

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

**JUCIELE CRISTINA DOS SANTOS**

**MONITORAMENTO DE PACIENTES PORTADORES DE HIPERTEN**  
**SÃO ARTERIAL SISTÊMICA- PLANO DE AÇÃO**

**MARTINHO CAMPOS – MINAS GERAIS**

**2013**

**JUCIELE CRISTINA DOS SANTOS**

**MONITORAMENTO DE PACIENTES PORTADORES DE  
HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA- PLANO DE AÇÃO**

Trabalho de Conclusão apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da família, Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do certificado de especialista.

Orientadora: Fernanda Piana Santos Lima de Oliveira

**MARTINHO CAMPOS – MINAS GERAIS**

**2013**

**JUCIELE CRISTINA DOS SANTOS**

**MONITORAMENTO DE PACIENTES PORTADORES DE  
HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA- PLANO DE AÇÃO**

**Banca examinadora:**

Prof<sup>a</sup>. Fernanda Piana Santos Lima de Oliveira (orientadora)

Prof<sup>a</sup>. Eulita Maria Barcelos

Aprovada em Belo Horizonte, em \_\_/\_\_/\_\_

## RESUMO

A hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é considerada uma doença crônica, com maior prevalência no mundo moderno e é caracterizada pelo aumento da pressão arterial, tendo como causas a idade, sexo, antecedentes familiares, raça, obesidade, sedentarismo, o etilismo, o estresse, tabagismo e outras. Considera-se que, existe doença hipertensiva quando há uma insuficiência nos mecanismos que mantêm a pressão arterial dentro dos limites normais. Em média 10 a 20% da população adulta é portador de hipertensão arterial. Ela é causa direta ou indireta de elevado número de óbitos decorrentes de acidentes vasculares cerebrais insuficiência cardíaca, insuficiência renal e infarto do miocárdio. Tem como objetivo elaborar um plano de intervenção, para acompanhar os pacientes portadores de HAS, inscritos no PSF 04, em Martinho Campos-MG. A metodologia utilizada foi uma pesquisa de natureza qualitativa sobre o tema para subsidiar a elaboração do referencial teórico e o plano de ação. O problema priorizado foi acompanhamento deficiente aos portadores de HAS. Os nós críticos identificados foram o baixo nível de informação sobre a patologia, a falta de programação eficiente das atividades, a falta de equidade na distribuição de consultas e a não utilização de protocolo clínico. Pretende-se com o plano de ação aumentar o nível de informação sobre a hipertensão, elaborar agenda programada, utilizar os protocolos do Ministério da Saúde e Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais. A elaboração deste plano de ação possibilitou ao PSF 04 reconhecer a importância de se utilizar um método de planejamento para organizar o processo de trabalho em prol de um acompanhamento mais qualificado aos portadores de hipertensão arterial sistêmica.

**PALAVRAS-CHAVE:** Hipertensão. Programa Saúde da Família.

## **ABSTRACT**

High blood pressure (HBP) is considered a chronic disease, with the highest prevalence in the modern world and is characterized by increased blood pressure, and causes as age, sex, family history, race, obesity, physical inactivity, alcohol consumption, stress, smoking and others. It is considered that there hypertensive disease when there is a failure in the mechanisms that maintain blood pressure within normal limits. On average 10-20% of the adult population with arterial hypertension. She is direct or indirect cause of the high number of deaths from strokes heart failure, renal failure and myocardial infarction. Aims to develop an intervention plan to follow patients with SAH, 04 enrolled in the PSF to Martin Campos-MG. The methodology used was qualitative research on the topic to support the development of the theoretical framework and action plan. The problem was prioritized weak monitoring to patients with SAH. Critical nodes identified were the low level of information about the disease, the lack of effective programming of activities, lack of fairness in the distribution of queries and non-use of clinical protocol. The intention of the plan of action to increase the level of information about hypertension, draw schedule programmed, using the protocols of the Ministry of Health and State Health Secretariat of Minas Gerais. The preparation of this action plan enabled the PSF 04 recognize the importance of using a method of planning to organize the process of working towards a more qualified monitoring to patients with hypertension

**KEYWORDS: Hypertension. Family Heath Program.**

## LISTA DE QUADROS

<b>Quadro 1</b> - Classificação de prioridades para os problemas identificados no diagnóstico do PSF 04 Alberto Isaacson.....	23
<b>Quadro 2</b> - Procedimentos previstos.....	24
<b>Quadro 3</b> - Periodicidade de realização de exames laboratoriais de acordo com a classificação de risco para hipertensão arterial.....	25
<b>Quadro 4</b> - Desenho de operações para os “nós críticos” do problema acompanhamento deficiente aos portadores de HAS.....	28
<b>Quadro 5</b> - Recursos críticos das operações.....	30
<b>Quadro 6</b> - Proposta de ações para a motivação dos atores.....	31
<b>Quadro 7</b> - Plano Operativo.....	33
<b>Quadro 8</b> - Planilhas para acompanhamento de projetos.....	35

## LISTA DE TABELAS

**Tabela 1** - Morbidade referida, segundo as microáreas de abrangência da equipe do PSF 04, município de Martinho Campos, 2011.....13

**Tabela 2** - Porcentagem de atendimentos aos programas pela equipe do PSF 04, município de Martinho Campos, 2010-2011.....24

## **LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS**

**UBS** - Unidade Básica de Saúde

**PSF** - Programa Saúde da Família

**mmHg** - milímetros de mercúrio

**ACS** - Agente Comunitário de Saúde

**HAS** - Hipertensão Arterial Sistêmica

**ECG** - Eletrocardiograma

**PES** - Planejamento Estratégico Situacional



## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>10</b>
<b>1.1 Justificativa .....</b>	<b>14</b>
<b>2 OBJETIVO.....</b>	<b>15</b>
<b>2.1 Objetivo Geral.....</b>	<b>15</b>
<b>2.2 Objetivos Específicos.....</b>	<b>15</b>
<b>3 METODOLOGIA.....</b>	<b>16</b>
<b>3.1 Natureza da pesquisa qualitativa .....</b>	<b>16</b>
<b>3.2 Diagnostico Situacional do PSF 04 .....</b>	<b>17</b>
<b>3.3 Fundamentação teórica.....</b>	<b>17</b>
<b>3.4 Plano de Ação.....</b>	<b>20</b>
<b>4 PLANO DE AÇÃO .....</b>	<b>21</b>
<b>6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>38</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>39</b>
<b>ANEXO .....</b>	<b>41</b>

*Na vida pública, ninguém olha para os que estão pior, mas apenas para os que estão melhor. Sêneca*

## 1 INTRODUÇÃO

Durante o processo histórico a atenção foi gradualmente se fortalecendo e deve se constituir como porta de entrada preferencial do Sistema Único de Saúde (SUS), sendo ponto de partida para estruturação dos sistemas locais de saúde. A atenção primária caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo que abrange a promoção e a prevenção da saúde, o diagnóstico precoce, tratamento, reabilitação e a manutenção da saúde (MINAS GERAIS, 2006).

