

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

ALANA ZUMBA MILO

**HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA: PLANO DE INTERVENÇÃO
PARA A EQUIPE II DA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA DO
PLANALTO EM MONTES CLAROS - MG**

Montes Claros – MG
2014

ALANA ZUMBA MILO

**HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA: PLANO DE INTERVENÇÃO
PARA A EQUIPE II DA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA DO
PLANALTO EM MONTES CLAROS - MG**

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.

Orientadora: Prof^a. Dra. Selme Silqueira Matos.

ALANA ZUMBA MILO

**HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA: PLANO DE INTERVENÇÃO
PARA A EQUIPE II DA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA DO
PLANALTO EM MONTES CLAROS - MG**

Banca examinadora

Prof^a. Dra Selme Silqueira Matos - Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG -
Orientadora

Prof^a. Dra Célia Maria de Oliveira - Examinadora

Aprovado em Belo Horizonte, em 11/04/2015

RESUMO

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de Pressão Arterial (PA). Apresenta alta morbimortalidade, com perda importante da qualidade de vida, o que reforça a importância do diagnóstico precoce. Conforme dados do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), no mês de abril de 2014, a Estratégia Saúde da Família (ESF) Planalto II, do Município de Montes Claros - MG, tinha em sua área de abrangência 2.803 pessoas assistidas e, de acordo com os dados estatísticos teria em média 840 hipertensos cadastrados. Entretanto, os dados revelaram que apenas 402 hipertensos eram acompanhados pela equipe. Isso mostra que há muitos hipertensos ainda não cadastrados e muitos nem sequer diagnosticados.

OBJETIVO: Propor um plano de intervenção para realizar o cadastramento de todos os pacientes com diagnóstico de Hipertensão Arterial Sistêmica, residentes no território assistido pela ESF Planalto II, segundo a VI Diretriz de Hipertensão (2010).

MÉTODO: Trata-se de uma revisão narrativa de literatura, que se caracteriza por um estudo de material elaborado, encontrado geralmente em bibliotecas e redes eletrônicas que estão abertas ao acesso público, e que possibilitam uma maior compreensão acerca do tema em estudo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS: Diante do plano de intervenção para a ESF Planalto II, observa-se a importância das ações a serem executadas pela equipe multiprofissional em tempo hábil para assim atingir o objetivo principal, que é o cadastramento de 100% da população hipertensa adscrita dentro dos prazos estabelecidos, para melhor prevenção e tratamento da HAS e melhoria da qualidade de vida dessa população.

Palavras-chave: Atenção a Saúde; Protocolos; Atenção Primária à Saúde; Hipertensão; intervenção.

ABSTRACT

Hypertension (HBP) is a multifactorial clinical condition characterized by high and sustained levels of blood pressure (BP). It has high morbidity and mortality, with significant loss of quality of life, which reinforces the importance of early diagnosis. According to data from the Primary Care Information System (SIAB) the coverage area of UBS Plateau II in the city of Montes Claros MG, in April 2014, has on average 840 hypertensive. However, the data show that only 402 hypertensive are registered. This shows that there are many hypertensive not yet registered and many do not even diagnosed. **OBJECTIVE:** To propose an action plan to conduct the registration of all patients diagnosed with systemic hypertension, according to VI Hypertension Guideline (2010), residing in the territory assisted by the Basic Unit Plateau Health II. **METHOD:** This is a literature narrative review, which is characterized by an elaborate study material, usually found in libraries and electronic networks that are open to public access, and enable greater understanding of the subject in estudy. **CONCLUSION:** before the for UBS Plateau II intervention plan Hills County MG, there is the importance of actions to be performed by the multidisciplinary team, in a timely manner so as to achieve the main objective, that is, 100% registration of the hypertensive population enrolled within the deadlines established for better prevention and treatment of hypertension and improving the quality of life of this population.

Key words: Attention to Health; protocols; Primary Health Care; hypertension; intervention.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

- APS - Atenção Primária à Saúde;
- ACS - Agente comunitário de Saúde;
- CODEMIG - Companhia de Desenvolvimento Econômico de Minas Gerais;
- ESF- Estratégia Saúde da Família;
- IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística;
- IDEB - Índice de Desenvolvimento da Educação Básica;
- IDH - Índice de Desenvolvimento Humano;
- NASF - Núcleo de Apoio à Saúde da Família;
- SIAB - Sistema de informação da atenção básica;
- SUS - Sistema Único de Saúde;
- PA - Pressão Aterial;
- PES - O Planejamento Estratégico Situacional;
- PIB - Produto Interno Bruto;
- PNUD - Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento;
- UBS - Unidade Básica de Saúde.

