

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

MAIKENIA VEGA HIDALGO

**UM PLANO DE AÇÃO PARA ADEQUAÇÃO DO
ACOMPANHAMENTO DE PACIENTES PORTADORES DE
HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA NO MUNICÍPIO PADRE
CARVALHO, MINAS GERAIS**

MONTES CLAROS/MINAS GERAIS

2015

MAIKENIA VEGA HIDALGO

**UM PLANO DE AÇÃO PARA ADEQUAÇÃO DO
ACOMPANHAMENTO DE PACIENTES PORTADORES DE
HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA NO MUNICÍPIO PADRE
CARVALHO, MINAS GERAIS**

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

Orientadora: Profa. Salime Cristina Hadad

MONTES CLAROS / MINAS GERAIS

2015

MAIKENIA VEGA HIDALGO

**UM PLANO DE AÇÃO PARA ADEQUAÇÃO DO
ACOMPANHAMENTO DE PACIENTES PORTADORES DE
HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA NO MUNICÍPIO PADRE
CARVALHO, MINAS GERAIS**

Banca examinadora

Examinador 1: : Profa. Salime Cristina Hadad - orientadora

Examinador 2 – Profa. Flavia Casasanta Marini - UFMG

Aprovado em Belo Horizonte, em 14 de maio de 2015.

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a todas aquelas pessoas que como eu, querem contribuir com o nosso trabalho ao melhoramento da qualidade de vida das pessoas ao nosso redor. A minha família que me apoia à distância e a minha equipe de trabalho por me permitir ser parte deles cada dia, e sobre tudo a meus pacientes pelos quais fiz este trabalho, para ajudá-los a cuidar da sua saúde.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus por ser meu guia e por permitir por meio da minha profissão fazer o bem para meu próximo e levar fé, esperança e cura ao coração de muitos. Agradeço também a minha família por me apoiar, mesmo à distância, a meu filho que é a força que me mantém em pé cada dia. Sempre serei grata a minhas colegas de trabalho que independente do cargo que desempenham fazem que meu trabalho seja sempre de maior qualidade em favor dos nossos pacientes.

RESUMO

O trabalho tem como objetivo elaborar um plano de ação para o enfrentamento de um problema, considerado prioritário pelas Equipes de Saúde da Família (ESF) do município de Padre Carvalho, Estado de Minas Gerais: o acompanhamento deficiente aos portadores de hipertensão arterial sistêmica. Observou-se que dos 358 hipertensos confirmados, apenas 12 estavam sendo acompanhados, segundo os critérios da Linha Guia: Atenção à Saúde do Adulto Hipertensão e Diabetes (MINAS GERAIS, 2009). O plano de ação para acompanhamento de pacientes portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), no município foi executado em três etapas: o diagnóstico situacional, revisão bibliográfica e elaboração do plano de ação com uso do Planejamento Estratégico Situacional (PES) Simplificado. Durante o planejamento, algumas causas para o problema foram identificadas e selecionadas como nós críticos: a falta de programação eficiente das atividades; a não utilização de protocolos; e a falta de equidade na distribuição de consultas. Para o enfrentamento dos nós críticos foram propostas três operações: elaborar a agenda programada de acordo com o plano diretor da atenção primária à saúde; utilizar protocolos tendo a Linha Guia como referência; e implantar um sistema de acolhimento e busca ativa dos usuários com hipertensão arterial. Além disso, foi feita uma análise de viabilidade dessas operações e uma proposta de acompanhamento e avaliação do plano de ação. A elaboração deste plano de ação possibilitará ao município perceber a importância de utilizar o método de planejamento estratégico como ferramenta para a organização do processo de trabalho das ESF, até agora feita de forma intuitiva e automática. Com isto, espera-se um acompanhamento mais efetivo dos portadores de hipertensão arterial sistêmica.

Palavras-chaves: Hipertensão. Saúde da Família. Continuidade da Assistência ao paciente

ABSTRACT

The aims of this study is the development of a action plan for dealing with a problem, considered a priority for Family Health Teams in Padre Carvalho municipality, Minas Gerais State: inadequate monitoring to patients with hypertension. It was observed of the 358 confirmed hypertensive, only 12 were followed, according to the criteria of Guide Line of Health Care of the Adult Hypertension and Diabetes (MINAS GERAIS, 2007). The action plan for monitoring patients with Hypertesion Arterial was executed in three steps: situational diagnostic, literature review and preparation of the action plan, using the Situational Strategic Planning Simplified. During the planning, some causes of the problem were identified and selected as critical nodes: the lack of efficient planning of activities; not using protocols; and the lack of equity in the distribution of queries. The three operations proposed to face the critical nodes were: to prepare a programmed schedule, according to the master plan of primary health care; use protocols with Guide Line as a reference; and deploy a host system and active search for users with hypertension. In addition, we made a feasibility analysis of operations and a proposal for monitoring and evaluation of the action plan. The preparation of this action plan had enabled the municipality to realize the importance of using a planning method as a tool for work process organization so far made intuitively and automatically. With this, we expect a more effective follow-up of patients with hypertension.

Keywords: Hypertension. Family Health. Continuity of Patient Care.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ACS – Agente Comunitário de Saúde

CEESF – Curso de Especialização em Estratégia de Saúde da Família

ECG – Eletrocardiograma

ESF – Estratégia de Saúde da Família

GIL – Gerenciador de Informações Locais

HAS – Hipertensão Arterial Sistêmica

PES _ Planejamento Estratégico Situacional

PSF – Programa Saúde da Família

UBS – Unidade Básica de Saúde

LOA – Lesão de Orgão Alvo

LISTA DE FIGURAS, QUADROS E TABELAS

- Figura 1.** Localização do município Padre Carvalho no Estado de Minas Gerais.
- Figura 2.** Pirâmides populacionais do Brasil, Minas Gerais e município de Padre Carvalho.
- Tabela 1.** Distribuição da população do município de Padre Carvalho por faixa etária e sexo, Minas Gerais, 2013.
- Tabela 2.** Distribuição de famílias e habitantes por área sob responsabilidade das ESF do município Padre Carvalho, Minas Gerais, 2015.
- Quadro 1.** Distribuição da população segundo nível de escolaridade, município Padre Carvalho
- Quadro 2.** Priorização dos problemas identificados pelas ESFs na estimativa rápida segundo importância, urgência e capacidade de enfrentamento, município de Padre Carvalho, Minas Gerais.
- Quadro 3.** Classificação da pressão arterial em adultos(>18 anos).
- Quadro 4.** Estratificação de risco de indivíduos com hipertensão arterial
- Quadro 5.** Parâmetros de assistência para os usuários com hipertensão arterial sistêmica, por estrato e procedimento, na Atenção Primária à Saúde.
- Quadro 6.** Parâmetros de assistência para os usuários com hipertensão arterial sistêmica, por estrato e exame laboratorial, na Atenção Primária à Saúde.
- Quadro 7.** Operações sobre o nó crítico “Falta de programação eficiente das atividades”.
- Quadro 8.** Operações sobre o nó crítico “Não utilização de protocolo clínico e de organização do serviço para HAS”.
- Quadro 9.** Operações sobre o nó crítico “Falta de equidade na distribuição das consultas”.
- Quadro 10.** Acompanhamento do plano de ação

