

<p>Marcela Tabari de Lima Santos</p>	<p>UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS</p> <p>CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA FAMÍLIA</p>
<p>Acompanhamento de pacientes portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica: Plano de Ação</p>	<p>ACOMPANHAMENTO DE PACIENTES PORTADORES DE HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA: PLANO DE AÇÃO.</p> <p>Marcela Tabari de Lima Santos</p>
<p>2011</p>	<p>Conselheiro Lafaiete 2011</p>

MARCELA TABARI DE LIMA SANTOS

ACOMPANHAMENTO DE PACIENTES PORTADORES DE HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA: PLANO DE AÇÃO.

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

Orientador: Professor Max André dos Santos

Conselheiro Lafaiete 2011

MARCELA TABARI DE LIMA SANTOS

ACOMPANHAMENTO DE PACIENTES PORTADORES DE HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA: PLANO DE AÇÃO.

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

Orientador: Prof. Max André dos Santos

Banca Examinadora

Prof. Max André dos Santos orientador

Prof. Flávia Latini

Aprovado em Belo Horizonte: 12/07/2011

RESUMO

O trabalho teve como objetivo elaborar um plano de ação para o enfrentamento de um problema, considerado prioritário, na área de abrangência do Programa Saúde da família São José I: o acompanhamento deficiente aos portadores de hipertensão arterial sistêmica. Dos 358 hipertensos confirmados, apenas três foram acompanhados, segundo os critérios da Linha Guia: Atenção à Saúde do Adulto Hipertensão e Diabetes em 2009. Para elaboração da proposta de intervenção para o acompanhamento de pacientes portadores de HAS, inscritos na ESF São José I, foram executadas três etapas: diagnóstico situacional, revisão bibliográfica e elaboração do plano de ação, utilizando o Planejamento Estratégico Situacional Simplificado. As causas do problema, selecionadas como nós críticos, foram: a falta de programação eficiente das atividades; a não utilização de protocolos; e a falta de equidade na distribuição de consultas. As três operações propostas para o enfrentamento dos nós críticos foram: elaborar 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. Além disso, foram feitas uma análise de viabilidade das operações e uma proposta de acompanhamento e avaliação do plano de ação. A elaboração deste plano de ação possibilitou à ESF do São José perceber a importância de se utilizar um método de planejamento como ferramenta para organização do processo de trabalho, até então feita de forma intuitiva e automática. Com isto, espera-se um acompanhamento mais efetivo dos portadores de hipertensão arterial sistêmica.

Palavras-chaves: plano de ação, programa saúde da família, hipertensão arterial, Planejamento Estratégico situacional Simplificado.

ABSTRACT

The study aimed to develop an action plan for dealing with a problem, considered a priority in the area covered by the Family Health Program São José I: Poor monitoring to patients with hypertension. Of 358 hypertensive confirmed, only three were followed, according to the criteria of the Guideline: Health Care of adult hypertension and diabetes in 2009. To develop the proposed intervention for the monitoring of patients with hypertension enrolled in the FHS St. Joseph I, was executed three steps: situational diagnosis, literature review and preparation of action plan, using the Situational Strategic Planning Simplified. The causes of the problem, we selected as critics, were lack of effective programming of activities, the non-use of protocols and lack of equity in the distribution of queries. The three operations proposals for addressing the critical nodes were: scheduled draft agenda, according to the master plan of primary health care, using protocols with the line guide as a reference, and deploy a host system and active users of hypertension. In addition, an analysis of the feasibility of proposed actions and a monitoring and evaluation plan of action. The development of this plan enabled the ESF São José's realize the importance of using a planning method as a tool for organization of the work so far done intuitively and automatically. Thus, we expect a more effective monitoring of patients with hypertension.

Key-Words: action plan, family health program, hypertension, situational Simplified Strategic Planning

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Priorização dos problemas identificados na estimativa rápida segundo importância, urgência e capacidade de enfrentamento, na área de abrangência da ESF São José I, Itabirito, MG, 2009.

Quadro 2 - Periodicidade de realização de exames laboratoriais, conforme classificação de risco para hipertensão arterial.

Quadro 3 - Recursos críticos para o problema “acompanhamento deficiente aos portadores de HAS”.

Quadro 4 - Propostas de ações para a motivação dos atores.

Quadro 5 - Plano Operativo.

Quadro 6 - Acompanhamento do plano de ação.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ACS – Agente Comunitário de Saúde

CEABSF – Curso de Especialização em Atenção Básica em 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

SUMÁRIO

1.0 Introdução	01
2.0 Objetivo	04
3.0 Metodologia	05
3.1 Diagnóstico Situacional da ESF São José I	05
3.2 Fundamentação teórica	06
3.3 Plano de intervenção	06
4.0 Resultados	10
4.1 Diagnóstico Situacional da Equipe de Saúde da Família São José I	10
4.2 Fundamentação Teórica	10
4.3 Plano de intervenção	10
4.3.1 Primeiro passo	10
4.3.2 Segundo passo	11
4.3.3 Terceiro passo	12
4.3.4 Quarto passo	14
4.3.5 Quinto passo	15
4.3.6 Sexto passo	16
4.3.7 Sétimo passo	17
4.3.8 Oitavo passo	18
4.3.9 Nono passo	19
4.3.10 Décimo passo	21
5.0 Discussão	22
Considerações finais	24
Referências Bibliográficas	26

1. INTRODUÇÃO

A cidade de Itabirito possui 41.541 habitantes (IBGE, 2005) e teve um crescimento populacional importante nas últimas décadas, principalmente, em função da migração de trabalhadores, decorrente da expansão de atividades mineradoras. Este crescimento foi acompanhado de correspondente crescimento econômico, de infraestrutura e de desenvolvimento social.