Atualmente, sabe-se que tanto nos países desenvolvidos quanto nos países em desenvolvimento, predomina a mortalidade por doenças cardiovasculares. Como causa isolada, a hipertensão arterial é a mais importante morbidade do adulto. Mesmo face à efetividade do tratamento medicamentoso e não, é uma doença de difícil controle provavelmente devido à baixa adesão ao tratamento. Os profissionais da área da saúde devem buscar estratégias para melhorar a adesão dos hipertensos ao tratamento. Nesse sentido, o programa saúde Família pode ser útil, pois, pode ajudar os hipertensos a obterem o controle da doença no contexto da família (MANO; PEERIN, 2005, p. 270).

A atuação dos profissionais de saúde no controle da adesão dos hipertensos vem contribuir para o bem estar do paciente e tranquilidade de toda família.

Contextualizando o Programa Saúde da Família do distrito, (PSF 04) situa-se na área central, Av. José Cançado nº 119 do distrito de Alberto Isaacson, pertencente ao município de Martinho Campos, e é responsável pela assistência à saúde do distrito e dos aglomerados rurais: Boa Vista, Monjolinhos, Riacho do Barro e Sacramento.

A distância do distrito de Alberto Isaacson à sede do município de Martinho Campos é de 31 km.

A principal barreira geográfica é a distância dos aglomerados ao distrito. O atendimento aos usuários residentes nesses aglomerados ocorre em pequenas unidades rurais que não atendem às mínimas condições de infraestrutura de uma unidade rural, exigidas pela resolução SES nº1186, de 18 de maio de 2007.

O único ponto de atenção à saúde do distrito é o PSF 04, sendo que, nas urgências e emergências, é necessário o transporte dos usuários até o hospital de

pequeno porte Dr. Odilon de Andrade, única unidade de atenção hospitalar do município de Martinho Campos.

A população adscrita ao PSF 04 é de 1.653 pessoas, sendo que 1189 residem na área urbana do distrito, 479 residem na área rural circunvizinha e nos aglomerados rurais. A população masculina representa 50,81% e a feminina 49,18%. As crianças (0 a 14 anos) correspondem 20,42%, os adolescentes (15 a 19 anos) correspondem 7,85, os adultos (20 a 59 anos) 53,77% e os idosos (60 anos ou mais) 17,96%.

O PSF 04 foi inaugurado em 2006 pelo CNES 5030986. O prédio pertence ao conselho e foi adaptado para funcionar como Unidade Básica de Saúde (UBS), mas não atinge os requisitos esperados com relação à estrutura física. Portanto, uma nova UBS com instalações atuais, amplas, arejadas e modernas está sendo construída no distrito.

A equipe é composta por um médico generalista, uma enfermeira, duas técnicas de enfermagem, uma auxiliar de limpeza, um odontólogo, um técnico de saúde bucal, quatro agentes comunitárias de saúde (ACS), um auxiliar administrativo. Existe, também, o atendimento dos profissionais do Núcleo de Apoio a Saúde da família (NASF) composta por psicóloga, fisioterapeuta, nutricionista, fonoaudióloga, terapeuta ocupacional e educador físico.

Os principais problemas da população adscrita são: Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), Diabetes Mellitus e o Alcoolismo. O estilo de vida dessa população é determinado pelos seguintes fatores: a maior parte tem até o 4º ano do ensino básico; muitas famílias não tem renda fixa; a população empregada vive, basicamente, do trabalho rural (lavouras e pecuária), nas pedreiras, granja ou trabalho artesanal; as condições de habitação são precárias e uma minoria participa de grupos sociais (grupos religiosos, associações).

Hipertensão arterial é uma síndrome clínica caracterizada pela elevação da pressão arterial a níveis iguais ou superiores a 140 mm Hg de pressão sistólica e/ ou 90 mm Hg de diastólica — em pelo menos duas aferições subseqüentes — obtidas em dias diferentes, ou em condições de repouso e ambiente tranquilo. (SILVA e SOUZA, 2004. p. 85).

A HAS tem múltiplos fatores predisponentes para a elevação dos níveis pressóricos. Eles estão associados com frequência à alterações funcionais ou estruturais dos órgãos alvos (coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos) e também

as alterações metabólicas tendo como complicações os aumentos do risco de eventos cardiovasculares fatais ou não fatais. (Ximenez e Melo 2005).

Entre os fatores de risco encontram-se, idade, gênero e etnia, excesso de peso e obesidade, ingestão de sal, ingestão de álcool, sedentarismo, genética e fatores socioeconômicos (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA\SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO\SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2010).

A evolução da hipertensão é lenta e silenciosa ela na apresenta sintomas aparentes. O seu tratamento requer a adesão ao tratamento farmacológico e mudanças de hábitos de vida (dietéticas e comportamentais). Podem ocorrer desfechos em longo prazo como lesão de órgãos alvos que podem levar a óbito (GUSMÃO *et al.*2009)

Para Ximenez e Melo 2005:

A HAS constitui-se numa das afecções mais comuns do mundo moderno atingindo um grande número de pessoas, podendo resultar em graves complicações se não for tratada e controlada. Por isso, é um grande problema de saúde pública, e merece especial relevância em todos os níveis de atenção a saúde.

O Ministério da Saúde, em 1994, implantou o Programa de Saúde da Família (PSF). Seu objetivo é reorganizar a prática assistencial a partir da atenção básica, em substituição ao modelo tradicional de assistência, orientado para a cura de doenças. Assim sendo, o PSF pretende promover a saúde através de ações básicas. Isso possibilitará programar ações de forma mais abrangente. Essa dinâmica do PSF, centrada na promoção da qualidade de vida e na intervenção de fatores que colocam em risco a população, permite a identificação e melhor acompanhamento de indivíduos diabéticos e hipertensos. (PAIVA; BERCUSA e ESCUDIER, 2006).