SUMÁRIO

1- INTRODUÇÃO-----	05
2- JUSTIFICATIVA-----	09
3- OBJETIVO-----	10
3.1- OBJETIVO GERAL-----	10
3.2- OBJETIVOS ESPECÍFICOS-----	10
4- MÉTODO-----	10
5-REVISÃO DE LITERATURA-----	11
5.1-ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA-----	11
5.2-HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA-----	14
6- PLANO DE INTERVENÇÃO-----	15
7-CONSIDERAÇÕES FINAIS-----	18
8-REFERÊNCIAS -----	19

1-INTRODUÇÃO

O município de Montes Claros localiza-se no norte de Minas Gerais, estando a 422 km de distância da capital mineira, Belo Horizonte, e a 694 km de distância da capital brasileira, Brasília Distrito Federal. Conta com uma população de 385.898 habitantes (IBGE 2010). O Prefeito da cidade é Ruy Adriano Borges Muniz, a Secretária Municipal de Saúde é Ana Paula de Oliveira Nascimento, o Coordenador da Atenção Básica é Danilo Fernando Macedo Narciso e a coordenadora da Atenção à Saúde Bucal é Marinilza Soares Mota Sales.

As terras do atual município de Montes Claros eram habitadas pelos índios Anais e Tapuias até 1760, a partir de quando começaram a ser desbravadas por Bandeirantes espanhóis e portugueses que estavam à procura de pedras preciosas. Em 12 de Abril de 1707, Antônio Gonçalves Figueira obteve a sesmaria de uma légua de largura por três de comprimento, que constituiu a Fazenda Montes Claros. Com grande número de indígenas escravizados e, a seguir, com o escravo negro, procedeu-se o cultivo da terra e à criação de gado, originando-se os primeiros núcleos de população. Formou-se, então, o povoado de Formigas, onde se erigiu uma capela, sob a invocação de Nossa Senhora e São José. A região foi se desenvolvendo e em 13 de outubro de 1831 foi elevada à categoria de Vila, recebendo o nome de "Vila de Montes Claros de Formigas". Em 1857, a então Vila Montes Claros de Formigas possuía pouco mais de 2 mil habitantes, mas os políticos já pleiteavam a elevação à cidade, pois os melhoramentos existentes eram os mesmos de quase todos os municípios da Província. Assim, pela Lei 802 de 03 julho de 1857, a Vila passou a cidade, chamada apenas Montes Claros. Pela lei provincial nº 1398, de 27 de novembro de 1867 e lei estadual nº 2, de 14 de setembro de 1891, foi criado o distrito de Brejos das Almas, primeiro distrito do município. Com o passar do tempo, o território montesclarensense sofreu diversas perdas territoriais e reformulações administrativas, até que na década de 1980 passou a compor-se dos atuais distritos: Aparecida do Mundo Novo, Ermidinha, Miralta, Nova Esperança, Panorâmica, Santa Rosa de Lima, São João da Vereda, São Pedro de Garça e Vila Nova de Minas.

A cidade ocupa uma área total de 3582,034 km², sendo que 38 700 km² estão em perímetro urbano e os 3543,334 km² restantes constituem a zona rural. A zona urbana possui um número aproximado de 95567 famílias e 98540 domicílios e

a zona rural com 4746 famílias e 5473 domicílios (IBGE 2010). Apresenta um Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de 0,783 (PNUD/2000), sendo o 101º maior de todo o estado de Minas Gerais; 415º de toda Região Sudeste do Brasil e o 969º de todo país. A cidade possui a maioria dos indicadores médios e parecidos com os da média nacional segundo o PNUD (*Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento*). A taxa de urbanização corresponde a 95,2% (IBGE 2010). A renda média familiar na zona urbana é de 931,59 por família, sendo 255 per capita. Em 2000, 92,77% dos domicílios eram atendidos pela rede geral de abastecimento de água, 90,04% das moradias possuíam lixo coletado por serviço de limpeza e 85,52% das residências possuíam rede geral de esgoto ou rede pluvial.