A cidade vive da exploração e comercialização de minério de ferro. A agricultura e pecuária são de subsistência. A atividade político partidária é polarizada entre dois grupos políticos tradicionais que vêm se revezando à frente da administração municipal ao longo de décadas. A cidade tem uma tradição na área cultural: movimenta a região com o carnaval e o Julifest e ainda preserva suas festas religiosas e seus grupos de congado.

Até 2005 a rede de saúde do Município era composta apenas por um hospital filantrópico e duas policlínicas. O acesso aos serviços de saúde não era universal e não havia integralidade e equidade. Há cerca de cinco anos, o Município adotou a Estratégia Saúde da Família (ESF) para a reorganização da atenção básica na saúde e conta, atualmente, com sete equipes na zona urbana e uma equipe na zona rural, abrangendo 64% da população (26.586 pessoas).

A Unidade Básica de Saúde (UBS) São José, que abriga as equipes São José I e II, foi inaugurada em 2006. A casa onde está alocada pertence ao Município, foi adaptada para funcionar como Unidade de Saúde, tem área adequada e o espaço físico é bem aproveitado. No momento, são atendidos nesta UBS usuários cadastrados no Programa de Saúde da Família (PSF) urbano e 8.000 usuários não vinculados a Equipe de saúde da Família totalizando aproximadamente 20.000 usuários.

Os bairros que constituem a área de abrangência da equipe São José I se localizam na periferia do Município. A equipe São José I é responsável por oito micro áreas e 5.310 usuários cadastrados, sendo 16% crianças, 19% adolescentes, 58% adultos e 7% idosos.

Os principais problemas de saúde da população adulta adscrita são Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), *diabetes mellitus* e doenças respiratórias. O estilo de vida dessa população é determinado pelos seguintes fatores: a maior parte da população tem até quatro anos de estudo; muitas famílias não tem renda fixa e depende da bolsa família; a profissão predominante é auxiliar de serviços gerais; as condições de habitação são

precárias e uma parcela muito pequena da população participa de grupos sociais (associações de bairro e grupos religiosos).

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; RODRIGUES; CHIESA, 2007).

O Ministério da Saúde, em consonância com as atuais políticas de promoção e proteção à saúde, tem recomendado e promovido ações multiprofissionais na atenção primária à saúde, como o combate à hipertensão arterial. Nesse contexto, insere-se a Estratégia de Saúde da Família (ESF), onde a atenção é centrada na família e estruturada em uma unidade de saúde, e a população adscrita está sob a responsabilidade de equipe multiprofissional (CECCON; STURMER, 2010).

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. O agente 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 contam para a melhoria dos resultados (ARAUJO; GUIMARÃES, 2007).

Em 2009, na área de abrangência da equipe São José I, havia 511 hipertensos cadastrados, o que corresponde a 15% da população adulta. Porém, 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. Dos 511 hipertensos cadastrados no Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) em 2009, apenas 358 deles (70%) se

submeteram à avaliação médica. Apenas 03 dos hipertensos (0,84%) foram totalmente acompanhados pela equipe, seguindo os critérios da Linha Guia: Atenção à Saúde do Adulto – hipertensão e diabetes, que são: uma consulta médica por ano, uma consulta de enfermagem por ano, duas participações em grupo operativo por ano, pelo menos um eletrocardiograma (ECG) a cada 3 anos e realização de exames laboratoriais (glicose, creatinina, potássio, colesterol, triglicérides e urina rotina) pelo menos uma vez a cada dois anos. Ocorreram 42 (69%) internações por causas cardiovasculares e onze óbitos em 2009.

Com o intuito de organizar a assistência aos portadores de hipertensão arterial pretende-se elaborar um plano de ação que deverá ser executado pela ESF São José a partir de agosto de 2011.

2. OBJETIVO

Elaborar proposta de intervenção para o acompanhamento de pacientes adultos portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica inscritos na ESF São José I, no município de Itabirito, MG.

3. METODOLOGIA

Para elaboração da proposta de intervenção para o acompanhamento de pacientes portadores de HAS, inscritos na ESF São José I, foram executadas três etapas: diagnóstico situacional, revisão bibliográfica e elaboração do plano de ação.

3.1. DIAGNÓSTICO SITUACIONAL DA ESF SÃO JOSÉ I

Primeiramente, foi realizado o diagnóstico situacional, de acordo com CAMPOS et al (2010) período de janeiro de 2009 a abril de 2010, com a colaboração dos ACS.