Segundo Ximenez e Melo (2005) para haver um controle adequado da hipertensão arterial, não bastam apenas medidas de orientação, é preciso, também, desenvolver estratégias que auxiliem o indivíduo na mudança de atitudes exigindo ações de prevenção e promoção à saúde, as mesmas devem ser contínuas, simples e objetivas, para maior entendimento do cliente.

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 à 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. (SOUZA, *et al.*, 2006).

De acordo com a Tabela 1, em 2011, na área de abrangência do PSF 04, havia 265 hipertensos cadastrados, o que corresponde a 20,15% da população adulta e idosa. Nenhuma atividade preventiva estava sendo desenvolvida, pois o processo de trabalho da equipe era curativista e voltado para a demanda espontânea. Dos 265 hipertensos cadastrados no Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) em 2011, apenas 13,22 % foram atendidos no PSF 04, ou seja, submeteram à avaliação médica e não 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 três anos e realização de exames laboratoriais (glicose, creatinina, potássio, colesterol, triglicérides e urina rotina) pelo menos uma vez a cada dois anos.

**Tabela 1 - Morbidade referida**

<b>Morbidade referida segundo as microáreas de abrangência da equipe do PSF 4, município de Martinho Campos, 2011</b>					
<b>Morbidade referida</b>	<b>Micro1</b>	<b>Micro 2</b>	<b>Micro 3</b>	<b>Micro 4</b>	<b>Total</b>
<b>Alcoolismo</b>	11	12	6	3	32
<b>Doença de Chagas</b>	0	0	0	0	0
<b>Deficiência</b>	3	2	1	2	8
<b>Epilepsia</b>	4	4	2	1	11
<b>Diabetes</b>	16	20	9	7	52
<b>Hipertensão arterial</b>	91	83	60	31	265
<b>Tuberculose</b>	0	0	0	0	0
<b>Hanseníase</b>	0	0	0	0	1

Fonte: SIAB (2010)

O plano de ação visa reorganizar o processo de trabalho da equipe do PSF 04 e contribuir para a melhoria da qualidade da assistência aos portadores de HAS

cadastrados, aumentando o nível de conhecimento da população sobre essa doença e suas consequências, promovendo ações contínuas de educação visando promoção de saúde, elaborando uma agenda programada, implantando acolhimento e busca ativa para os hipertensos e utilizando protocolos.

### **1.1 Justificativa**

A Hipertensão Arterial Sistêmica é a mais frequente das doenças cardiovasculares e o principal fator de risco para as complicações como acidente vascular cerebral, infarto agudo do miocárdio dentre outras. Por ser na maior parte do seu curso assintomática, seu diagnóstico e tratamento é frequentemente negligenciado, proporcionando a baixa adesão, por parte do paciente, ao tratamento prescrito. Preocupada com o número de pacientes hipertensos existentes na área de abrangência surge a necessidade de mudanças na prática da equipe de saúde com o propósito de prevenir as possíveis complicações da hipertensão por meio de um monitoramento mais sistematizado destes pacientes. Neste sentido propõe-se uma orientação constante acerca da necessidade de esclarecimento e instrução desses grupos populacionais quanto à prevenção.

## **2 OBJETIVO**

### **2.1 OBJETIVO GERAL**

Elaborar um plano de intervenção, para acompanhar os pacientes portadores de HAS, inscritos no PSF 04, em Martinho Campos.

### **2.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS**

- Aumentar o nível de conhecimento da população
- Programar atividades eficientes;
- Elaborar agenda programada;
- Utilizar protocolos – Linha guia como referência;
- Implantar um sistema de acolhimento e busca ativa dos usuários com HAS;



### **3 METODOLOGIA**

Este trabalho foi realizado em três etapas, inicialmente elaborou-se o diagnóstico situacional onde foram elencados os problemas da área de abrangência, da equipe do PSF 4, no município de Martinho Campos, a seguir foi priorizado o problema considerado o mais importante, escolheu o tipo de revisão de literatura mais apropriado, fez-se o levantamento das publicações que abordassem o tema proposto, posteriormente foram elaborados o referencial teórico sobre hipertensão e o plano de ação.

#### **3.1 Diagnóstico Situacional do PSF 04**

Para Campos; Faria e Santos (2010, p.37) a palavra diagnóstico significa por meio do conhecimento. “Portanto é o desafio de levantar dados, transformá-los em informação para produzir conhecimento que subsidie o planejamento. O planejamento é o mediador entre o conhecimento e a ação”.

Neste sentido para realização do diagnóstico situacional foi necessário recorrer ao banco de dados da Secretaria Municipal de Saúde (SMS), realizando entrevistas com informantes-chaves na comunidade, dados fornecidos pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e observação ativa da equipe de saúde em relação ao ambiente físico do seu território como problemas de saneamento, coleta de lixo, vias públicas, condições de moradia e riscos ambientais, e em relação aos serviços oferecidos como saúde, habitação, educação. As ACS fizeram uma entrevista semi estruturada com 50 usuários da comunidade com o propósito de levantar alguns dados importantes da área de abrangência (anexo). As informações constantes desse estudo foram levantadas no período fevereiro a junho de 2012.

O diagnóstico situacional realizado pela equipe do PSF 4, da saúde da família do município de Martinho Campos, proporcionou uma visualização do cenário da área de abrangência.

### **3.2 Natureza da pesquisa**

Optou-se por uma revisão de literatura narrativa considerando o enfoque de uma pesquisa qualitativa por ser mais adequada para o estudo em questão. Para Minayo (2002, p. 22):

A pesquisa qualitativa responde a questões muito particulares. Ela se preocupa com um nível de realidade que não pode ser quantificado. Ou seja, ela trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis.

No que se refere a revisão de literatura é a “busca de informações e dados disponíveis em publicações – livros, teses e artigos de origem nacional ou internacional, e na internet, realizados por outros pesquisadores” (MORESI, 2003).

Foi realizado um levantamento bibliográfico de publicações indexadas nas bases de dados eletrônicas da Biblioteca Virtual da Saúde (BVS) e SciELO (Scientific Electronic Libray. Foram considerados estudos científicos referentes a HAS, em idioma português, produzidos no período de 2004 a 2010. Foram utilizadas para a busca as palavras chaves: hipertensão, programa saúde da família.

Após o levantamento das publicações foram obtidos os resumos de todos os estudos; em seguida, promoveu-se a leitura e avaliação da sua pertinência para esta revisão.

### **3.3 Fundamentação Teórica**

Para Ximenez e Melo (2005), a HAS constitui-se numa das afecções mais comuns do mundo moderno e que atinge um grande número de pessoas, podendo resultar em graves complicações, se não for tratada e controlada, por isso se

evidencia que a mesma é um grande problema de saúde pública, e que merece especial relevância em todos os níveis de atenção a saúde.