O Produto Interno Bruto - PIB - de Montes Claros é o maior de sua microrregião, destacando-se na área de prestação de serviços. O PIB *per capita* é de R\$ 9 665,14. A agricultura é o setor menos relevante da economia de Montes Claros. Na lavoura temporária são produzidos principalmente a cana-de-açúcar, a mandioca e o milho. A indústria, atualmente, é o segundo setor mais relevante para a economia do município. A cidade conta com um distrito industrial, composto por diversas empresas, que possui área de 5,2 milhões de metros quadrados e é administrado pela Companhia de Desenvolvimento Econômico de Minas Gerais (CODEMIG). Também se destaca na área industrial uma Usina de Biodiesel da Petrobras, que foi implantada em 2008 e atualmente encontra-se em funcionamento. São algumas das principais empresas com empreendimentos industriais no município a Coteminas, a Lafarge, o Novo Nordisk e a Nestlé. O setor terciário atualmente é, como citado acima, a maior fonte geradora do PIB montesclareense. Grande parte do valor do setor terciário vem do comércio. Segundo estatísticas da prefeitura, no ano de 2009 a cidade contava com 617 estabelecimentos e 3185 trabalhadores na área da construção civil; 6777 estabelecimentos e 14997 trabalhadores no comércio; e 5091 estabelecimentos e 24473 trabalhadores no setor de serviços. A cidade conta com diversos núcleos ou centros comerciais, como o Mercado Municipal de Montes Claros, inaugurado em 1899; o Ibituruna Center, criado em 18 de março de 2009; o Montes Claros Shopping, fundado em 8 de novembro de 1997; e o Shopping Popular Mário Ribeiro, inaugurado em 2003. Montes Claros apresenta densidade demográfica de 101,41 habitantes por km². Em relação à alfabetização, há 311.869 pessoas alfabetizadas e

50.046 pessoas não alfabetizadas (IBGE 2010). O Índice de Desenvolvimento da Educação Básica (IDEB) médio entre as escolas públicas de Montes Claros era, no ano de 2009, de 4,85; valor acima ao das escolas municipais e estaduais de todo o Brasil, que é de 4,0%. O valor do Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) da educação era de 0,872 (classificado como elevado), enquanto o do Brasil é 0,849.

O Conselho Municipal de Saúde de Montes Claros foi criado em 16 de maio de 1991, através do decreto lei de nº 1.150. É composto por 50% de representantes de Usuários; 25% Trabalhadores da Saúde; 25% Gestores e Prestadores, sendo 24 conselheiros titulares e 24 suplentes, cada um deles indicado por suas respectivas entidades através de ofício encaminhado à mesa diretora. As reuniões ocorrem toda primeira quarta feira do mês, na sala de reuniões da Secretaria Municipal de Saúde à Av. Dulce Sarmiento, 2.076. Monte Carmelo. O presidente do Conselho, de acordo com o Regimento Interno, é o Secretário Municipal de Saúde.

Montes Claros é polo macrorregional por oferecer os serviços de saúde ambulatoriais e hospitalares de maior nível de complexidade e polariza regiões e/ou microrregiões de saúde. Considerando o Plano de Regionalização de Minas Gerais (2006), a Região Assistencial de Montes Claros está organizada territorialmente em 09 microrregiões, abrangendo 87 municípios e uma população de 1.609.862 habitantes. Montes Claros também é polo microrregional pelo nível de resolubilidade, capacidade de oferta de serviços, acessibilidade e situação geográfica, engloba 11 municípios da microrregião, a saber: Bocaiúva, Claro dos Poções, Engenheiro Dolabela, Engenheiro Navarro, Francisco Dumont, Glaucilândia, Guaraciama, Itacambira, Joaquim Felício, Juramento e Olhos d'Água.

O Programa de Agentes Comunitário de Saúde foi implantado inicialmente, em Montes Claros, no ano de 1996. Em 1999, deu-se início à Residência Médica de Saúde da Família e Comunidade, do Hospital Universitário Clemente de Faria, sendo que neste ano foram criadas 16 equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF). Nos anos de 2000 a 2004 perpetuou-se a criação dessas equipes, chegando a cobrir mais de 50% do território no ano de 2009. Atualmente conta-se com 59 unidades de Estratégia de Saúde da Família, 5 NASF que dão apoio a 49 ESF. Em relação aos consultórios odontológicos tem-se: 15 nos centros de saúde, 25 nas escolas estaduais e Municipais, 01 na Cruz Vermelha e 45 em ESF.

Sou membro da equipe II da Estratégia de Saúde da Família do Planalto cuja área adscrita abrange os bairros Planalto II, Prolongamento Planalto e o Condomínio Monte Olimpo. A Unidade Básica de Saúde localiza-se na Rua Espírito Santo, número 389, bairro Planalto I, com horário de funcionamento de 7h30min às 11h30min e 13h30min às 17h30min. Estão cadastradas atualmente na ESF Planalto II, um total de 2.803 habitantes.

No território do bairro Planalto encontram-se Escola Pública, Unidade Básica de Saúde, Igreja Católica, espaços sociais e institucionais, praça e um comércio pouco diversificado que inclui: padaria, mercearia, bares, sorveteria e salão de beleza. Conta com serviços de transporte público coletivo, rede de telefonia fixa e móvel e coleta municipal de lixo. O meio de comunicação mais utilizado é a televisão.