O diagnóstico situacional foi baseado no método da estimativa rápida. Este método constitui um modo de se obter informações sobre um conjunto de problemas e dos recursos potenciais para o seu enfrentamento, num curto período de tempo e sem altos gastos, constituindo importante ferramenta para apoiar um processo de planejamento participativo. Seu objetivo é envolver a população na identificação das suas necessidades e problemas e também os atores sociais – autoridades municipais, organizações governamentais e não-governamentais, etc – que controlam recursos para o enfrentamento dos problemas. 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. Os dados levantados por meio deste método são coletados em três fontes principais: nos registros escritos existentes ou fontes secundárias; em entrevistas com informantes-chaves, utilizando roteiros ou questionários curtos e; na observação ativa da área. (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

Em relação aos registros existentes, as fontes de coletas de dados foram: registros do SIAB, fichas SSA2, B e D; PMA2, consolidados da Vigilância Epidemiológica e prontuários. A coleta foi realizada de janeiro a abril de 2010, dos dados referentes ao período de janeiro a dezembro de 2009.

No que diz respeito aos informantes-chaves, durante o diagnóstico situacional, no período de janeiro a dezembro de 2009, os ACS entrevistaram 40 líderes da comunidade (presidentes de associação de bairro, líderes religiosos e antigos moradores) e foram realizadas as seguintes perguntas: Como você avalia o atendimento realizado pela

Equipe de Saúde da Família na UBS São José? Que sugestões você daria para melhorar o atendimento? As respostas mais citadas foram incorporadas ao diagnóstico situacional.

Além disso, de janeiro de 2009 a dezembro de 2010, realizou-se observação ativa das residências pertencentes à área de abrangência pelos ACS, sob a supervisão do enfermeiro. Foram visitados 1520 domicílios (95%), sendo excluídos aqueles que se encontravam fechados (5%), e observados: riscos ambientais, infraestrutura, acesso à água tratada, rede de esgoto e energia elétrica, presença de escolas, creches, igrejas, associações de bairro; distância entre o domicílio e a UBS, pavimentação e meios de transportes utilizados.

3.2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Na segunda etapa, foi realizada revisão de literatura, nas bases de dados eletrônicas da biblioteca virtual SciELO (*Scientific Electronic Library Online*), sendo considerados os seguintes critérios:

- estudos científicos (teses, monografias, artigos);
- idioma - português;
- período - 2003 a 2010;
- palavra chave – hipertensão arterial

Os estudos selecionados serviram como referência para a discussão do trabalho realizado.

3.3. PLANO DE INTERVENÇÃO

Na terceira etapa, a elaboração da proposta de intervenção foi realizada, utilizando-se o método do Planejamento Estratégico Situacional (PES) simplificado, de acordo com CAMPOS; FARIA; SANTOS (2010).

Segundo os autores, o PES foi desenvolvido pelo Prof. Carlos Matus Romo, Ministro da Economia do Governo de Salvador Allende, então Presidente do Chile (CA). Três aspectos enfocados por Matus são importantes para a melhor compreensão dos fundamentos teóricos do PES, sendo eles:

- O projeto de governo . refere-se ao plano que uma equipe se propõe a realizar para alcançar seus objetivos;

- a governabilidade . diz respeito às variáveis ou recursos que a equipe controla ou não e que são necessários para implementar seu plano;

- a capacidade de governo . diz respeito à experiência e à acumulação de conhecimentos que uma equipe domina e que são necessários para a implementação de seu plano. Esses três pontos devem ser vistos numa interrelação dinâmica.

Diferentemente do planejamento tradicional, que considera possível haver um conhecimento único e objetivo da realidade, para o PES, o conhecimento e a explicação da realidade dependem da inserção de cada ator e, logo, são sempre parciais e múltiplos.

Matus define ator social como um coletivo de pessoas ou, no seu extremo, uma personalidade que, atuando em determinada realidade, é capaz de transformá-la. Para tanto, é fundamental que esse ator tenha:

- O controle sobre recursos relevantes;
- uma organização minimamente estável; e
- um projeto para intervir nessa realidade (MATUS, 1993 *apud* CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010, p.27).

O PES, a partir de seus fundamentos e método, propõe o desenvolvimento do planejamento como um processo participativo. Sendo assim, possibilita a incorporação dos pontos de vista dos vários setores sociais, incluindo a população, e que os diferentes atores sociais explicitem suas demandas, propostas e estratégias de solução, numa perspectiva de negociação dos diversos interesses em jogo.

Como já descrito, na elaboração do diagnóstico por meio da estimativa rápida, procurou-se envolver outros atores sociais, que pudessem contribuir com outros pontos de vista, como alguns líderes da comunidade (presidentes de associação de bairro, líderes religiosos e antigos moradores).

Problema pode ser definido como a discrepância entre uma situação real e uma situação ideal ou desejada. Portanto, um problema pode ser entendido como um obstáculo que impede determinado ator de alcançar seus objetivos .

Considerou-se dois tipos de categorização dos problemas:

Problemas estruturados: são aqueles cujas variáveis que o compõem e as relações entre elas são suficientemente conhecidas. As soluções para enfrentá-los são consensuais.

Problemas quase-estruturados: caracterizam-se por serem bastante complexos, traduzindo-se em acentuadas dificuldades para seu enfrentamento:

- só é possível identificar algumas das variáveis que o compõem e precisar algumas das relações entre essas variáveis;
- suas causas são de difícil identificação (são multicausados);
- não são vistos como um problema por todos os atores;
- as soluções apontadas são situacionais, significando que algumas soluções são “boas” para alguns e não o são para outros (são “más”); portanto, as soluções não são vistas como as mesmas por todos;
- são problemas produzidos no processo social e precisam ser enfrentados com base na elaboração de um plano de ação

Problemas intermediários: são aqueles vividos no cotidiano da organização. Causam interferências na qualidade final dos produtos ou dos serviços prestados pela organização.