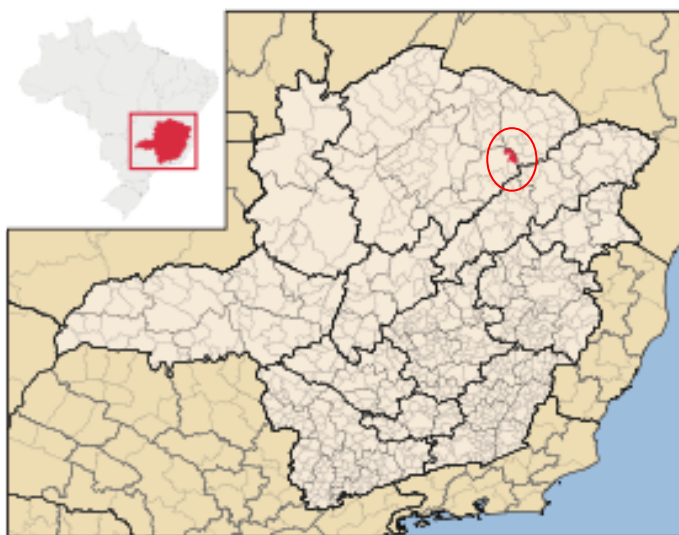
SUMÁRIO

| | |
|--|-----------|
| 1. INTRODUÇÃO..... | 10 |
| 1.1. Aspectos históricos do município de Padre Carvalho..... | 10 |
| 1.2. Características demográficas e socioeconômicas do município..... | 11 |
| 1.3. A rede municipal de saúde do município de Padre Carvalho..... | 14 |
| 1.3.2. Média e Alta Complexidade..... | 15 |
| 1.3.3. Recursos Humanos em Saúde..... | 15 |
| 1.3.4. Conselho Municipal de Saúde..... | 15 |
| 1.3.5. Fundo Municipal de Saúde..... | 15 |
| 1.4. Diagnóstico situacional do município padre carvalho..... | 16 |
| 2. JUSTIFICATIVA..... | 19 |
| 3. OBJETIVOS..... | 20 |
| 3.1. Objetivo geral..... | 20 |
| 3.2. Objetivos específicos..... | 20 |
| 4. METODOLOGIA..... | 21 |
| 5. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA..... | 23 |
| 5.1 Protocolos assistenciais para o acompanhamento do hipertenso.... | 25 |
| 6. PLANO DE AÇÃO..... | 28 |
| 6.1. Causas relacionadas ao problema selecionado..... | 28 |
| 6.1.1. Causas relacionadas ao paciente..... | 28 |
| 6.1.2. Causas relacionadas à equipe de saúde..... | 28 |
| 6.1.3. Causas relacionadas à gestão da saúde..... | 29 |
| 6.1.4. Consequências relacionadas às causas apontadas..... | 29 |
| 6.1.5. Nós críticos (NC)..... | 30 |
| 7. CONSIDERAÇÕES FINAIS..... | 34 |
| REFERÊNCIAS..... | 35 |

1. INTRODUÇÃO

O município de Padre Carvalho está localizado na região do vale do Jequitinhonha, estado de Minas Gerais, com sede nas coordenadas geográficas 16,36°S de latitude e 42,52°W de longitude, seu clima é tropical de altitude (PNUD, 2013). O município ocupa uma área territorial de 446,326km² no cerrado e a sede municipal encontra-se a 659,0 km de Belo Horizonte, capital do estado de Minas Gerais (IBGE, 2014).

Figura. 1. Localização do município Padre Carvalho no Estado Minas Gerais.



Fonte: Wikipedia (2015).

A gestão atual do município Padre Carvalho é realizada pelo Sr. Antenor Santa Rosa, prefeito do município, sendo o Secretário Municipal de Saúde o Sr. Wagner Santa Rosa, a Coordenadora da Atenção Primária a Sra. Ana Melia Guimarães e a Coordenadora da Atenção à Saúde Bucal a Sra. Maria Aparecida Gomez de Souza (PADRE CARVALHO, 2013).

1.1 Aspectos históricos do município de Padre Carvalho

O município foi fundado em 1911 por Heitor José dos Santos e Sabino José dos Santos, Líderes Políticos e fazendeiros. As primeiras missa foram celebrada pelo Padre José de Carvalho, que exerceu grandes influencias para o desenvolvimento

socioeconômico do povoado. Inicialmente, o povoado recebeu o nome de Capim Pubo e mais tarde Marianópolis em decorrência da água ser proveniente do Rio de mesmo nome. Nossa Senhora da Paz, foi consagrada como Santa Padroeira do município pelo Padre José de Carvalho, sendo festejada em agosto com grande religiosidade. Uma senhora detentora das terras do perímetro urbano do Povoado, fez doação de uma área de 561.44 equitares para a Nossa Senhora da Paz. Mais tarde o domínio político passou para o Líder Manoel José dos Santos. Em 1966 o Povoado foi elevado a categoria de Distrito e em homenagem ao Padre José de Carvalho, deu-se o nome de Padre Carvalho. Em 15 de novembro de 1966 foram eleitos os senhores Nicolau Ribeiro de Souza e Jurandir Alves Costa como os primeiros Vereadores a representar Padre Carvalho na Câmara de Grão Mogol, seguido de outros. Em 1995 Padre Carvalho, foi emancipado e teve sua primeira eleição em 03 de outubro de 1996 tendo como o primeiro Prefeito da cidade o Sr. João Francisco dos Santos (PADRE CARVALHO, 2015).

1.2 Características demográficas e socioeconômicas do município

O município de Padre Carvalho possui 5.834 habitantes, sendo que 3.612 habitantes moram na zona urbana (61,9%) e 2.222 moram na zona rural (38,1%), tendo uma baixa densidade demográfica, 13,07 hab./km (IBGE, 2010).

A população é composta em sua maioria por pessoas jovens, 51,8% com menos de 25 anos, com o predomínio dos adolescentes do sexo masculino (Tabela 01). Essa tendência do município vai de encontro a atual tendência do Brasil de predomínio das pessoas jovens, com discreta diminuição da natalidade e aumento da esperança de vida. Até os anos 1980, o Brasil era considerado um país jovem, ou seja, o número proporcional de pessoas com faixas de idade inferiores era relativamente maior. No entanto, atualmente, assiste-se a um processo de amadurecimento dos habitantes do país e um conseqüente aumento da população mais velha. Antes, pessoas com mais de 80 anos era algo extremamente raro, atualmente isso vem se tornando cada vez mais comum. A população brasileira está envelhecendo seguindo o mesmo ritmo que a maioria dos demais países em desenvolvimento, passando por estágios que as nações desenvolvidas já

vivenciaram. Isso ocorre em função da elevação dos graus de urbanização e desenvolvimentos econômico e humano do país (IBGE,2010).

Ao longo do século XX o Brasil deixou de ser rural e passou a ser predominantemente urbano, apresentando atualmente mais de 85% da população vivendo em cidades com mais de 20 mil habitantes, segundo dados do Censo Demográfico de 2010 (IBGE, 2010).

Todos esses fatores contribuem para a elevação do aumento da expectativa de vida da população. As taxas de natalidade, por sua vez, tendem a cair em função do aumento do planejamento familiar e da inclusão da mulher no mercado de trabalho, dentre outros motivos (IBGE, 2010).