Grande parte da comunidade não participa de grupos comunitários, os que participam se envolvem com grupos religiosos. Há também inúmeras ruas sem asfalto, o que dificulta o acesso da população, além de causar transtornos respiratórios. Apesar disso, o meio de transporte mais utilizado é o ônibus. Durante esse período inicial de atuação na ESF Planalto II, após reuniões com a equipe e fechamento do SIAB, pelo processo de territorialização e estimativa rápida, bem como contato direto com a população, foram levantados uma lista de problemas da área de abrangência, os chamados “nós críticos”, ou seja, um tipo de causa de um problema que quando "atacada" é capaz de impactar o problema principal e efetivamente transformá-lo. Dentre esses foram selecionados: pequena procura da população hipertensa assintomática pelo posto de saúde; Despreparo da equipe em lidar com estes pacientes; Falta de planejamento da agenda para esta população e a ausência de informação acerca da hipertensão.

O problema do baixo cadastramento dos pacientes hipertensos foi identificado como de relevância para esse trabalho em virtude da grande prevalência e importância da Hipertensão em todo o mundo e da necessidade de enfrentamento dessa doença para evitar suas consequências deletérias.

Conforme dados do SIAB, no mês de abril de 2014, a Estratégia Saúde da Família (ESF) Planalto II, do Município de Montes Claros – MG, tinha em sua área de abrangência 2.803 pessoas assistidas e, de acordo com os dados estatísticos teria em média 840 hipertensos cadastrados. Entretanto, os dados revelaram que

apenas 402 hipertensos eram acompanhados pela equipe. Isso mostra que há muitos hipertensos ainda não cadastrados e muitos que nem sequer foram diagnosticados. Pela análise dos prontuários de alguns hipertensos até o momento, nenhum deles foi classificado com risco cardiovascular grave. O fato de haver poucos hipertensos cadastrados pode ser justificado por alguns fatores interligados, dentre eles: a dificuldade de se conseguir uma consulta médica e retornos periódicos, além da falta de informação sobre a doença, a importância de seu tratamento e as mudanças no estilo de vida incluindo alimentação apropriada e atividade física.

2-JUSTIFICATIVA

A HAS é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de Pressão Arterial (PA). Apresenta alta morbimortalidade, com perda importante da qualidade de vida, o que reforça a importância do diagnóstico precoce. O diagnóstico não requer tecnologia sofisticada e a doença pode ser tratada e controlada com mudanças no estilo de vida, com medicamentos de baixo custo e de poucos efeitos colaterais, comprovadamente eficazes e de fácil aplicabilidade na Atenção Básica (BRASIL, 2013).

O cadastramento dos pacientes hipertensos é a fonte de informações necessárias para se conhecer melhor estas pessoas e planejar melhores formas de intervenção, a fim de reduzir os índices de morbimortalidade no território.

De acordo com Brasil (2013), a prevalência estimada de hipertensão, afeta de 11% a 20% da população adulta, com mais de 20 anos. A partir de dados obtidos no SIAB e considerando as estatísticas apontadas pela VI Diretriz Brasileira de Hipertensão (2010). Pode-se dizer que há uma subnotificação dessa doença crônica na população da ESF Planalto II, bem como um déficit de conhecimento da equipe para o acompanhamento de todos pacientes hipertensos da área de abrangência.

Portanto, para planejar ações que visem o melhor controle pressórico, redução dos índices de morbimortalidade e, até mesmo, controle de outros fatores de risco cardiovasculares como o tabagismo e o diabetes, deve-se conhecer melhor essa população em questão.

3-OBJETIVOS

3.1- Geral

Realizar o cadastramento de todos os pacientes com diagnóstico de Hipertensão Arterial Sistêmica, residentes no território assistido pela ESF Planalto II, segundo a VI Diretriz de Hipertensão (2010) ampliando a assistência nessa área de abrangência.

3.2- Específicos

- Capacitar os profissionais de saúde da ESF Planalto II para assistir os hipertensos;
- Aumentar os turnos destinados ao acolhimento e atendimento médico dos pacientes hipertensos na agenda de atendimento da equipe;
- Realizar busca ativa para abordar pacientes assintomáticos que não procuram a unidade de saúde;
- Disponibilizar exames laboratoriais gratuitamente para os pacientes recém-diagnosticados;
- Colher medidas antropométricas e informações sobre uso de medicamentos dos pacientes recém-diagnosticados;
- Reconhecer outros fatores de risco cardiovascular nos pacientes recém-diagnosticados.

4-MÉTODOS

Trata-se de uma revisão narrativa de literatura, que se caracteriza por um estudo de material elaborado, encontrado geralmente em bibliotecas e redes eletrônicas que estão abertas ao acesso público, e que possibilitam uma maior compreensão acerca do tema em estudo (LEOPARDI, 2002).