Problemas finais (ou terminais): são aqueles vividos diretamente pelos clientes ou usuários da organização. Eles devem ser o alvo do planejamento porque, para enfrentar problemas terminais, inevitavelmente, devem-se enfrentar os problemas intermediários que interferem ou são causadores dos problemas finais.

Todo método de planejamento apresenta, no seu desenvolvimento, passos ou etapas como uma sequência lógica de ações ou atividades (referência). Matus identifica quatro momentos que caracterizam o processo de PES, que são apresentados a seguir:

- Momento explicativo (Passos 1 a 5): busca-se conhecer a situação atual, procurando identificar, priorizar e analisar seus problemas. Apesar das semelhanças desse momento com o chamado “diagnóstico tradicional”, aqui se considera a existência de outros atores, que têm explicações diversas sobre os problemas, impossibilitando a construção de uma leitura única e objetiva da realidade.

Para a elaboração destes passos neste projeto, foram coletados dados do Gerenciador de Informações Locais (GIL) referentes a todos os hipertensos da área de abrangência da ESF: nome completo, data de nascimento, endereço e número de prontuário. Posteriormente, foram separados todos os prontuários dos hipertensos arquivados na UBS e coletados os dados referentes às consultas, exames e participação em grupos operativos no ano de 2009, os quais foram registrados em planilha (ANEXO A).

• Momento normativo (Passos 6 e 7): quando são formuladas soluções para o enfrentamento dos problemas identificados, priorizados e analisados no momento

explicativo, que podemos entender como o momento de elaboração de propostas de solução.

- Momento estratégico (Passos 8 e 9): busca-se, aqui, analisar e construir viabilidade para as propostas de solução elaboradas, formulando estratégias para se alcançarem os objetivos traçados.

- Momento tático-operacional (Passo 10): é o momento de execução do plano. Aqui devem ser definidos e implementados o modelo de gestão e os instrumentos para acompanhamento e avaliação do plano.

Esses momentos, apesar de suas especificidades, encontram-se intimamente articulados na prática do planejamento, constituindo uma relação de complementaridade, dando-lhe caráter processual e dinâmico.

4. RESULTADOS

4.1. DIAGNÓSTICO SITUACIONAL DA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA SÃO JOSÉ I

Foram considerados as três fontes principais descritas no método: registros escritos existentes ou fontes secundárias, entrevistas com informantes-chaves e observação ativa da área.

4.2. PLANO DE INTERVENÇÃO

Conforme descrito no item 3, a proposta de intervenção para a ESF São José I foi elaborada por meio do Planejamento Estratégico Situacional Simplificado, de acordo com os dez passos descritos a seguir.

4.2.1. Primeiro passo

No momento explicativo, primeiro passo, foi possível identificar, utilizando a estimativa rápida, os principais problemas da área de abrangência.

A população residente na área de abrangência (5310 usuários) da ESF São José I é composta em sua maioria por adultos jovens do sexo feminino. A população feminina representa 51,4% e a masculina 48,6%. As crianças (0 a 12 anos) correspondem a 16% da população, adolescentes(13 a 19 anos) são 19%, adultos 58% e idosos apenas 7%. A renda media mensal predominante é de 1 a 3 salários mínimos (64%), sendo que 19% recebem menos de 1 salário mínimo e 17% 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 6 vezes por semana. Em relação ao destino das águas residuais, 97,4% dos domicílios possuem rede de coleta, 2,2% desprezam-nas a céu aberto e 0,4% possuem fossa séptica. As doenças que mais acometem a população

adulta (a partir de 20 anos) são: Hipertensão Arterial Sistêmica (14,7%), *diabetes mellitus* (3,4%), doenças respiratórias (0,7%) e etilismo (0,5%).

De acordo com os relatos ou registros de 95% da população da área de abrangência da ESF São José I, pôde-se observar que os principais problemas apresentados pelo serviço de saúde eram: acompanhamento deficiente aos portadores de HAS; equipe de saúde da família incompleta (faltavam três ACS); número de usuários cadastrados na ESF São José I (5310 pessoas) é maior que o valor preconizado pelo plano diretor da atenção primária à saúde (4000 pessoas); falta de equipamentos e materiais; dados registrados no sistema de informação referentes aos atendimentos e procedimentos não correspondiam à realidade.

4.2.2. Segundo passo

No segundo passo 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 Equipe de Saúde da Família considerou: a importância do problema, sua urgência e a própria capacidade para enfrentá-los, conforme descrito no QUADRO 1.

QUADRO 1: *Priorização dos problemas identificados na estimativa rápida segundo importância, urgência e capacidade de enfrentamento, na área de abrangência da ESF São José I, Itabirito, MG, 2009.*

Principais problemas	Importância	Urgência	Capacidade de enfrentamento	Seleção
Acompanhamento deficiente aos portadores de HAS.	Alta	7	Parcial	1
Equipe de saúde da família incompleta.	Alta	5	Fora	2
Número de usuários cadastrados na ESF São José I (5310) é maior que o valor preconizado pelo plano diretor da atenção primária à saúde (4000).	Alta	5	Fora	3
Falta de equipamentos e materiais.	Alta	4	Fora	4
Dados registrados no sistema de informação referentes aos atendimentos e procedimentos não correspondem à realidade.	Alta	3	Parcial	5

Assim, o problema selecionado pela equipe como prioritário foi “acompanhamento deficiente aos portadores de HAS”, por ser o único problema final/terminal e para resolvê-lo seria necessário enfrentar todos os problemas intermediários citados.