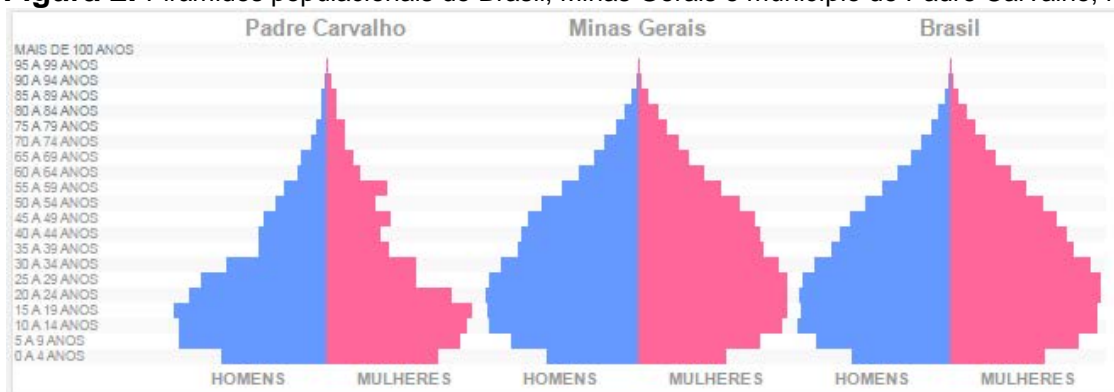
Tabela 1. Distribuição da população do município de Padre Carvalho por faixa etária e sexo, Minas Gerais (MG), 2013.

| Faixa etária | Sexo | | Total | | |
|-------------------|-----------|----------|-------|-------|-------------|
| | Masculino | Feminino | nº | % | % acum. |
| 0 – 4 | 234 | 250 | 484 | 8,3 | 8,3 |
| 5 – 9 | 331 | 302 | 633 | 10,9 | 19,1 |
| 10 – 14 | 331 | 317 | 648 | 11,1 | 30,3 |
| 15-19 | 342 | 325 | 667 | 11,4 | 41,7 |
| 20-25 | 308 | 282 | 590 | 10,1 | 51,8 |
| 25-29 | 281 | 201 | 482 | 8,3 | 60,1 |
| 30-34 | 223 | 203 | 426 | 7,3 | 67,4 |
| 35-39 | 153 | 142 | 295 | 5,1 | 72,4 |
| 40-44 | 120 | 120 | 240 | 4,1 | 76,5 |
| 45-49 | 141 | 144 | 285 | 4,9 | 81,4 |
| 50-54 | 115 | 110 | 225 | 3,9 | 85,3 |
| 55-59 | 105 | 136 | 241 | 4,1 | 89,4 |
| 60 -64 | 106 | 105 | 211 | 3,6 | 93,0 |
| 65-69 | 70 | 76 | 146 | 2,5 | 95,5 |
| 70-74 | 38 | 50 | 88 | 1,5 | 97,0 |
| 75-79 | 26 | 40 | 66 | 1,1 | 98,2 |
| 80-84 | 14 | 22 | 36 | 0,6 | 98,8 |
| 85-89 | 16 | 21 | 37 | 0,6 | 99,4 |
| 90-94 | 9 | 11 | 20 | 0,3 | 99,8 |
| 95-99 | 7 | 4 | 11 | 0,2 | 99,9 |
| + 100 anos | 3 | 0 | 3 | 0,1 | 100,0 |
| TOTAL | 2973 | 2861 | 5834 | 100,0 | |

Fonte: SIAB, 2013 Município Padre Carvalho.

Observa-se na comparação das pirâmides populacionais, que o Estado de Minas Gerais e o Brasil tem estruturas bastante parecidas, predominando as pessoas jovens e adultas. No caso do município de Padre Carvalho, predominam também as pessoas jovens, mas a maioria são crianças e adolescentes do sexo masculino (figura 2).

Figura 2. Pirâmides populacionais do Brasil, Minas Gerais e município de Padre Carvalho, MG.



Fonte: IBGE, 2010.

O nível de alfabetização das pessoas que residem no município apresenta uma boa aderência à escola na idade entre 7-14 anos com 99,1%. Em respeito aos maiores de 15 anos existe 81,8% de pessoas alfabetizadas e 18,2% de pessoas analfabetas, sendo este um dado bastante desfavorável para o município, representado principalmente pelas pessoas de idade avançada e de baixo nível econômico que não possuem condições para estudar (IBGE, 2010).

Quadro 1. Distribuição da população segundo nível de escolaridade, município Padre Carvalho, MG.

| Faixa etária (pessoas) | Nº | % |
|-------------------------------|-------------|----------|
| 7-14 anos | 878 | |
| 7-14 anos na escola | 870 | 99,1% |
| 15 anos e mais | 4956 | |
| 15 anos e mais alfabetizadas | 4054 | 81,8% |
| Analfabetos | 902 | 18,2% |

Fonte: Censo demográfico (IBGE,2010).

Em relação a atividade econômica, entre as pessoas ocupadas na faixa etária de 18 anos ou mais, 51,71% trabalham no setor agropecuário, 0,28% na indústria

extrativa, 5,47% na indústria de transformação, 4,01% no setor de construção, 0,82% nos setores de utilidade pública, 5,29% no comércio e 21,31% no setor de serviços. A principal atividade econômica do município é a agricultura (coleta da resina de pino), também são encontrados profissionais autônomos que exercem suas funções em pequenos comércios, salão de beleza, lava-jatos entre outros. O índice de emprego não é alto, pois o município não possui grandes empresas e nenhuma fábrica, ocasionando então elevada migração à procura de oportunidades e melhores condições de vida em outras cidades (PNUD, 2013).

A renda média mensal predominante é de 1 a 2 salários mínimos (77%), sendo que 16% recebem menos de 1 salário mínimo e 7% vivem com mais de 3 salários mínimos. Todas as casas estão conectadas a rede de energia elétrica, recebem água potável encanada e coleta de lixo 2 vezes por semana. Em relação ao destino das águas residuais, 57,4% dos domicílios possuem rede de coleta, 6,2% desprezam-nas a céu aberto e 43,4% possuem fossa séptica (PNUD, 2013).

1.3. A rede municipal de saúde do município de Padre Carvalho

O município possui 100% de cobertura da Atenção Básica para a população, com Estratégia Saúde da Família. Há 2 equipes de Saúde da Família (ESF), sendo uma alocada na área urbana (Equipe de Saúde "Padre Carvalho") e outra na área rural (Equipe de Saúde "Campo de Vacarias"). O território do município está dividido em 2 áreas, sendo a área 02 com maior número de famílias e habitantes (Tabela 2).

Tabela 2. Distribuição de famílias e habitantes por área sob responsabilidade das ESF do município Padre Carvalho, Minas Gerais, 2013.

| Área da ESF | Famílias | Habitantes |
|------------------|-------------|--------------|
| 01 – área rural | 353 | 2222 |
| 02 – área urbana | 907 | 3612 |
| Total | 1260 | 5.834 |

Fonte: SIAB, 2013. Município Padre Carvalho

O município conta também com serviço odontológico localizado nas duas zonas, urbana e rural onde 02 dentistas realizam as atividades odontológicas e

educativas na área de saúde bucal. O município apresenta cobertura de Saúde Bucal de 100,00 %. Se considerada somente a Estratégia Saúde da Família tem-se uma cobertura de 100,00 % na atenção integral ao paciente.

1.3.2. Média e Alta Complexidade

Os serviços de média e alta complexidade de referência para o município correspondem aqueles contemplados pelas pactuações por meio do Programa de Pactuação Integrada (PPI), sendo as cidades de Montes Claros, Taioberas e Salinas os municípios de referência para consultas especializadas e internações.

1.3.3. Recursos Humanos em Saúde

O vínculo empregatício dos profissionais que atuam na Atenção Primária à Saúde (APS) do município ocorre por meio de contrato de trabalho, cuja renovação ocorre a cada 1 ano e por meio de concursos, sendo a carga horária de 40 h semanais. O quadro de profissionais da APS conta atualmente com 02 médicos, 02 dentistas, 03 enfermeiros, 02 técnicos de saúde bucal, 08 técnicos de enfermagem e 13 Agentes Comunitários de Saúde (ACS).