Neste sentido a Secretaria do Estado de Saúde de Minas Gerais reforça que a hipertensão arterial sistêmica é:

Um dos principais fatores de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares e renais (insuficiência cardíaca, coronariana, acidente vascular encefálico e a insuficiência renal), sendo que estudos demonstram que o tratamento adequado dos pacientes idosos reduz em 70% a ocorrência de acidente vascular encefálico (MINAS GERAIS, 2006, p.145).

A HAS representa grave problema de saúde no país, não só pela elevada prevalência – cerca de 20% da população adulta- como também pela acentuada parcela de hipertensos não diagnosticados, ou não tratada de forma adequada, ou ainda pelo alto índice de abandono ao tratamento (SILVA, SOUZA 2004).

Ela ocupa lugar de destaque no contexto da transição epidemiológica, e constitui um dos principais fatores de risco para o aparecimento das doenças cardíacas. O controle da HAS está diretamente relacionado ao grau de adesão do paciente ao regime terapêutico (ARAUJO; GARCIA, 2006).

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma doença crônico-degenerativa, silenciosa, cujo controle tem se tornado um desafio para os profissionais de saúde, pois o seu tratamento necessita da participação contínua do paciente e da família no sentido de aderir ao tratamento e modificar alguns hábitos de vida que são considerados prejudiciais à saúde e assumir outros que são benéficos a manutenção de uma vida saudável (SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO. SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2002)

Péres; Magna; Viana (2003) abordam que muitos pacientes hipertensos abandonam o tratamento por falta de informação adequada sobre a doença.. Muitos até iniciam corretamente o tratamento, todavia desistem ou o faz pela metade, e não conforme o recomendado. Os pacientes que não aderem às recomendações de mudança de estilo de vida e/ou não seguem as prescrições, dificilmente apresentarão níveis pressóricos controlados, este é o maior desafio para os profissionais de saúde uma vez aumenta os custos e os riscos de co-morbidades em

conseqüência do controle inadequado da pressão arterial (JARDIM & JARDIM, 2006).

Diante destas colocações percebe-se a importância do monitoramento da equipe de saúde da família ao paciente hipertensão.

O adequado controle da hipertensão poderia reduzir a mortalidade como ocorreu em outros países (BLOCH *et al.*, 2008).

O estudo revela um baixo percentual de acompanhamento de pacientes hipertensos em relação ao total de pacientes portadores de HAS cadastrados no PSF 04, mostra a necessidade de reorganizar a assistência prestada a estes usuários, a fim de aumentar esse percentual de acompanhamento dos hipertensos, evitando complicações referentes à HAS e melhorando a qualidade de vida do hipertenso.

A partir do problema levantado foi elaborado um plano de ação onde se pretende aumentar o nível de informação da população sobre HAS, implantar a agenda programada das atividades desenvolvidas pela ESF, melhorar a equidade na distribuição de consultas e a utilização de protocolo clínico.

Segundo SESMG (2006), a Unidade Básica de Saúde deve ser a porta de entrada do paciente com hipertensão para o sistema de saúde. É o ponto de atenção estratégico e tem como atributos garantir o acesso e o vínculo, responsabilizando-se pelo monitoramento dos pacientes dentro de seu território, de forma eficaz e humanizada. A equipe de Saúde da família deve atuar de forma integrada e com competências bem estabelecidas, na abordagem da hipertensão. É de sua responsabilidade: diagnóstico dos casos, cadastramento dos portadores, busca ativa de casos, tratamento dos casos, diagnóstico precoce de complicações, primeiro atendimento de urgência, encaminhamento de casos graves e medidas preventivas e de promoção da saúde.

A equipe de saúde deve esclarecer aos pacientes sobre a importância das mudanças de hábitos para controlar os níveis pressóricos e glicêmicos. Ao distribuir os folhetos explicativos sobre os fatores de risco e sobre sua atuação na hipertensão arterial, de acordo com a faixa etária dos hipertensos verificar se os pacientes têm alguma dúvida (CONCERSO; LEOCARDIO, 2005).

Para Dantas (2011,p.24) o trabalho interdisciplinar por meio das ações educativas é muito importante pois “proporciona ao paciente uma visão mais

ampla sobre a patologia e a importância do uso regular do medicamento, a incorporação de atitudes saudáveis dos hábitos de vida tratamento, evitando assim, o risco cardiovascular.”

De acordo com o estudo, fica claro que é fundamental o acompanhamento sistemático do indivíduo portador de HAS, especialmente no nível da atenção básica a saúde.

### **3.4 Plano de Ação**

Para Matus, (1989) planejar é como preparar-se para a ação. E, para agir, é fundamental investir no aumento da capacidade de governar. Para compreensão dos fundamentos teóricos, Matus enfoca em três aspectos: Projeto de Governo, Governabilidade e Capacidade de Governo (CAMPOS; FARIA E SANTOS,2010) Uma situação pode ser compreendida como um espaço socialmente produzido no qual nós desempenhamos um papel e intervimos da mesma forma que outros. Assim, uma explicação situacional é sempre feita por nós ou por eles, como atores sociais. Onde o ator social é tido como um coletivo de pessoas ou no seu extremo, uma personalidade que, atuando em determinada realidade, é capaz de transformá-la (MERHY, 2002).

Essa participação enriquece o processo de planejamento, criando coresponsabilidade dos atores com a efetivação do plano de ação, dando mais legitimidade, mesmo, viabilidade político ao plano. Uma situação só é problematizada quando um ator a define como inaceitável e, ao mesmo tempo, como passível de ser transformada na direção desejada. É o momento de elaboração de propostas de soluções normativas, estratégicas e tático-operacionais. (MERHY, 2002).

## 4 PLANO DE AÇÃO

O plano de intervenção para o PSF 04 foi realizado através do Planejamento Estratégico Situacional, de acordo com os passos descritos no módulo Planejamento e avaliação das ações em Saúde (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

### **Primeiro passo: definição dos problemas**

No momento explicativo, através da estimativa rápida, foi possível identificar os principais problemas da área de abrangência no período de 2010 a 2011.

A população adscrita do PSF 04 é de 1.653 pessoas, sendo que 1.189 residem na área urbana do distrito, 479 residem na área rural circunvizinha e nos aglomerados rurais. O abastecimento de água do distrito provém de um Córrego localizado da Fazenda Boeira, sem tratamento e a distribuição da mesma é feita pela COPASA na maioria das residências. Existem muitos domicílios que utilizam água de cisterna. Os aglomerados rurais recebem água provinda de poços artesianos.