4.2.3. Terceiro passo

Ainda no momento explicativo, terceiro passo, ocorreu a descrição do problema selecionado. Foram definidos descritores e um indicador para que se pudesse avaliar a assistência prestada.

Tabela 1: Descritores do problema selecionado

Descritores	Valores	Fontes
Hipertensos esperados	695	Plano diretor da atenção primária à saúde
Hipertensos cadastrados	511	SIAB
Hipertensos confirmados	358	Registros da equipe (prontuário)
Hipertensos acompanhados conforme protocolo	03	Registros da equipe (prontuário)
Internações por causas cardiovasculares	42	Vigilância Epidemiológica
Óbitos por causas cardiovasculares	11	Vigilância Epidemiológica

Indicador 1:

$$\frac{\text{número de hipertensos acompanhados no ano de 2009} \times 100}{\text{número de hipertensos confirmados na ESF no ano de 2009}}$$

$$\frac{3 \times 100}{358} = 0,84 \%$$

Ou seja, considerando a Linha Guia Atenção à Saúde do Adulto: Hipertensão e Diabetes a equipe deixou de acompanhar 99,16% dos hipertensos confirmados, quase 100%.

Definição de usuários considerados acompanhados.

Segundo SESMG, 2007 os procedimentos que fazem parte da programação da assistência aos hipertensos são:

- Consulta médica: cada hipertenso deve se submeter a pelo menos 01 consulta médica por ano.
- Consulta de enfermagem: Os hipertensos devem fazer no mínimo 01 consulta de enfermagem por ano.
- Atividade de grupo: O preconizado é que os pacientes participem de 2 reuniões por ano.
- ECG: os hipertensos devem fazer 01 ECG a cada 03 anos.
- Exames laboratoriais, conforme descrito no QUADRO 2:

QUADRO 2: Periodicidade de realização de exames laboratoriais, conforme classificação de risco para hipertensão arterial.

Exame	Baixo risco	Médio risco	Alto risco
glicose	01 exame a cada 02 anos	01 exame ao ano	01 exame ao ano
creatinina	01 exame a cada 02 anos	01 exame ao ano	01 exame ao ano
potássio	01 exame a cada 02 anos	01 exame ao ano	01 exame ao ano
colesterol	01 exame a cada 02 anos	01 exame ao ano	01 exame ao ano
triglicérides	01 exame a cada 02 anos	01 exame ao ano	01 exame ao ano
urina rotina	01 exame a cada 02 anos	01 exame ao ano	01 exame ao ano

4.2.4. Quarto passo

O quarto passo tem como objetivo entender a gênese do problema que se pretende enfrentar a partir da identificação das suas causas.

- Causas relacionadas aos pacientes:
 - baixa adesão aos serviços de saúde (apenas 66,8% dos hipertensos confirmados consultaram em 2009. E 2,7% participaram de grupo operativo). Essa baixa adesão pode ser explicada devido à dificuldade dos trabalhadores em consultar no horário de trabalho, 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 não está preparado para atender hipertensos;
- 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;
- O acolhimento só acontece no período da manhã.

Fatores relacionados ao processo de trabalho:

- falta de programação eficiente das atividades (agendas lotadas, atrasos nos atendimentos, desmarcação frequente de consultas);
 - falta de equidade na distribuição das consultas. Dos 358 hipertensos confirmados apenas 250 passaram pela consulta. Dos que consultaram, a média de consulta foi 4 por ano;
 - não utilização de protocolos clínicos e de organização do serviço para hipertensão arterial (condutas divergentes, não estabelecimento de metas);
 - falta de atualização da ficha B dos hipertensos. Os hipertensos não recebem pelo menos 1 visita de ACS por mês.
- Causas relacionadas à gestão da saúde:

- baixa cobertura de PSF no município (63%). As ESF atendem uma demanda maior que o preconizado pelo plano diretor. A equipe São José I tinha 5310 usuários cadastrados em 2009;
- 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;
- os aparelhos de ECG estão quebrados.

Consequências:

- 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.
- Os registros do SIAB não correspondem à realidade local.
- Dificuldades da equipe em organizar um atendimento de qualidade.
- Aumento progressivo dos gastos em saúde e procedimentos de alta complexidade.

4.2.5. Quinto passo

No quinto passo 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.

“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; FARIA; SANTOS, 2010)

Nós críticos (NC):

- NC 1: Falta de programação eficiente das atividades (agendas lotadas, atrasos nos atendimentos, desmarcação frequente de consultas).

- 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. Dos 358 hipertensos confirmados, apenas 250 passaram pela consulta médica. Dos que consultaram a média foi de 4 consultas por ano.

4.2.6. Sexto passo

No sexto passo, momento normativo, foi realizado o desenho das operações. São objetivos deste passo:

- Descrever as operações para o enfrentamento das causas selecionadas como “nós críticos”;
- identificar os produtos e resultados para cada operação definida;
- identificar os recursos necessários para a concretização das operações.