1.3.4 Conselho Municipal de Saúde

O Conselho Municipal de saúde do município é formado por 25% de representantes dos trabalhadores da saúde, 50% de representantes da população e 25% com representantes da gestão municipal. As reuniões do Conselho ocorrem mensalmente, sendo que o mesmo tem caráter permanente e deliberativo.

1.3.5 Fundo Municipal de Saúde

O financiamento do Sistema de Saúde do município Padre Carvalho é feito por meio do repasse fundo a fundo nos blocos programáticos Atenção Básica, Vigilância em Saúde, Investimentos, Assistência Farmacêutica (Farmácia popular).

O repasse relativo a Atenção básica é distribuído em dois sub-blocos: Piso de Atenção Básica fixo (PAB-fixo) e Piso da Atenção Básica variável (PAB-variável). O repasse mensal do PAB-Fixo é realizado com base na população, em fevereiro de 2015 foi de R\$ 13.827,33 (treze mil,oitocentos e vinte e sete reais e trinta e três centavos). O PAB-variável do município se divide em: Saúde da Família, Saúde Bucal, Agentes Comunitários de Saúde, Incentivo Adicional PSF, Programa de Melhoria do acesso E da Qualidade – PMAQ. O repasse mensal de fevereiro de 2015 para o município do PAB-variável foi de R\$ 59.162,00 (cinquenta e nove mil, cento e sessenta e dois reais). O repasse total para a Atenção Básica em fevereiro de 2015 foi de R\$ 79.989,33 (BRASIL, 2015).

1.4 Diagnóstico situacional do município padre carvalho

O diagnóstico situacional baseado no método da estimativa rápida (CAMPOS *et al*, 2010), foi realizado no período de Janeiro de 2013 a Janeiro de 2014, com a colaboração dos ACS. Os princípios que apoiam a estimativa rápida são: coletar somente os dados pertinentes e necessários; obter informações que possam refletir as condições e as especificidades locais e envolver a população na realização da estimativa rápida.

Foi observado que há uma alta prevalência de doenças crônica não transmissível no município, que podem levar a complicações e a morte devido ao pobre acompanhamento dos pacientes portadores das mesmas. As principais doenças no município são: Cardiopatias (principalmente de causa chagásica) com 283 pacientes, Doença de Chagas Crônico com 250 pacientes e Hipertensão Arterial com 538 pacientes. Observou-se o predomínio de pacientes que sofrem de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), sendo este o maior problema dentro da população adscrita devido a suas complicações e consequência (SIAB,2013).

Em 2013, dos 538 pacientes atendidos na unidade básica, com HAS somente 391 hipertensos cadastrados estavam no Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), o que corresponde a 11,5% da população adulta (acima de 19 anos). Entre os hipertensos cadastrados apenas 250 (63,9%) se submeteram à avaliação médica e apenas 12 hipertensos (3,07%) foram totalmente acompanhados pela equipe,

seguindo os critérios da Linha Guia: Atenção à Saúde do Adulto – Hipertensão e Diabetes. Nenhuma atividade preventiva estava sendo realizada, principalmente, porque o processo de trabalho da equipe estava desorganizado. Neste contexto, inexistia divisão do trabalho e as ações estavam centradas somente na cura das pessoas. Pode-se verificar que a falta de controle adequado dos pacientes com HAS tem levado a internações frequentes e complicações cada vez mais severas. Em 2013 ocorreram 42 internações por causa de HAS descontrolada ou com complicações secundárias a ela, do total de internações no município, o que representa um 69%.

De acordo com os relatos ou registros de 95% da população da área de abrangência município de Padre Carvalho, pôde-se observar que os principais problemas apresentados pelo serviço de saúde eram: acompanhamento deficiente aos portadores de HAS; falta de equipamentos e materiais nos postos de saúde, falta de medicamentos para providenciar aos pacientes com doenças crônicas.

No segundo momento foi realizada a priorização de problemas. Após a identificação, tornou-se necessária a seleção ou priorização daqueles problemas que seriam enfrentados, uma vez que, dificilmente, todos poderão ser resolvidos ao mesmo tempo, principalmente, pela falta de recursos (financeiros, humanos, materiais, etc). Como critérios para seleção dos problemas, a ESF considerou a importância do problema, sua urgência e a própria capacidade para enfrentá-los (Quadro 02).

Quadro 2. Priorização dos problemas identificados pelas ESFs na estimativa rápida segundo importância, urgência e capacidade de enfrentamento, município de Padre Carvalho, Minas Gerais.

| Principais problemas | Importância | Urgência | Capacidade de Enfrentamento | Seleção |
|---|--------------------|-----------------|------------------------------------|----------------|
| Acompanhamento deficiente aos portadores de HAS. | Alta | 7 | Parcial | 1 |
| Falta de equipamentos e materiais. | Alta | 6 | Fora | 2 |
| Falta de medicamentos para providenciar aos pacientes com doenças crônicas. | Alta | 5 | Fora | 3 |

Fonte: ESF do município de Padre Carvalho.

Assim, o problema selecionado como prioritário foi o “acompanhamento deficiente aos portadores de HAS”, por ser o único problema passível de enfrentamento pela equipe.

2. JUSTIFICATIVA

A HAS é considerada um problema de saúde pública por sua magnitude, risco e dificuldades no seu controle (MOLINA *et al.* 2003). Sua evolução clínica é lenta, possui uma multiplicidade de fatores e, quando não tratada adequadamente, traz graves complicações, temporárias ou permanentes. Representa elevado custo financeiro à sociedade, principalmente por sua ocorrência associada a agravos como doença cerebrovascular, doença arterial coronária, insuficiência cardíaca e renal crônicas, doença vascular de extremidades. Sua característica crônica e silenciosa dificulta a percepção dos sujeitos portadores do problema. Torna-se assim “perversa” por sua invisibilidade, e acaba por comprometer a qualidade de vida. Traz, ainda, como consequências, internações e procedimentos técnicos de alta complexidade, levando ao absenteísmo no trabalho, óbitos e aposentadorias precoces, comprometendo a qualidade de vida dos grupos sociais mais vulneráveis (TOLEDO *et al.*, 2007).

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

O presente trabalho teve como objetivo a elaboração de um plano de ação com o intuito de organizar a assistência aos portadores de hipertensão arterial do município de Padre Carvalho e o mesmo já está sendo executado pelo município desde Junho de 2014.

3. OBJETIVOS

3.1. Objetivo geral

Elaborar um plano de ação para a reorganização do acompanhamento de pacientes adultos portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica pelas Equipes de Saúde da Família do município de Padre Carvalho, Minas Gerais.

3.2. Objetivos específicos

- Realizar revisão conceitual e atualização sobre hipertensão e acompanhamento à hipertensos;
- Identificar os fatores determinantes para melhorar o acompanhamento dos pacientes portadores de HAS no município Padre Carvalho;
- Propor um processo de reorganização do trabalho das ESF no acompanhamento dos portadores de HAS do município.

4. METODOLOGIA

Para elaboração do plano de ação para o acompanhamento de pacientes portadores de HAS do município Padre Carvalho, utilizou-se o método de Planejamento Estratégico Situacional (CAMPOS *et al.*, 2010). Para a identificação dos principais problemas de saúde do município foi utilizado o modo de estimativa rápida que permite realizar esta ação num curto período de tempo. Foram consideradas as três fontes principais descritas no método: registros escritos existentes ou fontes secundárias, entrevistas com informantes-chaves e observação ativa da área. . Em relação aos registros existentes, as fontes de coletas de dados foram os registros do SIAB das fichas de: Situação de Saúde e Acompanhamento (SSA2), Fichas de acompanhamento (B) e Ficha de Atividades, procedimentos e notificações (D), Relatório de Produção e de Marcadores para Avaliação (PMA2), os consolidados da Vigilância Epidemiológica e prontuários de pacientes. A coleta foi realizada no período de abril a maio de 2014, dos dados referentes ao período de janeiro de 2013 a janeiro de 2014.