Para o desenvolvimento deste trabalho, foram feitas reuniões com a equipe da ESF Planalto II, com a realização de um Diagnóstico Situacional por Estimativa Rápida. Neste, as fontes de informação foram: informantes-chaves da população local, registros da Prefeitura Municipal de Montes Claros, dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), SIAB e Banco de Dados do Sistema Único de Saúde (DATASUS). Assim, foi elencada uma lista de problemas e chegou-se a um problema prioritário: a assistência limitada, com estratégias reduzidas e pouco qualificadas aos pacientes hipertensos, associada ao baixo cadastramento dos pacientes hipertensos.

O Planejamento Estratégico Situacional (PES) prevê alguns passos, como a definição do problema, priorização, descrição do problema principal, explicação e seleção dos “nós críticos”, desenho das operações, com identificação dos recursos críticos, análise de viabilidade e elaboração do plano operativo. Nesse trabalho o PES foi realizado por meio de reuniões com todos os membros da ESF Planalto II, a fim de que as discussões sobre o tema e os objetivos a serem alcançados fossem resultado de uma reflexão conjunta que contemplasse a opinião de todos os atores sociais envolvidos (CAMPOS, *et al*, 2010).

Para o desenvolvimento deste trabalho, será feita também uma pesquisa nas principais bases de dados com os seguintes Descritores em Ciências da Saúde (DeCS): Atenção a Saúde; Protocolos; Atenção Primária à Saúde; Hipertensão; Intervenção. Isso proporcionará a fundamentação científica necessária, conforme os recursos cognitivos previstos no Projeto de Intervenção.

5-REVISÃO DE LITERATURA

5.1-Estratégia Saúde da Família

O Programa Saúde da Família (PSF) foi iniciado em junho de 1991, tendo como antecessor o Programa de Agentes Comunitários em Saúde (PACS), e nos primeiros anos de existência foi marcado por inquietações e críticas. Em janeiro de 1994, foram formadas as primeiras Equipes de Saúde da Família incorporando e ampliando a atuação dos Agentes Comunitários de Saúde. O PSF é uma estratégia proposta pelo Ministério da Saúde, sendo denominado atualmente por Estratégia de Saúde da Família (ESF), apresenta-se como uma proposta de reestruturação da atenção primária, centrada na família, entendida e percebida em seu ambiente físico e social (MARTINS; GARCIA; PASSOS, 2008).

É também uma reorientação do modelo assistencial, que se baseia no trabalho de equipes multiprofissionais em Unidades Básicas de Saúde (UBS). Estas equipes são responsáveis por acompanhar a população cadastrada, localizada em uma área delimitada, através de ações de promoção, prevenção, recuperação, reabilitação e agravos mais frequentes (PEREIRA; BARCELLOS, 2006).

Segundo Mendes (2010) essa estratégia de atenção à saúde possui papel importante em relação aos outros níveis de atenção a saúde tendo a função de resolutividade sobre as patologias mais comuns de saúde sendo considerada como primeiro nível de atenção, em seguida realiza e coordena o cuidado em todos os outros alvos de atenção.

A ESF tem como objetivo a análise permanente da situação de saúde da população e a organização e execução de suas práticas, adequadas ao enfrentamento dos problemas existentes. É composta pelas ações de vigilância, promoção, prevenção e controle de doenças e agravos e deve estar amparada nos conhecimentos e técnicas vindos da epidemiologia, do planejamento e das ciências sociais (CAMPOS; GUERRERO, 2010).

A Atenção Básica tem como principais fundamentos: possibilitar o acesso universal e contínuo aos serviços de saúde de qualidade, resolutivos em consonância com o princípio da equidade, efetivar a integralidade em seus vários aspectos, a saber: integração de ações programáticas e demanda espontânea,

desenvolver relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população adscrita, valorizar os profissionais de saúde por meio do estímulo e do acompanhamento constante de sua formação e capacitação, realizar avaliação e acompanhamento sistemático dos resultados alcançados e estimular a participação popular e o controle social (BRASIL, 2006).

Sendo assim, a atuação intersetorial da Atenção Primária a Saúde (APS) com os diversos serviços se destaca como uma característica primordial da APS. Compreende-se que a saúde é compatível com o desenvolvimento socioeconômico de uma comunidade exigindo assim ações que envolvam uma boa articulação intersetorial para resolução dos problemas de determinada população (HEIMANN *et al.*, 2011).

Para o Ministério da Saúde a atenção básica é estruturada como primeiro ponto de atenção e principal porta de entrada do sistema, constituída de equipe multidisciplinar para atender as necessidades de saúde da população. A equipe multiprofissional “Saúde da Família” deve ser composta por, no mínimo, médico generalista ou especialista em saúde da família ou médico de família e comunidade, enfermeiro generalista ou especialista em saúde da família, auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde, podendo acrescentar a esta composição, como parte da equipe multiprofissional, os profissionais de saúde bucal: cirurgião dentista generalista ou especialista em saúde da família, auxiliar e/ou técnico em Saúde Bucal (PORTARIA Nº 2.488).