QUADRO 2: Desenho das operações para os “nós” críticos do problema acompanhamento deficiente dos portadores de HAS inscritos na ESF São José I,

Nó crítico	Operação/projeto	Resultados esperados	Produtos esperados	Recursos necessários
Falta de programação eficiente das atividades (agendas lotadas, atrasos nos atendimentos, desmarcação frequente de consultas).	Elaborar agenda programada. Organizar a agenda de acordo com as orientações do plano diretor da atenção primária à saúde.	Agendas organizadas. Atendimento com horário programado, sem pacientes extras. 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).	Organizacional: organização das atividades da equipe e implementação da agenda programada. Financeiro: para aquisição de cadernos para confecção de novas agendas.
Não utilização de protocolo clínico e de organização do serviço para HAS (condutas divergentes, não estabelecimento de metas).	Utilizar os protocolos. Adotar a linha guia: Saúde do Adulto – hipertensão e diabetes como referência.	Condutas padronizadas e processo de trabalho organizado.	Protocolo elaborado e implementado, conforme o Programa Saúde em Ação.	Cognitivo: informação sobre os temas a serem apresentados no grupo operativo. Organizacional: Financeiro: para aquisição de recursos audiovisuais, folhetos.
Falta de equidade na distribuição das consultas. Dos	Implantar um sistema de acolhimento e busca ativa	Hipertensos acompanhados satisfatoriamente, com aumento do	Acolhimento implantado: Acolher todos os pacientes que solicitarem atendimento	Organizacional: Organização da equipe para fazer o acompanhamento

<p>358 hipertensos confirmados apenas 250 passaram pela consulta médica. Dos que consultaram a média foi de 4 consultas por ano.</p>	<p>dos usuários com hipertensão</p>	<p>vínculo profissional-paciente. Consultas médicas melhor distribuídas e demanda espontânea diminuída. Melhoria do indicador para acompanhamento dos hipertensos (indicador = 10 até dezembro de 2011).</p>	<p>na UBS. Os usuários serão avaliados pelo enfermeiro (de acordo com protocolo de acolhimento da atenção básica de Itabirito) e agendados de acordo com a gravidade do caso. Monitoramento da prescrição Médica implantado: criar um fichário para hipertensos (atualizado pelo ACS) para renovação da prescrição médica. Sistema de busca ativa implantado: fazer acompanhamento dos pacientes, por meio das visitas domiciliares dos ACS.</p>	<p>dos hipertensos. Financeiro: recursos para confecção do fichário.</p>
--	--	--	--	--

4.2.7. Sétimo passo

O objetivo do sétimo passo é identificar os recursos críticos que devem ser consumidos em cada operação, de acordo com o apresentado no QUADRO 3.

“A identificação dos recursos críticos a serem consumidos para execução das operações constitui uma atividade fundamental para analisar a viabilidade de um plano. São considerados recursos críticos aqueles indispensáveis para a execução de uma operação e que não estão disponíveis e, por isso, é importante que a equipe tenha clareza de quais são esses recursos, para criar estratégias para que se possa viabilizá-los.” (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010)

QUADRO 3: Recursos críticos para o problema “acompanhamento deficiente aos portadores de HAS”.

Operação/projeto	Recursos críticos
<p>Elaborar agenda programada. Organizar a agenda de acordo com as orientações do plano diretor da atenção primária à saúde.</p>	<p>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.</p>
<p>Utilizar os protocolos. Adotar a linha guia: Saúde do Adulto – hipertensão e diabetes como referência.</p>	<p>Financeiro: para aquisição de recursos audio-visuais, folhetos. Político: Aprovação do projeto pelo Secretário de Saúde.</p>
<p>Implantar um sistema de acolhimento e busca ativa dos usuários com hipertensão.</p>	<p>Financeiro: recursos para confecção do fichário.</p>

4.2.8. Oitavo passo

No oitavo passo, momento estratégico, foi realizada a análise de viabilidade do plano. A ideia central que rege este passo – análise de viabilidade – é de que o ator que está planejando não controla todos os recursos necessários para a execução do seu plano. Portanto, ele precisa identificar os atores que controlam recursos críticos, analisando seu provável posicionamento em relação ao problema para, então, definir operações/ações estratégicas capazes de construir viabilidade para o plano ou, dito de outra maneira, motivar o ator que controla os recursos críticos .

QUADRO 4: Propostas de ações para a motivação dos atores.

Operações/projetos	Recursos críticos	Ator que controla	Motivação	Ação Estratégica
Elaborar agenda programada. Organizar a agenda de acordo com as orientações do plano diretor da atenção primária à saúde.	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.	Coordenador da Atenção Primária à Saúde Coordenador da Atenção Primária à Saúde Profissionais de saúde	Favorável	Não é necessária.
Utilizar os protocolos. Adotar a linha guia: Saúde do Adulto – hipertensão e diabetes como referência.	Financeiro: para aquisição de recursos audiovisuais, folhetos. Político: Aprovação do projeto pelo secretário de saúde.	Coordenador da Atenção Primária à Saúde Secretário Municipal de Saúde Secretário Municipal de Saúde Lideranças locais	Favorável Indiferente Indiferente	Apresentar o projeto para a Secretaria Municipal de Saúde, Conselho Municipal de Saúde e funcionários da Atenção Primária à Saúde.
Implantar um sistema de acolhimento e busca ativa dos usuários com hipertensão	Financeiro: recursos para confecção do fichário.	Coordenador da Atenção Primária à Saúde Secretário Municipal de Saúde	Favorável	Não é necessária

4.2.9. Nono passo

No nono passo, ainda momento estratégico, foi elaborado o plano operativo. Os objetivos deste passo são: designar os responsáveis por cada operação (gerente de operação) e definir os prazos para a execução das operações. O prazo proposto para a implementação do projeto será de um ano, de agosto de 2011 a agosto de 2012, e o plano operativo está apresentado no QUADRO 05.