Foi possível conhecer os principais problemas enfrentados pelos usuários adscritos na área de abrangência da equipe. Assim, pela dificuldade da equipe em resolver todas as situações adversas enfrentadas pelos usuários, bem como analisada sua governabilidade, foi possível propor uma intervenção sobre a doença que acaba comprometendo a saúde e a qualidade de vida. Para melhorar o deficiente acompanhamento aos pacientes portadores de HAS, que foi considerado como o principal problema de saúde na população adscrita, elaborou-se um plano de ação capaz de atuar sobre os nós críticos e tentar dar solução ao mesmo.

Para a revisão da literatura, foram selecionadas quarenta e dois textos, cujas fontes de busca foram livros, textos, periódicos e artigos eletrônicos expostos em bancos de dados com acesso livre, como Literatura-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Google Scholar e Scientific Electronic Library Online (SCIELO) utilizando as seguintes palavras chaves: hipertensão, prevenção de doenças, educação em saúde, equipe de assistência ao paciente. Foram consideradas para desenvolvimento do trabalho as referências que tiveram publicação no período de 2001 a 2013, tendo como idioma principal o português.

Para apoio metodológico foi utilizado o módulo Iniciação a Metodologia: Textos Científicos (CORREA et.al., 2013). Também foram analisados os dados das fichas do SIAB e prontuário dos usuários adscritos ao território da equipe.

5. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

A HAS é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial, considerando valores de Pressão Arterial Sistólica maior ou igual 140 mmHg e/ou de PA Diastólica maior ou igual 90mmHg em medidas de consultório com diagnóstico validado por medidas repetidas em, pelo menos, três ocasiões (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010). O quadro 4 apresenta a classificação da pressão arterial em adultos com mais de 18 anos, conforme as diretrizes brasileiras de hipertensão arterial (SBH/SBC/SBN, 2002).

Quadro 3. Classificação da pressão arterial em adultos(>18 anos).

| Classificação | Pressão Sistólica(mmHg) | Pressão Diastólica(mmHg) |
|---------------------|-------------------------|--------------------------|
| Ótima | <120 | <80 |
| Normal | <130 | <85 |
| Limítrofe | 130-139 | 85-89 |
| | Hipertensão | |
| Estágio 1(leve) | 140-159 | 90-99 |
| Estágio 2(moderada) | 160-179 | 100-109 |
| Estágio 3(grave) | >180 | >110 |
| Sistólica Isolada | >140 | <90 |

Fonte: SBH/SBC/SBN, 2010

Após o diagnóstico a hipertensão arterial é classificada em dois tipos: primária, com causa desconhecida, ou secundária, com causa orgânica desencadeadora da elevação dos valores pressóricos, geralmente doenças renais e endócrinas são as principais causas (FERREIRA, 2010). De acordo com Silva *et.al.* (2011) trata-se de uma doença também conhecida como “assassina silenciosa”, pois na maioria das vezes não apresenta sintomas, o que dificulta seu diagnóstico e a adesão ao tratamento.

No Brasil, a HAS é um dos mais importantes fatores de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, cérebro vasculares e renais, sendo responsáveis por 40% das mortes por acidente vascular encefálico, 25% das mortes por doença arterial coronária e, em combinação com o diabetes, por 50% dos casos de insuficiência renal terminal (BRASIL, 2007). As pessoas com HAS podem desenvolver complicações associadas a hipertensão, sendo muitas vezes diagnosticada já na ocorrência de um infarto, acidente vascular encefálico ou

insuficiência renal, momento em que estas pessoas procuram o cuidado médico (SILVA *et al*, 2011).

A prevalência da HAS na população brasileira urbana adulta variou de 22,3% a 43,9%, porém mais marcadamente para as mulheres, alcançando 3%, entre os 18 e os 24 anos de idade e 65,7% na faixa etária de 65 anos ou mais de idade. Com relação à escolaridade, houve associação inversa enquanto 29,9% das mulheres com até oito anos de escolaridade referiram diagnóstico de HAS, a mesma condição foi observada em apenas 13% das mulheres com doze ou mais anos de escolaridade (VIGITEL, 2012).

A identificação de vários fatores de risco para hipertensão arterial, tais como: a hereditariedade, a idade, o gênero, o grupo étnico, o nível de escolaridade, o status socioeconômico, a obesidade, o etilismo, o tabagismo e o uso de anticoncepcionais orais, muito colaboraram para os avanços na epidemiologia cardiovascular e, conseqüentemente, nas medidas preventivas e terapêuticas dos altos índices pressóricos, que abarcam os tratamentos farmacológicos e não-farmacológicos (PETRELLA, 1999).

O processo demográfico de envelhecimento da população, evidenciado através da Pesquisa Nacional por Amostragem Domiciliar (PNAD) de 1997 a 1999, implica em um incremento futuro na incidência e prevalência das doenças crônico-degenerativas, entre elas as doenças cardiovasculares. Já em 1990, mais da metade dos óbitos ocorridos em idosos no Brasil foram causados por este grupo de doenças. Neste contexto, a HAS devido a seu importante papel como fator de risco cardiovascular modificável revela-se como um dos mais importantes problemas de saúde pública de nosso país, com prevalências entre 10 e 42%, dependendo da região, subgrupo populacional ou critério diagnóstico utilizado. Além disso, acumula-se na literatura científica evidência substancial, demonstrando que ações preventivas e terapêuticas direcionadas à HAS reduzem a morbimortalidade associada às doenças cardiovasculares (MCMAHON; RODGERS, 2003).

A HAS é considerada um importante problema de saúde pública, visto que a morbimortalidade e os custos com o seu tratamento são elevados. Por ser muitas vezes assintomática, há dificuldades para que os indivíduos procurem os serviços de saúde para o diagnóstico e adesão ao tratamento. Somam-se ainda a falta de estrutura dos sistemas de saúde para atender a essa população e as escassas ações preventivas para reduzir os fatores de risco (GONTIJO, 2012).

A HAS é um dos fatores envolvidos na gênese da síndrome metabólica o que merece destaque devido a sua incidência aumentar com a idade, sendo a doença crônica mais comum em idosos, com prevalência igual ou superior a 60% em países desenvolvidos (COSTA *et.al*, 2009). No Brasil, aproximadamente 17 milhões de pessoas são portadoras de HAS, o que representa 35% da população com mais de 40 anos (BRASIL, 2007).

Além disso, o aumento da probabilidade de desfechos circulatórios fatais ou não-fatais, quando a HAS esta associada a outros fatores de risco, essa multiplicidade de consequências coloca a hipertensão arterial na origem das doenças cardiovasculares e, portanto, caracteriza-a como uma das causas de maior redução da qualidade e expectativa de vida dos indivíduos (FUCHS, 2004), o que torna muito importante o conhecimento de sua ocorrência nos municípios e o seu controle nos pacientes portadores, para evitar principalmente eventos cardiocirculatórios (JARDIM *et.al*, 2007).

5.1. Protocolos assistenciais para o acompanhamento do hipertenso

Para o estabelecimento de protocolos assistenciais adequados para o acompanhamento aos pacientes portadores de HAS é necessário fazer uma classificação de risco considerando a dependência, grau de comprometimento de órgãos alvos e capacidade de autocuidado.