O total de domicílios é de 562 com 31,14% de abastecimentos por rede pública, 68,68% por poços ou nascentes e 0,18% outros. O tratamento domiciliar da água é feito por filtração em 85,41%, por fervura em 2,31%, por cloração em 0,0% e 12,28% dos domicílios não realiza nenhum tratamento. 99,29% dos domicílios possui energia elétrica. O destino do lixo é realizado através de coleta pública em 71,53% dos domicílios, 27,40% é queimado e 1,07% são deixados a céu aberto. O destino das fezes/urina é realizado por fossa em 98,40% dos casos e deixado a céu aberto em 0,18% dos domicílios. O sistema de esgoto em Alberto Isaacson ainda se encontra em fase de construção.

A população empregada vive, basicamente, do trabalho nas pedreiras e granjas. Existe o trabalho artesanal, confecção de vassouras e traças de palha. Há poucos comércios (padaria, supermercado, farmácia, loja de roupas). Nos aglomerados o trabalho é rural (lavouras e pecuária). A renda mensal predominante é de um salário mínimo.

As doenças que prevalecem na população adulta, de acordo com os dados do SIAB, são: HAS (28,80%), diabetes melitus (5,84%) e o etilismo (3,59%) (SIAB, 2010/2011).

A principal barreira geográfica é a distância dos aglomerados ao distrito. O atendimento aos usuários residentes nesses aglomerados ocorre em pequenas unidades rurais que não atende nem às mínimas condições de infraestrutura. A falta de transporte público e sanitário adequados e as condições precárias das estradas rurais são outras barreiras geográficas. No período chuvoso torna-se inviável a chegada dos usuários ou da equipe ao local de assistência.

O único ponto de atenção à saúde no distrito é o PSF 04, sendo que nas urgências é necessário o transporte dos usuários até o hospital Dr. Odilon de Andrade, localizado na sede de Martinho Campos.

De acordo com a observação ativa identificamos:

- Famílias com integrantes usuários de droga e/ou álcool
- Famílias com integrantes na prostituição
- Esgoto a céu aberto (Ausência de esgoto)
- Ruas sem pavimentação
- Casas com infestação de roedores
- Lixo acumulado em lotes vagos
- Animais soltos

De acordo com os dados levantados, identificamos como principais problemas:

- Uso de álcool e drogas
- Prostituição
- Gravidez na adolescência
- Alta prevalência de pacientes com depressão
- Falta de opções de lazer
- Acompanhamento deficiente aos portadores de HAS
- Risco de proliferação de *Aedys*.

## Segundo passo: priorização dos problemas

Como todos os estabelecimentos de saúde o PSF 04 lida diariamente com vários problemas da comunidade, uns com uma governabilidade maior que os outros.

Todos os problemas diagnosticados são importantes, no entanto realizamos a classificação de acordo com sua importância, urgência e capacidade de enfrentamento, conforme quadro abaixo.

**Quadro 1** - Classificação de prioridades para os problemas identificados no diagnóstico do PSF 04

Principais problemas	Importância	Urgência	Capacidade de enfrentamento	Seleção
Uso de álcool e drogas	Alta	10	Fora	6
Prostituição	Alta	10	Fora	6
Gravidez na adolescência	Alta	9	Parcial	2
Acúmulo de lixo nos lotes	Alta	6	Parcial	3
Ausência de esgoto	Alta	5	Parcial	2
Alta prevalência de pacientes com depressão	Alta	10	Parcial	2
Risco de proliferação de <i>Aedys</i>	Alta	6	Parcial	3
Opções de lazer reduzidas	Média	4	Parcial	5
Acompanhamento deficiente aos portadores de HAS	Alta	10	Parcial	1

Fonte: CAMPOS; FARIA; SANTOS (2010)

Selecionamos como problema de maior prioridade o “acompanhamento deficiente aos portadores de HAS”.



### Terceiro passo: descrição do problema selecionado

No momento explicativo, através dos dados do SIAB (2010), de acordo com a Tabela 1, ocorreu descrição do problema selecionado, onde apenas 13,22 % dos hipertensos foram atendidos no PSF 04 em 2011.

**Tabela 1 –** Porcentagem de atendimentos nos programas

**Atendimento aos programas pela equipe do PSF 04, município de Matinho Campos, 2010-2011**

Indicador	2010	2011
% puericultura	1,22	1,24
% pré-natal	0,47	0,89
% prevenção câncer cérvico-uterino	1,96	3,43
% diabetes	3,54	4,19
% hipertensos	14,65	13,22
% hanseníase	0,02	0,0
% tuberculose	0,08	0,0
% atendimentos com programas	21,94	22,97

Fonte: SIAB (2010)

Segundo SESMG, 2007 os procedimentos que fazem parte da programação da assistência aos hipertensos são os referidos no Quadro – 2 e Quadro – 3 a seguir:

**Quadro 2 -** Procedimentos previstos

Procedimentos previstos	Estratificação dos portadores		
	Baixo risco	Médio risco	Alto risco
Consulta médica	01 consulta\ano	01 consulta\ano	01 consulta\ano
Consulta enfermagem	01 consulta\ano	03 consulta\ano	01 consulta\ano
Atividade em grupo	02 Reuniões\ano	03 Reuniões\ano	02 Reuniões\ano
Visita domiciliar pelo ACS	12 visitas\ano	12 visitas\ano	12 visitas\ano
ECG	01 ECG a cada 03 anos	01 ECG por ano	02 ECG a cada 03 anos

Fonte: BRASIL (2007) [www.saude.mg.gov.br](http://www.saude.mg.gov.br)

**Quadro 3** - Periodicidade de realização de exames laboratoriais de acordo com a classificação de risco para hipertensão arterial.

<b>Exames</b>	<b>Baixo risco</b>	<b>Médio risco</b>	<b>Alto risco</b>
Glicose	01exame a cada 02 anos	01 exame ao ano	01 exame ao ano
Creatinina	01exame a cada 02 anos	01 exame ao ano	01 exame ao ano
Potássio	01exame a cada 02 anos	01 exame ao ano	01 exame ao ano
Colesterol	01exame a cada 02 anos	01 exame ao ano	01 exame ao ano
Triglicérides	01exame a cada 02 anos	01 exame ao ano	01 exame ao ano
Urina rotina	01exame a cada 02 anos	01 exame ao ano	01 exame ao ano

Fonte: BRASIL (2007) [www.saude.mg.gov.br](http://www.saude.mg.gov.br)

#### **Quarto passo: explicação do problema**

Geralmente, a causa de um problema é outro problema ou outros problemas. O quarto passo tem como objetivo entender a gênese do problema que queremos enfrentar a partir da identificação das suas causas.

