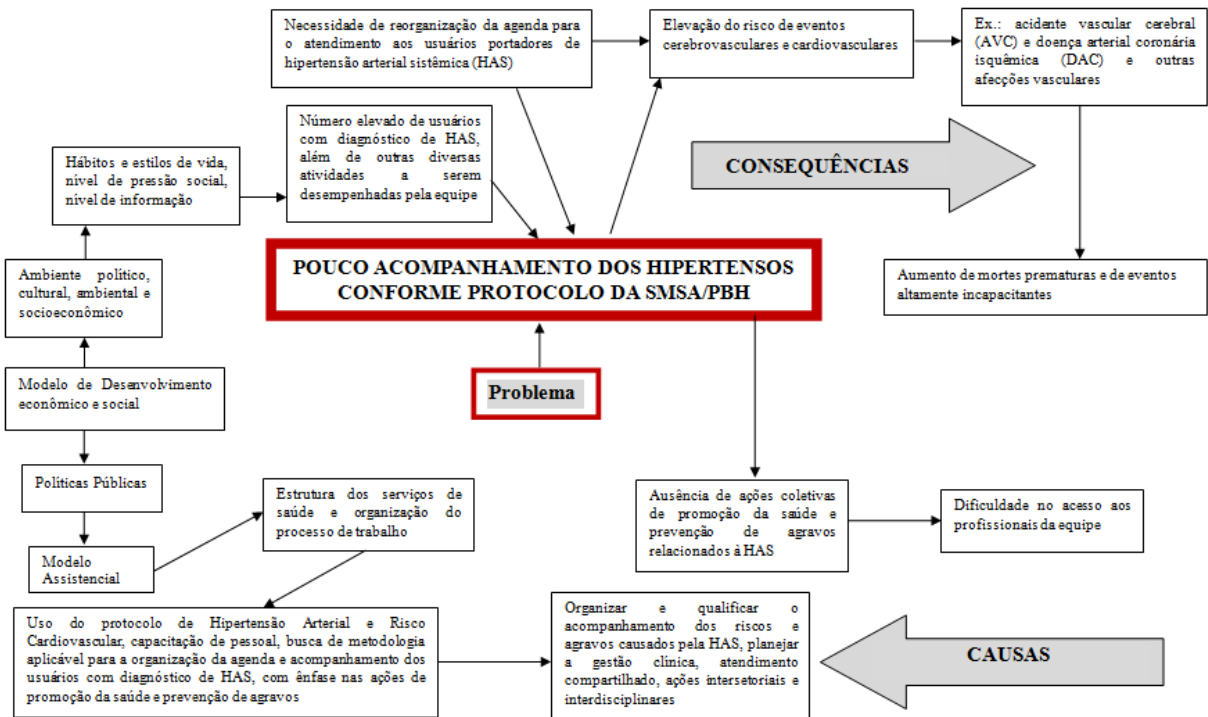
Frente à falta de disponibilidade de agenda para atendimento médico e de enfermagem no CS, os ACS são os mais próximos do usuário e o maior formador de vínculo entre a população e a equipe de SF. Entretanto, esse vínculo é frágil (por causa da falta do acompanhamento pela equipe) e a adesão ao tratamento se torna difícil. O momento da consulta é o melhor espaço para o usuário esclarecer dúvidas e receber as orientações para melhoria da qualidade de vida (alimentação, atividades físicas, participação em grupos específicos no CS).

Uma grave consequência da desorganização e da assistência ainda insuficiente aos hipertensos da AA da ESF-6 é o alto índice de mortalidade relacionada ao problema da HAS. Dados de 2010, disponibilizados pela Gerência de Epidemiologia e Informação da SMSA-BH, demonstram que as maiores causas de mortalidade na AA do CS Glória são por doenças hipertensivas, infarto agudo do miocárdio e doenças cardiovasculares.

Considerando todos os problemas de processo de trabalho, destaca-se que as agendas desorganizadas tornam a rotina turbulenta e tendem a gerar um aumento dos hipertensos na AA, bem como das possíveis complicações da doença nos usuários já diagnosticados. Além disso, contribui para aumentar ainda mais a demanda espontânea (hipertensos agudizados, não controlados e não captados).