Entende-se como capacidade de autocuidado insuficiente (conceito operacional) a limitação em níveis relevantes da capacidade de autocuidado dos indivíduos pelas seguintes situações: dificuldade de compreensão de sua condição crônica; desinteresse na mudança de comportamento necessária para melhoria da sua condição; baixo suporte familiar e social; não se ver como agente de mudança de sua saúde; recolher-se em sua condição crônica; estar sem ação para melhoria de sua condição; abandonar o acompanhamento porque não atingiu uma de suas metas e depressão grave com prejuízo nas atividades diárias (adaptado de Grupo Hospitalar Conceição de Porto Alegre, 2013).

Entende-se por Lesões de Órgãos-Alvo (LOA): hipertrofia de ventrículo esquerdo, identificada no eletrocardiograma de rotina, estagio de função renal 3B ou achados evidenciados em exames anteriores não recomendados como rotina na

atenção primária (espessura medio-intimal de carótida > 0,9 mm ou placa de ateroma em carótida, índice tornozelo-braquial < 0,9 mm e velocidade de onda de pulso > 12 m/s(MINAS GERAIS, 2013).

Entende-se por condições clínicas associada: doença cerebrovascular (acidente vascular encefálico isquêmico ou hemorrágico, ataque isquêmico transitório); doença cardiovascular (angina, infarto agudo do miocárdio, revascularização coronária, insuficiência cardíaca); doença arterial periférica; retinopatia avançada (papiledema, hemorragias e exsudados) e doença renal crônica (categoria de função renal 4 ou 5) (MINAS GERAIS, 2013).

Quadro 4. Estratificação de risco de indivíduos com hipertensão arterial.

| Risco | Critérios |
|-------------------|--|
| Baixo | <ul style="list-style-type: none"> • < 10% de risco de evento cardiovascular maior em 10 anos, com capacidade de autocuidado suficiente e Ausência de LOA identificadas e Ausência de condições clínicas associadas |
| Moderado | <ul style="list-style-type: none"> • < 10% de risco de evento cardiovascular maior em 10 anos, com capacidade de autocuidado insuficiente ou • 10% a 20% de risco de evento cardiovascular maior em 10 anos. - Em qualquer uma das opções e obrigatória a Ausência de LOA identificada e Ausência de condições clínicas associadas |
| Alto | <ul style="list-style-type: none"> • > 20% de risco de evento cardiovascular maior em 10 anos com capacidade de autocuidado suficiente e/ou • LOA identificada, com capacidade de autocuidado suficiente. Em qualquer uma das opções e obrigatória a Ausência de condições clínicas associadas |
| Muito Alto | <ul style="list-style-type: none"> • > 20% de risco de evento cardiovascular maior em 10 anos com capacidade de autocuidado insuficiente e/ou • LOA identificada, com capacidade de autocuidado insuficiente e/ou • Presença de condições clínicas associadas |

Fonte: Adaptado da Secretaria Municipal de Saúde de Manaus (MANAUS, 2013). Grupo Hospitalar Conceição de Porto Alegre (BRASIL, 2009)

A atenção programada é uma importante ferramenta de gestão da clínica. Esse instrumento subsidia a organização do processo de trabalho da equipe de saúde e permite a observação dos princípios da eficiência na utilização dos recursos

disponíveis e da equidade na atenção aos usuários. A atenção a saúde de forma programada possibilita a adesão ao tratamento e a prevenção das complicações, da ocorrência de agudização dessas condições crônicas, da hospitalização e da mortalidade. A programação local deve ser elaborada em cada ponto de atenção a saúde de uma rede de atenção. A programação local deve ser feita idealmente com periodicidade anual, utilizando-se os parâmetros de prevalência e de assistência (MENDES *et al*, 2012)(quadros 6 e 7).

Quadro 5. Parâmetros de assistência para os usuários com hipertensão arterial sistêmica, por estrato e procedimento, na Atenção Primária à Saúde.

| Procedimento Previsto | Estratificação de risco dos usuários | | | |
|----------------------------|--------------------------------------|-----------|-----------|------------|
| | Baixo | Moderado | Alto | Muito alto |
| Consulta médica | 2 / anos | 3 / anos | 3 / anos | 3 / anos |
| Consulta de enfermagem | 2 / anos | 3 / anos | 2 / anos | 2 / anos |
| Grupo operativo | 2 / anos | 3 / anos | 3 / anos | 4 / anos |
| Visita domiciliar pelo ACS | 6 / anos | 12 / anos | 18 / anos | 24 / anos |
| Eletrocardiograma | 1 / 3 anos | 1 / ano | 1 / ano | 1 / ano |
| Fundoscopia | 1 / 2 anos | 1 / ano | 1 / ano | 1 / ano |
| Raios X de tórax | 1 / 2 anos | 1 / ano | 1 / ano | 1 / ano |

Fonte: Coordenadoria da Rede de Hipertensão e Diabetes da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (MINAS GERAIS, 2013).

Quadro 6. Parâmetros de assistência para os usuários com hipertensão arterial sistêmica, por estrato e exame laboratorial, na Atenção Primária à Saúde.

| Exame | Estratificação de risco dos usuários | | | |
|----------------------------|--------------------------------------|-----------|---------|------------|
| | Baixo | Moderado | Alto | Muito alto |
| Glicemia de jejum | 1/3 anos | 1/ 2 anos | 1/ ano | 1/ ano |
| Creatinina | 1/ ano | 1/ ano | 1/ ano | 1/ ano |
| Potássio | 1/ ano | 1/ ano | 1/ ano | 1/ ano |
| Colesterol Total | 1/2 anos | 1/ ano | 1/ ano | 1/ ano |
| Colesterol frações | 1 / 2 anos | 1 / ano | 1/ ano | 1 / ano |
| Triglicérides | 1/2 anos | 1 / ano | 1 / ano | 1 / ano |
| Urina rotina | 1/ ano | 1 / ano | 1 / ano | 1 / ano |
| Microalbuminúria | 1/2 anos | 1/ano | 1/ano | 1/ano |
| Hemoglobina ou hematócrito | 1/2 anos | 1/ano | 1/ano | 1/ano |

Fonte: Coordenadoria da Rede de Hipertensão e Diabetes da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (MINAS GERAIS, 2013).

6. PLANO DE AÇÃO

O plano de ação para o município Padre Carvalho foi elaborada por meio do Planejamento Estratégico Situacional Simplificado. Foi possível identificar que as doenças que mais acometem a população adulta (maior de 18 anos) são: Hipertensão Arterial Sistêmica (15,8%), Cardiopatia (8,3%) e Doença de Chagas na forma crônica (7,4%). De acordo com os relatos ou registros de 95% da população da área de abrangência do município, pôde-se observar que o principal problema apresentado pelo serviço de saúde é: o acompanhamento deficiente aos pacientes portadores de HAS.