##### 1. Causas relacionadas aos pacientes

- *Fatores de risco não modificáveis*: Idade, hereditariedade, sexo, raça.

- *Fatores de risco modificáveis*: Tabagismo, etilismo, sedentarismo e obesidade, hábitos alimentares, excesso de sal, estresse, crenças de saúde, baixo nível de conhecimento/escolaridade, consumo de anticoncepcionais.

- Baixa adesão aos serviços de saúde, 13,22% dos hipertensos consultaram em 2011.

##### 2. Causas relacionadas à equipe de saúde

- vínculo entre equipe-paciente prejudicada devido à rotatividade de profissionais, principalmente do médico;

- falta de qualificação dos profissionais ao abordar o paciente portador de HAS;

- desatualização da ficha B;

- falta de planejamento das atividades (grupo operativo, agenda programada);

- falta da equidade na distribuição de consultas; processo de trabalho focado na demanda espontânea;
- não utilização de protocolos clínicos e de organização do serviço para atendimento de pacientes hipertensos.

### 3. Causas relacionadas à gestão da saúde

- Ações de saúde ainda voltadas para a cura e reabilitação;
- Incentivo para as atividades de promoção e prevenção em saúde;
- Falta de uma equipe multiprofissional mais atuante (nutricionista, psicólogo, assistente social, fisioterapia, educador físico);
- Sistema de distribuição de medicamentos ineficaz (indisponibilidade de medicamentos nos serviços para fornecimento aos pacientes);
- sobrecarga de trabalho dos profissionais de saúde com conseqüente redução de tempo nas consultas e aumento no tempo de espera;
- Dificuldade de acesso ao serviço devido à distância;
- Demora na realização de exames laboratoriais, ECG e exames de alta complexidade.

Diante do problema e suas respectivas causas temos como conseqüências:

- Baixa adesão dos portadores de HAS ao acompanhamento da doença;
- Agravamento dos quadros clínicos (sequelas irreversíveis e óbitos);
- Baixa cobertura nas consultas de acompanhamento; nos registros do SIAB;
- Automedicação, devido a receitas vencidas;
- Dificuldades da equipe para reorganizar seu atendimento, dificultando uma assistência mais qualificada.

### **Quinto passo: seleção dos “nós críticos”**

Foi realizada uma análise para identificar, entre as várias causas, aquelas consideradas as mais importantes na origem do problema, que precisam ser enfrentadas. Para que fosse possível 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, p.65).

Os nós críticos identificados foram

- Nível de informação.
- Falta de programação das atividades.
- Falta de equidade na distribuição das consultas
- Não utilização de protocolos clínicos

### **Sexto passo: desenho das operações**

No momento normativo, a partir do problema e suas causas consideradas mais importantes, foi necessário pensar as soluções e estratégias para o seu enfrentamento. Os objetivos desse passo foram:

- 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.

As operações desenhadas para enfrentar e impactar as causas mais importantes do problema selecionado são: financeiro , organizacional, político e cognitivo.

**Quadro 4** - Desenho de operações para os “nós críticos” do problema acompanhamento deficiente aos portadores de HAS.

Nó crítico	Operação/Projeto	Resultados esperados	Produtos esperados	Recursos Necessários
Nível de informação	<p><b>Conhecer melhor</b></p> <p>Aumentar o nível de informação da População sobre a HAS.</p>	População mais informada sobre a HAS	<p>Avaliação do nível de informação sobre a HAS</p> <p>Capacitação de toda a equipe sobre HAS e suas consequência.</p>	<p><b>Organizacional:</b> iniciar capacitação com equipe e realizar busca ativa dos portadores de HAS.</p> <p><b>Cognitivo:</b> informação sobre os temas e estratégias de comunicação.</p> <p><b>Financeiro:</b> para aquisição de recursos audiovisuais, para panfleto informativo e educativo.</p>
Falta de programação das atividades	<p><b>Agenda Programada</b></p> <p>Organizar a agenda de acordo com as orientações do Plano Diretor da Atenção primária à saúde</p>	<p>Agendas organizadas.</p> <p>Atendimento com horário programado.</p> <p>Atendimento de forma planejada e organizada.</p> <p>Usuário satisfeito com o atendimento e consequentemente</p>	Implantação da programação das atividades (consultas médicas, consultas de enfermagem, grupos operativos) mensalmente.	<p><b>Organizacional:</b> Organizar as atividades da equipe e implantar as agendas, contemplando os grupos operativos.</p> <p><b>Político:</b> integração com Secretaria de Saúde.</p> <p><b>Financeiro:</b> para aquisição confecção</p>

		adesão ao tratamento.		de agendas de recursos audiovisuais, para panfleto informativo.
Falta da equidade na distribuição de consultas	<b>Acolhimento e Busca ativa.</b>  Implantar o acolhimento e busca ativa dos usuários portadores de HAS	Hipertensos acompanhados satisfatoriamente.  Aumento do vínculo do paciente com a UBS.  Diminuição da demanda espontânea.	Acolhimento implantado: usuários avaliados pelo enfermeiro de acordo com a classificação de risco (Protocolo de Manchester).  Agendamento de consultas de acordo com a gravidade do caso.  Monitoramento da prescrição médica de acordo com a ficha do usuário na farmácia do PSF.  Busca ativa do usuário através dos ACS.	<b>Organizacional:</b> organização da equipe de acordo com a adequação de fluxos.  <b>Político:</b> adesão dos profissionais  <b>Financeiro:</b> recursos para confecção de fichas.
Não utilização de protocolo clínico	<b>Uso de Protocolos</b>	Processo de trabalho organizado de condutas padronizadas.	Implantação de um protocolo elaborado conforme o programa de saúde em ação.	<b>Organizacional:</b> Implantar os protocolos da Secretária de Saúde de Minas Gerais.  <b>Cognitivo:</b>

	Utilizar os protocolos.  Adotar como referência a Linha Guia “Atenção à Saúde do Adulto – hipertensão e diabete”.			informações sobre os procedimentos contidos nos protocolos  <b>Político:</b> integração com Secretaria de Saúde.
--	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Fonte: CAMPOS; FARIA; SANTOS. (2010)

### Sétimo passo: identificação dos recursos críticos

Teve como objetivo a identificação dos recursos críticos que devem ser consumidos em cada operação para enfrentamento dos nós críticos.