QUADRO 5: Plano Operativo

Operações	Resultados	Produtos	Ações estratégicas	Responsável	Prazo
Elaborar agenda programada. Organizar a agenda de acordo com as orientações do plano diretor da atenção primária à saúde.	Agendas organizadas. Atendimento com horário programado, sem pacientes extras. 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).		Marcela	De setembro a novembro
Utilizar os protocolos. Adotar a linha guia: Saúde do Adulto – hipertensão e diabetes como referência.	Condutas padronizadas e processo de trabalho organizado.	Protocolo elaborado e implementado, conforme o Programa Saúde em Ação.	Apresentar o projeto para a Secretaria Municipal de Saúde, Conselho Municipal de Saúde e funcionários da Atenção Primária à Saúde.		Apresentação do projeto: agosto de 2011. Utilizar os protocolos: dezembro a março
Implantar um sistema de acolhimento e busca ativa dos usuários com hipertensão	Hipertensos acompanhados satisfatoriamente, com aumento do vínculo profissional-paciente. Consultas médicas melhor distribuídas e demanda espontânea diminuída. Melhoria do indicador para acompanhamento dos hipertensos (indicador = 10 até dezembro de 2011).	Acolhimento implantado: Acolher todos os pacientes que solicitarem atendimento na UBS. Os usuários serão avaliados pelo enfermeiro (de acordo com protocolo de acolhimento da atenção básica de Itabirito) e agendados de acordo com a gravidade do caso. Monitoramento da prescrição Médica implantado: criar um fichário para hipertensos (atualizado pelo ACS) para renovação da prescrição médica. Sistema de busca ativa implantado: fazer acompanhamento dos pacientes, por meio das visitas domiciliares dos ACS.			Acolhimento: De setembro a novembro Monitoramento da prescrição médica: Abril até junho. Busca ativa: julho e agosto.

4.2.10. Décimo passo

No décimo passo, momento tático-operacional, é descrita a gestão do plano. Os objetivos deste passo são: desenhar um modelo de gestão do plano de ação, discutir e definir o processo de acompanhamento do plano e seus respectivos instrumentos.

Durante a fase de implantação do projeto de intervenção serão realizadas reuniões mensais com a ESF para avaliação e será utilizado o QUADRO 06 como o cronograma das atividades.

QUADRO 6: Acompanhamento do plano de ação.

Operação	Produtos	Responsável	Prazo	Situação atual	Justificativa	Novo prazo
1. Apresentação do projeto.		Marcela	Agosto de 2011			
2. Elaborar agenda programada.	Programação mensal	Marcela	Setembro a novembro de 2011			
3. Implantar acolhimento	Acolhimento implantado	Marcela	Setembro a novembro de 2011			
4. Utilizar protocolos	Protocolo elaborado e implementado	Marcela	Dezembro de 2011 a março de 2012			
5. Implantar busca ativa dos usuários com HAS.	Monitoramento da prescrição médica	Marcela	Abril a junho de 2012			
6. Implantar busca ativa dos usuários com hipertensão arterial.	Sistema de busca ativa implantado	Marcela	Julho e agosto de 2012			

Após a implementação da proposta de intervenção serão realizadas avaliações semestrais do projeto. A avaliação será pautada no cálculo do indicador, sendo considerada a meta de aumento em 10% de acompanhamento a cada semestre e após 5 semestres este indicador deverá permanecer sempre maior ou igual a 50%.

5. DISCUSSÃO

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é um dos problemas de saúde pública mais importante e frequente no mundo, tendo prevalência aproximada de 20% na população adulta (MALUF *et al.*, 2010). Inquéritos de base populacional realizados em algumas cidades do Brasil mostram prevalência de HAS (pressão arterial $\geq 140/90$ mmHg) variando de 22,3% a 43,9% (MALFATI; ASSUNÇÃO, 2011).

O presente estudo revelou um índice de identificação/captação (prevalência referida) de 15% de portadores de HAS entre os residentes, na área de atuação da ESF São José I, com vinte anos e mais. A taxa de prevalência referida pode estar subestimada, visto que é inferior aos 20% apresentados pelo Ministério da Saúde para a mesma faixa etária. Uma evidência de provável erro no banco de dados é a discordância entre os registros do SIAB (511 hipertensos) em relação aos prontuários arquivados na UBS e ficha B preenchidas pelos agentes comunitários de saúde (358 hipertensos). Outras questões possivelmente relacionadas à baixa confiabilidade dos dados do SIAB referem-se à ausência de uma prática de supervisão dos ACS, pois são eles que preenchem as fichas para cadastros de hipertensos e alimentam o banco de dados. Muitas vezes eles ocupam seu tempo com atividades alheias aos objetivos do programa de saúde da família (entrega de consultas de especialidades e exames autorizados, serviços de zoonoses e atendimento em áreas não cobertas pelo PSF) e não conseguem visitar todas as famílias de sua micro área mensalmente.