6.1. Causas relacionadas ao problema selecionado

6.1.1. Causas relacionadas ao paciente

- Baixa adesão aos serviços de saúde (apenas 69,8% dos hipertensos confirmados consultaram em 2013 e 2,7% participaram de grupo operativo). Essa baixa adesão pode ser explicada devido à dificuldade dos trabalhadores em consultar no horário de trabalho, ao baixo nível educacional (42% da população possui ensino fundamental incompleto) e pela evolução assintomática da doença;
- Cultura local: grande parte da população acredita que tem que ser acompanhado pelo especialista (cardiologista) que o clínico geral não está preparado para atender hipertensos;

6.1.2. Causas relacionadas à equipe de saúde:

Fatores estruturais:

- Alta rotatividade de profissionais. Compromete a criação de vínculo equipe-paciente;
- Desinformação dos profissionais quanto a melhor forma de abordar o paciente hipertenso;
- Pouca acessibilidade aos trabalhadores por causa do horário

Fatores relacionados ao processo de trabalho:

- Falta de programação eficiente das atividades (não agendamento das consultas (atendimento á demanda espontânea), atrasos nos atendimentos,);
- Falta de equidade na distribuição das consultas. Dos 391 hipertensos cadastrados, apenas 250 passaram pela consulta;
- Não utilização de protocolos clínicos e de organização do serviço para hipertensão arterial (condutas divergentes, não estabelecimento de metas);

6.1.3. Causas relacionadas à gestão da saúde:

- Manutenção de um sistema de saúde voltado somente para a cura e clientelista;
- Falta de incentivo para atividades preventivas e de reabilitação;
- Demora na autorização para realização de exames laboratoriais e de alta complexidade;

6.1.4. Consequências relacionadas às causas apontadas

- Agravamento dos quadros clínicos, sequelas irreversíveis e óbitos de pacientes;
- Baixa adesão dos usuários ao acompanhamento da doença;
- Baixa cobertura para consultas;
- Receitas vencidas;
- Auto-medicação;
- Aumento da demanda no pronto atendimento;
- Dificuldades da equipe em organizar um atendimento de qualidade.
- Aumento progressivo dos gastos em saúde e procedimentos de alta complexidade.

Foi necessário fazer uma análise capaz de identificar, entre as várias causas, aquelas consideradas mais importantes na origem do problema, as que precisam ser enfrentadas. Para realizar essa análise, utilizamos o conceito de “nó crítico” proposto pelo PES. O “Nó crítico é um tipo de causa de um problema que, quando “atacada”, é capaz de impactar o problema principal e efetivamente transformá-lo. O “nó crítico” traz também a ideia de algo sobre o qual eu posso intervir, ou seja, que está dentro do meu espaço de governabilidade. Ou, então, o seu enfrentamento tem possibilidades de ser viabilizado pelo ator que está planejando” (CAMPOS *et al*, 2010)

6.1.5. Nós críticos (NC):

- NC 1: Falta de programação eficiente das atividades ((não agendamento das consultas (atendimento á demanda espontânea), atrasos nos atendimentos);
- NC 2: Não utilização de protocolo clínico e de organização do serviço para HAS (condutas divergentes, não estabelecimento de metas).
- NC3: Falta de equidade na distribuição das consultas.

As ações propostas para cada um dos nós críticos identificados foram expostas nos Quadros 7,8 e 9.

Quadro 7. Operações sobre o nó crítico “Falta de programação eficiente das atividades”.

| Nó crítico 1 | Falta de programação eficiente das atividades |
|--|---|
| <p>Operação</p> <p>Projeto</p> <p>Resultados esperados</p> <p>Produtos esperados</p> <p>Atores sociais/responsabilidades</p> <p>Recursos necessários</p> <p>Recursos críticos</p> | <p>Elaborar agenda programada. Organizar a agenda de acordo com as orientações do plano diretor da atenção primaria de saúde.</p> <p>Ritmo e tempo certo Agendas Organizadas. Atendimento com horário programado. Atividades sendo realizadas de forma planejada e organizada. Satisfação dos usuários e melhor adesão Programação mensal das atividades (consultas médicas, consultas de enfermagem, grupos operativos.</p> <p>Pacientes hipertensos / Equipe de saúde</p> <p>Organizacional: Reorganização das atividades da equipe com implementação da agenda programada. Financeiro: Para aquisição de cadernos para confecção de novas agendas. Político: Aprovação do projeto pelo coordenador da atenção primária. Adesão dos profissionais de saúde para a agenda programada Financeiro: Para aquisição de cadernos para confecção de novas agendas.</p> |

| | |
|--|---|
| Nó crítico 1 | Falta de programação eficiente das atividades |
| Controle dos recursos críticos/viabilidade Ação estratégica de motivação Responsáveis Cronograma/Prazo Gestão, acompanhamento e avaliação | Político: Aprovação do projeto pelo coordenador da atenção primária. Adesão dos profissionais de saúde para a agenda programada. Ator que controla: Coordenador da Atenção Primária à Saúde Motivação: favorável Adesão da ESF e do Gestor Municipal Doutora Maikenia De Julho a Setembro de 2014 Agenda Programada elaborada |

Quadro 8. Operações sobre o nó crítico “Não utilização de protocolo clínico e de organização do serviço para HAS”.

| | |
|---|--|
| Nó crítico 2 | Não utilização de protocolo clínico e de organização do serviço para HAS (condutas divergentes, não estabelecimento de metas) |
| Operação | Utilizar os protocolos. Adotar a linha guia: Saúde do Adulto-hipertensão e diabetes da SES-MG como referência. |
| Projeto | Respeito por nossa saúde |
| Resultados esperados | Condutas padronizadas e processo de trabalho organizado. |
| Produtos esperados | Protocolo elaborado e implementado, conforme ao Programa de Saúde. |
| Atores sociais/responsabilidades | Pacientes hipertensos/Equipe de saúde |
| Recursos necessários | Cognitivo: Informações sobre os protocolo e processos assistenciais pela equipe. Financeiro: Para aquisição de recursos audiovisuais, folhetos. Político: Aprovação do projeto pelo Secretário de Saúde |
| Recursos críticos | Financeiro: Para aquisição de recursos audiovisuais, folhetos. Político: Aprovação do projeto pelo Secretário de Saúde |

| | |
|---|--|
| Nó crítico 2 | Não utilização de protocolo clínico e de organização do serviço para HAS (condutas divergentes, não estabelecimento de metas) |
| Controle dos recursos críticos/viabilidade | Ator que controla: Coordenador da Atenção Primária à Saúde Secretário Municipal de Saúde Lideranças locais |
| Ação estratégica de motivação | Adesão da ESF |
| Responsáveis | Doutora Maikenia |
| Cronograma/Prazo | Apresentação do projeto: Junho de 2014. Utilizar os protocolos: Outubro de 2014 a Janeiro de 2015 |
| Grupo operativo | Grupo de Hipertensão |

Quadro 9. Operações sobre o nó crítico “Falta de equidade na distribuição das consultas”.

| | |
|---|---|
| Nó crítico 3 | Falta de equidade na distribuição das consultas |
| Operação | Implantar um sistema de acolhimento e busca ativa dos usuários com hipertensão vínculo profissional-paciente. Consultas médicas melhor distribuídas e demanda espontânea diminuída. Melhora do indicador de acompanhamento dos hipertensos. |
| Projeto | Saúde para todos |
| Resultados esperados | Hipertensos acompanhados satisfatoriamente |
| Produtos esperados | Acolhimento implantado: Acolher todos os pacientes que solicitarem acolhimento na UBS. Os usuários serão avaliados pelo enfermeiro (de acordo com o protocolo de atendimento do município) e agendamento dos casos segundo a gravidade do caso. Monitoramento da prescrição médica: reação do fichário para hipertensos (atualizado pelos ACS) para a renovação das receitas. Sistema de busca ativa implantado: fazer acompanhamento dos pacientes por meio das visitas domiciliares |
| Atores sociais/responsabilidades | Pacientes hipertensos/Equipe de saúde |
| Recursos críticos | Financeiro: Recursos para confecção dos fichários Recursos para confecção do fichário |
| Controle dos recursos críticos/viabilidade | Ator que controla: Coordenador da Atenção Primária de Saúde Secretário Municipal de Saúde |
| Ação estratégica de | Adesão da ESF |

| | |
|---|--|
| Nó crítico 3 | Falta de equidade na distribuição das consultas |
| motivação | |
| Responsáveis | Doutora Maikenia |
| Cronograma/Prazo | Acolhimento: De Julho a setembro Monitoramento da prescrição médica: Dezembro de 2014 a Fevereiro de 2015. Busca ativa: Março a Abril de 2015. |
| Gestão, acompanhamento e avaliação | Acolhimento de pacientes, monitoramento da prescrição médica e busca ativa: ativos |
| Grupo operativo | Grupo de Hipertensão |

O acompanhamento deste plano de ação e monitoramento do cumprimento de cada um dos projetos propostos detalhado no quadro 10.