Finalizando, a ESF-6 reconhece e se preocupa com a situação atual, manifestando vontade de reorganizar o processo de trabalho no CS Glória. Para isso, os profissionais tem se esforçado bastante. Um produto palpável é o plano de ação, em execução, elaborado pela enfermeira da equipe em 2012, o qual explora o primeiro problema do diagnóstico situacional. A equipe tem buscado enfrentar os desafios munidos de todos os recursos disponíveis, em busca da melhor assistência aos usuários do SUS-BH. Um importante recurso é o Curso de Especialização de Atenção Básica em Saúde da Família, sendo este trabalho o segundo TCC elaborado para instrumentalizar a ESF-6 nesse processo de reorganização.

Figura 2 - Árvore do problema “pouco acompanhamento dos hipertensos conforme protocolo da Secretaria Municipal de Saúde – Prefeitura Municipal de Belo Horizonte”- Minas Gerais, 2012.



Fonte: elaborada pela autora, como trabalho ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, em 2012.

6 PLANO DE AÇÃO

Para do problema priorizado “pouco acompanhamento dos hipertensos conforme protocolo da Secretaria Municipal de Saúde – Prefeitura Municipal de Belo Horizonte”, foram destacados os nós críticos seguintes (Quadros 9, 10 e 11):

1. Agendas desorganizadas
2. Inexistência de atividades coletivas (grupos) para hipertensos
3. Necessidade de educação permanente dos profissionais de saúde

Para eles são propostos os projetos que, em seu conjunto, constituem o projeto de intervenção:

1. Projeto Agenda ESF-6
2. Projeto Conhecer e Viver Bem
3. Projeto Aprendendo Sempre

Considera-se que esses nós são problemas intermediários que, resolvidos, permitirão a resolução do problema maior priorizado, ou, sua minimização. Para cada um deles, é proposta uma operação (projeto de intervenção), para o que se definem objetivos, resultados esperados, ações estratégicas que gerarão produtos. São definidos, também, responsáveis, prazos e sistema de acompanhamento e avaliação.

Quadro 9 – Projeto Agenda: operação sobre nó crítico 1 para intervenção sobre problema priorizado “pouco acompanhamento dos hipertensos conforme protocolo da Secretaria Municipal de Saúde – Prefeitura Municipal de Belo Horizonte – Minas Gerais”

Problema priorizado	Pouco acompanhamento dos hipertensos conforme protocolo da Secretaria Municipal de Saúde – Prefeitura Municipal de Belo Horizonte
Nó crítico 1	Agendas desorganizadas
Operação 1	Projeto Agenda ESF-6
Objetivo	Reorganizar a agenda de atividades programadas, segundo orientações e parâmetros institucionais
Resultados esperados	Agendas organizadas a partir das orientações institucionais (Oficinas de Qualificação da Atenção Básica e protocolo de HAS), garantindo espaço para atendimento aos hipertensos (individual e atividades coletivas). Conhecimento e intercâmbio de experiências com centros de saúde e gestores que enfrentaram problemas semelhantes e conseguiram reorganizar suas agendas. Maior satisfação dos usuários.
Ações estratégicas	Apresentar projeto à gerência local e ao colegiado gestor do CS Glória
Produtos esperados	Levantamento e apropriação de informações disponíveis em sistemas de informação e registros da equipe sobre a população, AA, principais comorbidades, os determinantes sociais de saúde. Programação mensal das consultas médicas, de enfermagem e atividades coletivas. Realização das atividades de forma planejada e organizada. Redução da mortalidade por doenças cardiovasculares e melhora do quadro clínico dos usuários hipertensos. Diminuição da demanda espontânea e consultas individuais (médica).
Recursos necessários	Cognitivo: Informações das Oficinas de Qualificação da Atenção Básica Material: Protocolo de HAS, reproduzido em número suficiente para entrega a cada membro da equipe de saúde.
Responsável	Gestão local do CS ESF-6

Prazo	Dois meses para a apresentação do projeto e três meses para iniciar a execução do projeto
Acompanhamento e avaliação	Coordenação: Enfermeira da ESF-6 – Avaliação após 6 meses do início do projeto

Quadro 10 – Projeto Agenda: operação sobre nó crítico 2 para intervenção sobre problema priorizado “pouco acompanhamento dos hipertensos conforme protocolo da Secretaria Municipal de Saúde – Prefeitura Municipal de Belo Horizonte”- Minas Gerais.