Independentemente do volume de cadastros, o indicativo de que existe um baixo percentual de acompanhamento para pacientes hipertensos representa um alerta e acusa a necessidade de instalação de medidas para aumentar o percentual de acompanhamento dos pacientes desta enfermidade, evitando urgências hipertensivas, internações hospitalares, incapacidades e óbitos.

Após o diagnóstico e o cadastro dos pacientes, espera-se que ocorra uma vinculação dos usuários com as unidades de saúde da família, ocorrendo a prestação de um atendimento diferenciado, com ações de uma equipe multiprofissional (médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, agentes comunitários de saúde, dentistas, auxiliares de consultório dentário, entre outros) na unidade de saúde e/ou domicílios. Nesse modelo assistencial, o princípio da integralidade se daria em todos os seus sentidos, mediante o vínculo e comprometimento pessoal, familiar e comunitário, a vigilância da saúde, o acolhimento dos usuários e a garantias das referências aos níveis de maior complexidade. No entanto, a rápida expansão do PSF no Brasil tem suscitado preocupações com a efetividade de suas ações no tocante à mudança de modelo assistencial (SOUSA *et al.*, 2006).

A manutenção de um modelo curativista, enfatizado pela gestão municipal, resulta na ESF São José I em um processo de trabalho desorganizado. A partir deste problema foi elaborado um projeto, cujas operações visam melhorar o acompanhamento dos hipertensos pela ESF. A implementação de uma agenda programada baseada no Plano Diretor da Atenção Primária que terá como objetivos: realizar grupos operativos/educativos para hipertensos; consultas complementares de enfermagem após os grupo operativos/educativos; consultas de acompanhamento para todos os hipertensos cadastrados, sendo consultas domiciliares no caso de usuários acamados; e visitas domiciliares do agente comunitário de saúde para todos os hipertensos cadastrados.

Entre as principais causas identificadas como fatores que contribuem para a falha no controle da HAS, encontram-se as prescrições inadequadas. Estudos demonstraram um número elevado de pacientes tratados em desacordo com os protocolos, especialmente pela insistência em monoterapia naqueles cujo quadro clínico sugere o uso de três a quatro medicamentos associados. A adesão aos protocolos está relacionada à maior qualidade das prescrições e, conseqüentemente, tem um impacto significativo no número de pessoas com o nível de pressão arterial controlado, além de diminuir eventos cardiovasculares (MALUF *et al.*, 2010).

O que se percebe é que, apesar da orientação da vigilância saúde das famílias e dos seus entornos, predomina, em grande parte do país, a falta de vínculo entre os portadores de hipertensão arterial e as unidades de saúde. Em muitas situações os atendimentos ocorrem de modo não sistemático ou nos serviços de emergência, identificando-se dificuldades da rede de agir baseada em critérios de risco. As equipes não estão preparadas para atuar programaticamente, sobressai o atendimento a demanda espontânea em contraposição à alternativa do trabalho programático e da oferta organizada, expressando ausência de planejamento para uma base populacional e despreparo no monitoramento e na avaliação da efetividade das ações desenvolvidas (Sousa *et al.*, 2006).

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A participação no Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família contribuiu para melhorar a qualidade da assistência prestada aos usuários pela ESF São José I, principalmente através da reorganização do processo de trabalho. Possibilitou que a equipe refletisse como estava lidando com as demandas e como as atividades estavam sendo realizadas de forma intuitiva e automática. A importância da estratégia saúde da família foi ressaltada e surgiu o questionamento se a equipe realmente estava cumprindo sua função.

Ao elaborar o plano de ação para acompanhamento deficiente aos portadores de HAS, a equipe percebeu a importância de se fazer um diagnóstico situacional para conhecer os problemas da área de abrangência e identificar quais são passíveis de resolução e, qual a prioridade de cada problema no cotidiano. A utilização do PES para elaboração da proposta de intervenção permitiu a equipe formular propostas baseadas em evidências e com grande probabilidade de serem resolutivas.

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.

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

MALFATI, C. R. M.; ASSUNÇÃO, A. N. Hipertensão arterial e diabetes na estratégia de Saúde da Família: uma análise da frequência de acompanhamento pelas equipes de Saúde da Família. **Ciência e saúde coletiva**, v. 16, supl 1, 2011.

MALUF Jr, I.; ZAHDI, M. R.; UNTERSTELL, N.; MALUF. E. M. C. P.; SOUSA, A. B.; LOURE, F. D. Avaliação da adesão de médicos ao protocolo de hipertensão arterial da secretaria municipal de saúde de Curitiba. **Arquivos brasileiros de cardiologia**, v. 94, n. 1, 2010.

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.

SESMG. **Atenção à Saúde do Adulto Hipertensão e Diabetes**. Belo Horizonte, 2007.

SOUSA, L. B.; SOUZA, R. K. T.; SCOCHI, M. J. Hipertensão arterial e saúde da família: atenção aos portadores em município de pequeno porte na região sul do Brasil. **Arquivos brasileiros de cardiologia**, v 87, n. 4, 2006.

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.