Conforme Brasil (2011) são atribuições dos profissionais da ESF: participar do processo de territorialização, identificar situações de risco e vulnerabilidade, realizar busca ativa e notificar doenças e agravos de notificação compulsória; cadastrar famílias e indivíduos, garantindo a qualidade dos dados coletados e a fidedignidade do diagnóstico de saúde do grupo populacional da área adstrita de maneira interdisciplinar, com reuniões sistemáticas, organizadas de forma compartilhada, para planejamento e avaliação das ações. O acolhimento dos usuários deve garantir escuta qualificada e encaminhamentos resolutivos para que o vínculo, uma das peças-chave da ESF, ocorra de forma efetiva. A atenção ao usuário deve ser realizada não apenas no âmbito da unidade de saúde, mas em domicílio.

Matias e Pereira (2010) colocam que as práticas da ESF visam ter como foco o trabalho com a família a orientação assistencial, disseminando assim

características estratégicas de mudança na organização e oferta à saúde da população, preconizando uma de suas importantes atividades a visita domiciliar. Que no contexto de educação em saúde pode ser considerada como uma importante ferramenta capaz de contribuir para a efetivação de novas práticas de saúde e, conseqüentemente, promove a qualidade de vida através da prevenção de doenças e promoção da saúde, garantindo assim atendimento integral por parte dos profissionais de saúde, tornando-se essencial a compreensão dos aspectos psico-afetivo-sociais e biológicos da clientela assistida.

Nesse contexto a ESF, pretende estabelecer vínculos e desenvolver responsabilidades entre profissionais de saúde e a população. Propõe o acompanhamento da saúde da população, atribuindo a responsabilidade integral sobre o monitoramento da população que reside na sua área de abrangência. Em razão da natureza do trabalho executado no nível primário torna-se importante considerar o surgimento de outros riscos específicos dessa função até então desconhecidos (SANTOS; SOARES; CAMPOS, 2007).

Mediante isso, a ESF se apresenta como uma maneira de trabalhar a saúde tendo a família como centro da atenção e não somente o indivíduo doente, introduzindo nova visão no processo saúde-doença (LIMA-COSTA; TURCI; MACINKO, 2013; PORTELA; RIBEIRO, 2011). Então, percebe-se a importância do trabalho dos profissionais de saúde na ESF para o desenvolvimento do processo.

Nesse sentido a implantação da ESF constitui-se como uma proposta para mudança do processo de trabalho na atenção básica no Brasil, com a finalidade de qualificar a assistência à saúde da população como preconizados nas diretrizes do SUS de descentralização, integralidade e controle social (LOCH-NECKEL *et al.*, 2009).

5.2-HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA (HAS)

A HAS é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial – PA (PA \geq 140 x 90mmHg). Associa-se, frequentemente, às alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo (coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos) e às alterações metabólicas, com aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

Neste contexto os profissionais de saúde que desenvolvem o cuidado a usuários com o diagnóstico de HAS devem buscar uma atuação que ultrapasse os aspectos biológicos e prescritivos dessa doença, impulsionando mudanças na produção do cuidado em saúde, na perspectiva de consolidar ações que efetivem os princípios do SUS e assegurem o cuidado integral e humanizado (SANTOS; NERY; MATUMOTO, 2013).

A assistência às pessoas com hipertensão arterial requer por parte da equipe de saúde atenção especial no tocante à problemática do controle, que por sua vez apresenta estreita relação com o processo de adesão ao tratamento. Assim a equipe multiprofissional ao trabalhar conjuntamente o atendimento do hipertenso, ações de saúde irão favorecer seu envolvimento com o tratamento e com isso haverá maior controle dos níveis de pressão arterial (SILVA; COLÓSIMO; PIERIN, 2010).

Os profissionais da ESF têm importância primordial nas estratégias de prevenção, diagnóstico, monitorização e controle da hipertensão arterial. Devem também, ter sempre em foco o princípio fundamental da prática centrada na pessoa e, conseqüentemente, envolver usuários e cuidadores, em nível individual e coletivo, na definição e implementação de estratégias de controle à hipertensão (BRASIL, 2013).

Para a estratificação de risco cardiovascular recomenda-se a utilização do escore de Framingham. Que tem como objetivo estimar o risco de cada indivíduo sofrer uma doença arterial coronariana nos próximos dez anos. Essa estimativa se baseia na presença de múltiplos fatores de risco, como sexo, idade, níveis pressóricos, tabagismo, níveis de HDLc e LDLc. A partir da estratificação de risco, selecionam-se indivíduos com maior probabilidade de complicações, os quais se beneficiarão de intervenções mais intensas (SOCIEDADE BRASILEIRA DE

HIPERTENSÃO; SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2010).