A identificação dos recursos críticos a serem consumidos para a 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 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, p.69).

Os recursos críticos de cada operação para o enfrentamento dos “nós críticos” do problema selecionado são: financeiro, cognitivo e político.

### Quadro 5 - Recursos críticos das operações

Operação Projeto	Recursos críticos
<b>Conhecer melhor:</b> Aumentar o nível de informação da população sobre HAS e suas consequências.	<b>Financeiro:</b> para aquisição de recursos audiovisuais, para panfletos informativos e educativos.
<b>Agenda programada.</b> Organizar a agenda de acordo com as orientações do Plano Diretor da Atenção primária à saúde	<b>Político:</b> integração com Secretarias de saúde. Parceria do projeto com o coordenador da atenção primária. Adesão dos profissionais de saúde para a agenda programada

	<b>Financeiro:</b> para aquisição de confecção de agendas.
<b>Acolhimento e busca ativa dos usuários portadores de HAS.</b> Implantar o acolhimento e busca ativa dos usuários portadores de HAS	<b>Político:</b> adesão dos profissionais <b>Financeiro:</b> recursos para confecção de fichas
<b>Uso de protocolos.</b> Adotar como referência a Linha Guia “Atenção à Saúde do Adulto – hipertensão e diabete”.	<b>Cognitivo:</b> elaborar e implantar a linha de cuidado <b>Político:</b> aprovação do projeto pela Secretaria de Saúde.

Fonte: CAMPOS; FARIA; SANTOS (2010)

### Oitavo passo: análise de viabilidade do plano

Para analisar a viabilidade de um plano, no momento estratégico, devemos: identificar quais os atores que controlam os recursos críticos necessários para implementação de cada operação; fazer análise da motivação desses atores em relação aos objetivos pretendidos pelo plano e desenhar ações estratégicas para motivar os atores e construir a viabilidade da operação.

### Quadro 6 - Proposta de ações para a motivação dos atores

Operação/ projeto	Recursos críticos	Controle dos recursos críticos		Ação estratégica
		Ator que controla	Motivação	
<b>Conhecer melhor:</b> Aumentar o nível de informação da população sobre HAS	<b>Financeiro:</b> para aquisição de recursos audiovisuais, para panfletos informativos e educativos e materiais para as oficinas.	Secretaria Municipal de Saúde	Favorável	Realizar solicitação de material
				Realizar o orçamento para



<p><b>Agenda programada.</b> Organizar a agenda de acordo com as orientações do Plano Diretor da Atenção primária à saúde</p>	<p><b>Político:</b> integração com Secretarias de saúde. Parceria do projeto com o coordenador da atenção primária. Adesão dos profissionais de saúde para a agenda programada</p> <p><b>Financeiro:</b> para aquisição de confecção de agendas.</p>	<p>Coordenador da Atenção Primária a Saúde</p> <p>Secretaria Municipal de Saúde</p> <p>Profissionais de saúde</p>	<p>Favorável</p>	<p>aquisição de agendas e solicitar a compra do material</p>
<p><b>Acolhimento e busca ativa dos usuários portadores de HAS</b></p>	<p><b>Político:</b> adesão dos profissionais</p> <p><b>Financeiro:</b> recursos para confecção de fichas</p>	<p>Coordenador da Atenção Primária a Saúde</p> <p>Secretaria Municipal de Saúde</p> <p>Profissionais da equipe de saúde</p>	<p>Favorável</p>	<p>Solicitar confecção de fichas</p>
<p><b>Uso protocolos.</b> Adotar como referência a Linha Guia “Atenção à Saúde do Adulto – hipertensão e diabete”.</p>	<p><b>Cognitivo:</b> elaborar e implantar a linha de cuidado</p> <p><b>Político:</b> aprovação do projeto pela secretaria de saúde.</p>	<p>Coordenador da Atenção Primária a Saúde</p> <p>Secretaria Municipal de Saúde</p> <p>Profissionais de saúde</p>	<p>Favorável</p>	<p>Expor o projeto para Secretaria Municipal de Saúde, Conselho Municipal de Saúde e aos funcionários da Atenção Primária à Saúde.</p>

Fonte: CAMPOS; FARIA; SANTOS (2010)

### **Nono passo: elaboração do plano operativo**

Com o objetivo de designar responsáveis pelos projetos e pela execução de cada operação e estabelecer prazos para execução. A implantação será de um ano, de agosto de 2013 a agosto de 2014. O plano operativo está apresentado no Quadro - 7 a seguir:

**Quadro 7 - Plano Operativo**

Operação	Resultados esperados	Produtos	Ações estratégicas	Responsável	Prazo
<p>Conhecer melhor</p> <p>Aumentar o nível de informação da população sobre HAS</p>	<p>População mais informada sobre HAS.</p>	<p>Avaliação do nível de informação;</p> <p>Capacitar toda a equipe</p>	<p>Solicitar material para informações</p>	<p>Enfermeira</p> <p>Médico assistente no PSF</p> <p>Funcionários da equipe do PSF</p>	<p>Um mês (setembro)</p>
<p><b>Agenda programada.</b></p> <p>Organizar a agenda de acordo com as orientações do Plano Diretor da Atenção primária à saúde</p>	<p>Agendas organizadas. Atendimento com horário programado.</p> <p>Atendimento de forma planejado e organizado.</p> <p>Usuário satisfeito com atendimento e consequentemente adesão ao tratamento.</p>	<p>Programação das atividades (consultas médicas, consultas de enfermagem, grupos operativos) mensalmente.</p>	<p>Solicitar novas agendas</p>	<p>Enfermeira</p>	<p>Início em setembro</p>

<p><b>Acolhimento e busca ativa dos usuários portadores de HAS</b></p>	<p>Hipertensos acompanhados satisfatoriamente. Aumento do vínculo do paciente com a UBS.</p> <p>Diminuição da demanda espontânea</p>	<p>Acolhimento implantado: usuários avaliados pelo enfermeiro de acordo com a classificação de risco (Protocolo de Manchester). Agendamento de consultas de acordo com a gravidade do caso. Monitoramento da prescrição médica de acordo com a ficha do usuário na farmácia do PSF.</p> <p>Busca ativa do usuário através dos ACS.</p>		<p>Enfermeira ACS</p>	<p>Iniciar o acolhimento em setembro.</p> <p>Busca ativa (contínua) a partir de setembro</p> <p>Monitoramento da prescrição de junho a agosto</p>
<p><b>Uso protocolos</b> Adotar como referência a Linha Guia “Atenção à saúde do adulto – hipertensão e diabetes”.</p>	<p>Processo de trabalho organizado de condutas padronizadas</p>	<p>Implantação de um protocolo elaborado conforme o programa de saúde em ação</p>	<p>Expor o projeto para Secretaria Municipal de Saúde, Conselho Municipal de Saúde e aos funcionários da Atenção Primária à Saúde.</p>	<p>Médico e enfermeiro</p>	<p>Apresentar projeto em agosto de 2013.</p> <p>Começar a utilizar os protocolos a partir de dezembro.</p>