Problema priorizado	Pouco acompanhamento dos hipertensos conforme protocolo da Secretaria Municipal de Saúde – Prefeitura Municipal de Belo Horizonte
Nó crítico 2	Inexistência de atividades coletivas (grupos) para hipertensos
Operação 2	Projeto Conhecer e Viver Bem
Objetivo	Desenvolver atividades coletivas e discussões com usuários hipertensos
Resultados esperados	Grupo para hipertensos criado, com reuniões mensais, em que haja espaço para esclarecimento de dúvidas e discussão sobre questões gerais relacionadas à HAS. Maior conhecimento dos usuários sobre as causas da HAS, a importância do tratamento, os hábitos de vida saudáveis, os modos de prevenção da doença (para familiares não hipertensos), etc.
Ações estratégicas	Apresentação do projeto à gerência local e equipe multiprofissional do NASF Adesão da equipe Organização do Grupo Preparação de material educacional
Produtos esperados	Realização de grupos com a população da AA. Aproximação do usuário hipertenso e consequente aumento do vínculo e confiança na equipe. Valorização e empoderamento do usuário nos encontros, bem como sensibilização para que o mesmo compreenda a sua corresponsabilidade no processo de tratamento. Melhoria da qualidade da assistência prestada pela equipe. Maior integração entre os profissionais do CS e compartilhamento de saberes. Melhoria do quadro clínico dos participantes.
Recursos necessários	Político: conseguir local na comunidade, próximo ao CS. Organizacional: organização dos grupos Cognitivo: conhecimento sobre o tema e elaboração de atividades

Responsáveis	Profissionais da ESF-6 e Profissionais do NASF, de acordo com tema (nutrição, educação física, etc.).
Prazo	Três meses para a apresentação do projeto à gerência local e seis meses para iniciar a execução do projeto.
Acompanhamento e avaliação	Coordenação: Enfermeira da ESF-6 – Avaliação após 6 meses do início do projeto, com a gerência local.

Quadro 11 – Projeto Agenda: operação sobre nó crítico 3 para intervenção sobre problema priorizado “pouco acompanhamento dos hipertensos conforme protocolo da Secretaria Municipal de Saúde – Prefeitura Municipal de Belo Horizonte”- Minas Gerais.

Problema priorizado	Pouco acompanhamento dos hipertensos conforme protocolo da Secretaria Municipal de Saúde – Prefeitura Municipal de Belo Horizonte
Nó crítico 3	Necessidade de educação permanente
Operação 3	Projeto Aprendendo Sempre
Objetivo	Criar espaços na agenda e trabalhar com a estratégia Gestão Clínica
Resultados esperados	Profissionais sensibilizados. Profissionais provocados a conhecerem melhor o manejo adequado aos pacientes com HAS, inclusive através do protocolo institucional. Apropriação e compreensão das ferramentas da Gestão Clínica a suas aplicabilidades.
Ações estratégicas	Apresentação do projeto à gerência local Realização de reunião com a coordenação distrital da Gestão Clínica
Produtos esperados	Valorização e cumprimento das ações previstas no protocolo institucional de Hipertensão e Risco Cardiovascular vigente. Utilização das ferramentas da gestão clínica, de acordo com as necessidades percebidas pela equipe, bem como diante das condições para operacionalização. Qualificação da assistência prestada aos usuários.
Recursos necessários	Organizacional: para organizar a participação da ESF-6 no espaço formativo da Gestão Clínica, promovido pelo nível central da SMSA-BH.
Responsáveis	Gestão local do CS ESF-6
Prazo	Seis meses para a apresentação do projeto à gerência local e um ano para iniciar a execução das atividades
Acompanhamento e avaliação	Coordenação: Enfermeira da ESF-6 – Avaliação após 6 meses do início do projeto