A hipertensão arterial é altamente prevalente e constitui-se como um dos principais fatores de risco para as doenças cardiovasculares, que por sua vez ocupam o primeiro lugar no perfil de morbimortalidade. Em especial, na atenção básica, a atuação da equipe multidisciplinar é primordial em todas as etapas desde o cadastramento do hipertenso, até o diagnóstico e tratamento. Neste sentido, é de grande valia a execução de um plano de intervenção na UBS para melhoria no processo de assistência à saúde da população (SILVA; COLÓSIMO; PIERIN, 2010).

6-PLANO DE INTERVENÇÃO

A hipertensão arterial constitui um sério problema de saúde pública em todo o mundo, é comprovadamente fator de risco para uma série de doenças e agravos a saúde o tratamento baseia-se em medidas não-farmacológicas e farmacológicas. Para uma adequada prevenção é fundamental cadastrar e acompanhar os pacientes hipertensos a fim de se obter informações necessárias para o melhor conhecimento dessas pessoas e suas condições de saúde, bem como planejar as melhores formas de intervenção, a fim de reduzir os índices de morbimortalidade no território. A partir disso, a ESF Planalto II tem como agravante a necessidade de cadastramento de 100% da população adscrita que apresenta HAS. No quadro I encontra-se a descrição do problema selecionado.

Quadro I - Baixo cadastramento dos pacientes hipertensos da ESF Planalto II - Montes Claros (MG).

VARIÁVEL	QUANTIDADE
Estimativa de hipertensos	840
Hipertensos cadastrados	402
Estimativa de Hipertensos não cadastrados	438

Fonte: SIAB abril, 2014

Quadro II- Operações sobre o nó crítico “cadastramento dos pacientes hipertensos” da ESF

Planalto II - Montes Claros (MG).

Nó crítico I	Processo: cadastramento dos pacientes hipertensos.
Operação	Propor um plano de intervenção para realizar o cadastramento de todos os pacientes com diagnóstico de Hipertensão Arterial Sistêmica, segundo a VI Diretriz de Hipertensão (2010), residentes no território assistido pela ESF Planalto II.
Projeto	Realizar o cadastramento de todos os pacientes com diagnóstico de HAS.
Resultados esperados	Alcançar um total de 100% de cadastramento e diagnóstico de HAS dos usuários da área de abrangência da ESF Planalto II.

Produtos esperados	<ul style="list-style-type: none"> - Capacitar todos os profissionais de saúde envolvidos no processo sobre o que é e como abordar a HAS; - Reconhecer outros fatores de risco cardiovascular nos pacientes recém-diagnosticados de HAS; - Realizar a vigilância dos agravos da HAS através dos indicadores do SIAB.
Atores sociais/ responsabilidades	Equipe multiprofissional de saúde da ESF Planalto II.

Recursos necessários	<ul style="list-style-type: none"> - Estrutural: Garantir horários nas agendas da equipe multiprofissional para o acolhimento e atendimento dos pacientes hipertensos; - Cognitivo: Articulação entre os vários setores de saúde e adesão entre os profissionais de saúde; - Financeiro: Maior oferta de exames, consultas e medicação mediante aumento do número de hipertensos diagnosticados; - Político: articulação intersetorial e aumento de recursos estruturais para atender a demanda.
Recursos críticos	Estrutural; Cognitivo; Financeiro; Político.
Controle dos recursos críticos / Viabilidade	<p>Ator que controla: Secretaria Municipal de saúde juntamente com a equipe de saúde do Planalto II.</p> <p>Motivação: Favorável</p>
Ação estratégica de motivação	Plano de intervenção sobre HAS para a ESF Planalto II.
Responsáveis:	<p>Equipe Multiprofissional de saúde da ESf Planalto II;</p> <ul style="list-style-type: none"> - A intervenção ocorrerá através de busca ativa nas visitas domiciliares dos ACS, para abordar pacientes hipertensos, e preenchimento das fichas B com frequência conforme

	demanda/ vigilância dos indicadores do SIAB; - Consultas médicas, de enfermagem e odontológicas.
Cronograma / Prazo	- Início: Março de 2015; - Término: Dezembro de 2015.
Gestão, acompanhamento e avaliação	- Monitorar a demanda de pacientes hipertensos cadastrados através da ficha B dos ACS; - Realizar capacitação de pessoal (equipe multidisciplinar); - Realizar vigilância através dos indicadores do SIAB.

O acompanhamento e avaliação do plano de intervenção de HAS, para a equipe II da Unidade de Saúde da Família do Planalto em Montes Claros – MG, será verificado através de indicadores do SIAB, pela equipe de saúde multidisciplinar e coordenadores. O acompanhamento será semanal e avaliação mensal durante fechamento do SIAB. A avaliação do cumprimento dos objetivos propostos ocorrerá no período de nove meses, a partir da implementação desse plano de intervenção.