Quadro 10. Acompanhamento do plano de ação.

| Operação | Produtos | Responsável | Prazo atual | Situação Justificativa | Novo prazo |
|--|---|--------------------|-------------------------------------|---|-------------------|
| Apresentação do projeto | Projeto implantado | Doutora Maikenia | Junho de 2014 | Apresentado | |
| Elaborar agenda programada | Programação mensal | Doutora Maikenia | Julho-Setembro de 2014 | Elaborado | |
| Implantar acolhimento | Acolhimento implantado | Doutora Maikenia | Julho – Setembro de 2014 | Implantado | |
| Utilização de protocolos de atendimento | Protocolos elaborados e implementados | Doutora Maikenia | Outubro de 2014 a Janeiro de 2015 | Em uso | |
| Implantar busca ativa dos usuários com HAS | Sistema de busca de usuários implantada | Doutora Maikenia | Dezembro de 2014- Fevereiro de 2015 | Implantada busca ativa de usuarios | |
| Implantar busca ativa dos usuários com HAS | Monitoramento da prescrição médica | Doutora Maikenia | Março- Abril de 2015 | Implantado monitoramento da prescrição médica | |

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A hipertensão arterial é um importante fator de risco para doenças decorrentes de aterosclerose e trombose, que se exteriorizam, predominantemente, por acometimento cardíaco, cerebral, renal e vascular periférico. Considerando isto é importante fazer um acompanhamento adequado aos pacientes portadores dessa doença e evitar assim complicações como as antes mencionadas, internações e gastos inescusados.

A elaboração deste trabalho e a colocação em prática do projeto "Ritmo e tempo certo", possibilitou que a equipe refletisse como estava lidando com as demandas e como as atividades estavam sendo realizadas de forma intuitiva e automática.

A realização de exames de laboratório para o acompanhamento dos pacientes, assim como as consultas e seguimento de controle estão sendo resolvidas com a implantação do projeto "Respeito por nossa saúde " e a utilização das linhas guias adequadas para acompanhamento dos pacientes hipertensos.

A busca ativa contínua dos usuários portadores de HAS, com a realização de visitas domiciliares, tem garantido um acompanhamento mais adequado a estes pacientes assim como a detecção precoce de possíveis complicações.

Ao ser plenamente colocado em prática o Plano de ação com as propostas de solução de cada um dos nós críticos selecionados, espera-se que seja obtido um impacto significativo com a melhora do acompanhamento aos pacientes hipertensos e com isto, possibilitando que tenham uma maior qualidade de vida e menos complicações fatais

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, J. C.; GUIMARÃES, A. C. Controle da hipertensão arterial em uma unidade de saúde da família. *Revista de saúde pública*, v. 41, n. 3: p 368-374, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Grupo Hospitalar Conceição. Protocolo de Hipertensão Arterial Sistêmica para a Atenção Primária em Saúde. Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição, 2009. 54 p. Disponível em: <<http://www2.ghc.com.br/GepNet/publicacoes/protocolodehipertensao.pdf>>. Acesso em abril de 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde. Sistema de Informação da Atenção Básica da Equipe de Saúde da Família – SIAB, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundo Nacional de Saúde. Sala de Apoio a Gestão Estratégica. Transferências fundo a fundo – município Padre Machado. Disponível em: <<http://189.28.128.178/sage/>>. Acesso em abril de 2015.

CAMPOS, F. C.; FARIA, H. P.; SANTOS, M. A. Planejamento e avaliação das ações em saúde. 2 ed. Belo Horizonte: Ed. UFMG, 2010.

CORREA, E. J. et. al. **Iniciação a Metodologia**: Textos científicos. Belo Horizonte: Nescon/UFMG. Editora Coopmed.2013.

FUCHS, F. D. Hipertensão arterial sistêmica. In: Duncan BB, Schmidt MI, Giugliani ERJ, et al. *Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseada em evidências*. Porto Alegre: Artmed; p 641-56,2004.

GONTIJO, M. F.; RIBEIRO, A.Q.; KEIN, CH; ROZENFELD, S; ACURCIO, F. A. Uso de anti-hipertensivos e antidiabéticos por idosos: inquérito em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 28(7): 1337-46,2012.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. Cidades@. Município de Padre Machado, Minas Gerais. 2014. Disponível em <<http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=314625&search=minas-gerais|padre-carvalho>>. Acesso em março de 2015.

MANAUS. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saude. Linha-guia de Hipertensao Arterial Sistêmica,Diabetes Mellitus e Doença Renal Crônica; 2013.

McMAHON, S; RODGERS, A. The effects of blood pressure reduction in older patients: na overview of five randomized controlled trials in elderly hypertensives. *Clin Exp Hypertens* 15: 1461-8, 2003

MENDES EV. As mudanças na atenção à saúde e a gestão da clínica. “In”: Mendes EV. *As redes de atenção à saúde*. 2ª edição. Brasil: Organização Pan-Americana da Saúde; 2011. 293-438.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Atenção a saúde do adulto: hipertensão e diabetes**.-2.ed.-Belo Horizonte: SAS/MG, 2007.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. Linha-Guia de Hipertensão Arterial Sistêmica, Diabetes Mellitus e Doença Renal Crônica. Belo Horizonte-2013.

MOLINA, B.; CUNHA, M. D.; HERKENHOFF, L. F.; MILL, J. G. Hipertensão arterial e consumo de sal na população urbana. *Revista Saúde Pública*, v. 37, n. 6: p 743-750, 2003.

PADRE CARVALHO. Prefeitura Municipal. História de Padre Carvalho – MG. Disponível em: <<http://www.padrecarvalho.mg.gov.br/Cidade/frmCidadeHistoria.aspx>> . Acesso em abril de 2015.

PADRE CARVALHO. Secretaria Municipal de Saúde. Departamento de Estatística. Plano Municipal de Saúde, 2013.

PETRELLA, R. J. Lifestyle approaches to managing high blood pressure – new Canadian guidelines. *Can Fam Physician* 45:1750-5, 1999.

PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO - PNUD. Atlas Brasil 2013. Disponível em: <http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/perfil_m/padre-carvalho_mg>. Acesso em fev. 2015.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA / SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSAO / SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. VI Diretrizes Brasileira de Hipertensão. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**; 95(1 supl1): 1-51. 2010.

TOLEDO, M. N.; RODRIGUES, S. C.; CHIESA, A. M. Educação em saúde no enfrentamento da hipertensão arterial: uma nova ótica para um velho problema. *Texto contexto Enfermagem*, v 16, n. 2: p 233-238, 2007.

WIKIPEDIA. Ficheiro Minas Gerais – município de Padre Machado. Disponível em: <http://upload.wikimedia.org/wikipedia/commons/2/2a/MinasGerais_Municip_PadreCarvalho.svg>. Acesso em fev. 2015.