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Curso de Especialização em Atenção Básica faz uma contribuição importante para a qualificação dos profissionais que atuam diretamente nas equipes de SF do SUS-BH. Para mim, foi riquíssimo adotar a ESF-6 e poder colaborar para trazer melhorias ao processo de trabalho. Pude acompanhar mais de perto as dificuldades enfrentadas pelo CS Glória, problemas esses que muitas vezes só se compreende realmente quando se vive a realidade, na lida do dia a dia.

O plano de ação elaborado poderá contribuir para a organização de toda a agenda da equipe, para todas as atividades. Entretanto, a aceitação e o apoio da gerência local e interesse da equipe são imprescindíveis para que o processo de mudança ocorra. Isso porque a agenda é complexa, extensa e requer diversos cálculos, análises e discussões para garantir atividades prioritárias (conforme cenário da AA).

Obviamente que se pretende alcançar um resultado positivo, mas gradativo. Em meio ao processo de reorganização do CS surgem necessidades de ajustes e, para isso, é importante o suporte dos níveis de gestão local, distrital e central, para somar forças e contribuir para potencializar a capacidade da equipe de SF na superação de desafios.

Espera-se que este trabalho auxilie a ESF-6 na busca de uma assistência cada vez mais qualificada. Assim, a tendência será a diminuição das taxas de morbimortalidade por doenças desencadeadas pela HAS, realização de novas buscas ativas, realização de ações de promoção da saúde, sem deixar de considerar, também, a otimização de recursos financeiros (com tratamento, internações, complicações da doença).

REFERÊNCIAS

BELO HORIZONTE. Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte. **Avanços e desafios na organização da atenção de saúde em Belo Horizonte**. Belo Horizonte: HMP Comunicação, 2008, p. 432.

BELO HORIZONTE. Secretaria Municipal de Saúde. **Protocolo de Hipertensão Arterial/Risco Cardiovascular**. 2011, p. 1-73.

BELO HORIZONTE. Secretaria Municipal de Saúde. **A organização da atenção primária em Belo Horizonte**: a partir da estratégia de saúde da família. Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, 2012. p. 1-24.

BELO HORIZONTE. Secretaria Municipal de Saúde. Gerência de Assistência (GEAS). **Dados institucionais**, 2013.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2013. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/link.php?codigo=310620&idtema=>>>. Seção Cidades – Belo Horizonte. Acesso em: 8 jul. 2013a.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2013. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/painel/painel.php?codmun=310620#historico>>. Seção Cidades – Belo Horizonte, Histórico. Acesso em 8 jul. 2013b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Como morrem os brasileiros**: tendências e desigualdades nas regiões, unidades federadas e nas categorias de raça-cor nos anos de 2000 a 2010. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise de Situação de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. p. 107-162.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadernos de Atenção Básica**: Rastreamento. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

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

CAMPOS, F.C.C.; FARIA, H. P. SANTOS, M. A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. 2 ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, Coopmed, 2010. 114p.

CORRÊA, E, J.; VASCONCELOS, M.; SOUZA, M. S. L. **Iniciação à metodologia: textos científicos**. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, Coopmed, 2013. 140p.

MELO, P. M. P. **Reorganização do processo de trabalho de uma ESF da Regional Noroeste de Belo Horizonte**: inclusão de atividades de promoção à saúde. Trabalho de Conclusão de Curso. Núcleo de Educação em Saúde Coletiva, Universidade Federal de Minas Gerais, 2012.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. **Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial VI**. v. 32. São Paulo: Elsevier Ltda, 2010.

TOSTES *et al.* Avanços da Atenção Primária à Saúde. **Revista Pensar BH/Política Social**, 28. ed. p.19-23, mar, 2011.