7-CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante do plano de intervenção para a ESF Planalto II no Município de Montes - MG, observa-se a importância das ações a serem executadas pela equipe multiprofissional, em tempo hábil para assim atingir o objetivo principal, ou seja, a ampliação da assistência e melhoria da qualidade de acompanhamento dos hipertensos, bem como o cadastramento de 100% da população hipertensa adscrita dentro dos prazos estabelecidos.

Vale ressaltar que para garantir o sucesso no cumprimento da proposta do plano de intervenção será necessário que toda a equipe multidisciplinar atue de forma organizada e integrada no planejamento, execução e avaliação das ações de saúde, dentre elas: a identificação e cadastramento dos hipertensos, realização de reuniões contínuas e sistemáticas, realização de consultas de acompanhamento e criação de vínculos com todos os pacientes hipertensos da área de abrangência da ESF Planalto II.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica, Brasília: 128 p. : il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 37). , 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Hipertensão Arterial: Cadernos de Atenção Básica nº 15. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

CAMPOS, F. C. C.; FARIA, H. P.; SANTOS, M. A. Planejamento e avaliação das ações em saúde. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2013. Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, 2013;

CAMPOS, G. W. S.; GUERRERO, A. V. P. (orgs.). *Manual de práticas de atenção básica: saúde ampliada e compartilhada*. São Paulo: Aderaldo & Rothschild, 2010.

CORRÊA, E. J.; VASCONCELOS, M.; SOUZA, M. S. L. Iniciação à metodologia: textos científicos. Belo Horizonte: Nescon/UFMG – Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, 2013.

DIRETRIZES Brasileiras de Hipertensão. Sociedade Brasileira de Cardiologia / Sociedade Brasileira de Hipertensão / Sociedade Brasileira de Nefrologia. Arq Bras Cardiol, n. 95, supl.1, p. 1-51, 2010.

HEIMANN, L. S. *et al.* Atenção primária em saúde: um estudo multidimensional sobre os desafios e potencialidades na Região Metropolitana de São Paulo (SP, Brasil). *Revista Ciências e Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v. 16, n. 6, 2011.

LEOPARDI MT. *Metodologia da pesquisa na saúde*. 2.ed. Florianópolis, SC: UFSC, 2002. 90p.

LIMA-COSTA, M. F.; TURCI, M. A.; MACINKO, J. Estratégia Saúde da Família em comparação a outras fontes de atenção: indicadores de uso e qualidade dos serviços de saúde em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 29, n. 7, 2013.

LONGO, M.A.T.; MARTELLI, A.; ZIMMERMANN, A.. Hipertensão Arterial Sistêmica: aspectos clínicos e análise farmacológica no tratamento dos pacientes de um setor de Psicogeriatria do Instituto Bairral de Psiquiatria, no Município de Itapira, SP. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, 2011.

LOCH-NECKEL, G.; *et al.* Desafios para a ação interdisciplinar na atenção básica: implicações relativas à composição das equipes de saúde da família. *Revista Ciência e Saúde Coletiva*, v. 14, supl. 1, 2009.

MARTINS, J. S.; GARCIA, J. F.; PASSOS, A. B. B. Estratégia saúde da família: população participativa, saúde ativa. *Revista Enfermagem Integrada*. Ipatinga: Unileste-MG, v.1, n.1, 2008.

MATIAS, S. S.; PEREIRA, A. K. A. M. Visita Domiciliar: (Re) Significando a Prática dos Profissionais da Estratégia de Saúde da Família. *Diretório de Artigos Gratuitos*, São Paulo, 2010.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. *Rev Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2297-2305, ago. 2010.

RELATÓRIO de Gestão, Prefeitura de Montes Claros/Secretaria Municipal de Saúde, 2011.

SANTOS, V. C.; SOARES, C. B.; CAMPOS, C. M. S. A relação trabalho-saúde de enfermeiros do PSF no município de São Paulo. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 41, 2007.

SILVA, S.S.B.E.; COLÓSIMO, F.C.; PIERIN, A.M.G. O efeito de intervenções educativas no conhecimento da equipe de enfermagem sobre hipertensão arterial. *Rev Esc Enferm USP* 2010; 44(2):488-96.

PEREIRA, M. P. B.; BARCELLOS, C. O Território no Programa de Saúde da Família. *HYGEIA, Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde*, 2006.

PORTARIA Nº 2.488, DE 21 DE OUTUBRO DE 2011). Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, 2011. Disponível em <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html>. Acesso em: 07 dezem. 2014.

PORTELA, G. Z.; RIBEIRO, J. M. A sustentabilidade econômico-financeira da Estratégia da Saúde da Família em municípios de grande porte. *Revista Ciência e Saúde Coletiva*, v. 16, 2011.