Fonte: CAMPOS; FARIA; SANTOS (2010)

### Décimo passo: gestão do plano

No momento tático-operacional, é sintetizada a situação do plano de ação. Os objetivos desse 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 implementação do plano de intervenção serão realizadas reuniões mensais, ou quando surgir necessidade com a equipe do PSF 04, com a participação da coordenadora da atenção Primária, da diretora e da secretária municipal de saúde. O plano será acompanhado de acordo com o quadro abaixo:

**Quadro 8 - Planilhas para acompanhamento de projetos**

<b>Operação</b>	<b>Produtos</b>	<b>Responsável</b>	<b>Prazo</b>	<b>Situação atual</b>	<b>Justificativa</b>	<b>Novo prazo</b>
<p><b>Conhecer melhor</b></p> <p>Aumentar o nível de informação da população sobre HAS e suas consequências</p>	<p>Avaliação do nível de informação;</p> <p>Capacitar toda a equipe</p>	<p>Enfermeira</p> <p>Médico assistente do PSF</p>	<p>Um mês (setembro) 2013</p>			
<p><b>Implantar agenda programada.</b></p> <p>Organizar a agenda de acordo com as orientações do Plano Diretor da Atenção primária à</p>	<p>Programação das atividades (consultas medicas, consultas de enfermagem, grupos operativos) mensalmente</p>	<p>Enfermeira</p>	<p>Setembro de 2013</p>			

saúde	.					
<b>Implantar o acolhimento e busca ativa dos usuários portadores de HAS</b>	<p>Acolhimento implantado: usuários avaliados pelo enfermeiro de acordo com a classificação de risco (Protocolo de Manchester). Agendamento de consultas de acordo com a gravidade do caso. Monitoramento da prescrição médica de acordo com a ficha do usuário na farmácia do PSF.</p> <p>Busca ativa do usuário através dos ACS.</p>	<p>Enfermeira ACS</p>	<p>Acolhimento em setembro.</p> <p>Busca ativa (contínua) a partir de setembro</p> <p>Monitoramento da prescrição de junho a agosto de 2014</p>			

<p><b>Utilizar os protocolos.</b> Adotar como referência a Linha Guia “Atenção à Saúde do Adulto – hipertensão e diabetes”.</p>	<p>Implantação de um protocolo elaborado conforme o programa de saúde em ação</p>	<p>Médico e enfermeiro</p>	<p>Novembro de 2013 a fevereiro de 2014.</p>			
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------	----------------------------	----------------------------------------------	--	--	--

Fonte: CAMPOS; FARIA; SANTOS (2010)

Após a implantação do plano de intervenção serão realizadas avaliações semestrais, a fim de averiguar quais são os fatores facilitadores e dificuldades de sua operacionalização e se necessário propor implementações. Espera-se um aumento progressivo do acompanhamento dos usuários hipertensos a cada semestre, e conseqüentemente uma cobertura cada vez maior, garantindo um monitoramento de qualidade.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante das considerações teóricas apresentadas no que tange a pesquisa de diversos autores mencionados, bem como as entrevistas realizadas que o PSF 04. Pretende-se com o plano de ação, que os portadores de HAS inscritos no PSF 04 tenham uma assistência de qualidade. Vários são os fatores que interferem no processo de adesão que podem estar relacionados a características do paciente e ao processo de trabalho. Dessa forma, a equipe da ESF ao planejar suas ações deve considerar as características de sua clientela para que sua assistência seja de qualidade. Efetivar o cuidado integral em saúde para a população requer assumir processos de planejamento e avaliação em saúde no cotidiano do PSF.

É imprescindível que os profissionais de saúde aprendam a reconhecer os problemas e as necessidades da população sob sua responsabilidade, e que consigam traçar propostas que sejam resolutivas e que modifiquem o processo de trabalho, resultando na organização do serviço e nas condições de saúde do território. E também que o portador de hipertensão arterial sistêmica conheça sua doença para que haja adesão ao tratamento farmacológico, para prevenir e controlar a hipertensão arterial sistêmica.

Aplicando essa estratégia pretende-se atingir a redução das morbimortalidade pela HAS, na população alvo, pois a percepção do indivíduo sobre o problema a ser enfrentado, é um fator importante que influencia na reação para busca de melhorias.

O tratamento da hipertensão arterial é sempre baseado em mudanças de estilo de vida e pode ou não ser farmacológico. Qualquer que seja a opção é fundamental obter a adesão continuada dos pacientes às medidas recomendadas para a obtenção de um controle adequado da pressão arterial.

## REFERÊNCIAS

ARAÚJO, G. B.S.; GARCIA, T. R. Adesão ao tratamento ant-hipetensivo: uma análise conceitual. **Revista eletrônica de enfermagem**, v. 08, n. 02, p. 259-272, 2006. Disponível em: <HTTP://www.fen.ufg.br/revista /revista8>. Acesso em março de 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderno de Atenção Básica – nº 15 Hipertensão Arterial Sistêmica**. Brasília, 2006, p.07.

BRASIL. **Resolução Secretaria do Estado de Saúde/SES nº 1186, de 18 de maio de 2007**, que dispõe sobre o Programa Físico das Unidades de Saúde/UBS e das Unidades Básicas de Saúde-Rural/UBS-R. Disponível em [www.saude.mg.gov.br](http://www.saude.mg.gov.br). Acesso em março de 2013.

BLOCH, K.V et al. Prevalência da adesão ao tratamento anti-hipertensivo em hipertensos resistentes e validação de três métodos indiretos de avaliação da adesão **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.24, n.12 p. 2979-2984, dez, 2008.

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

CONVERSO, M. E. R.; LEOCARDIO, P. L.L. F. Prevalência da hipertensão arterial e análise de seus fatores de risco nos núcleos da terceira idade de Presidente Prudente, **Revista Ciência em Extensão**, v. 2, n.1, p.1, 2005. Disponível em: [http://ojs.unesp.br/index.php/revista\\_proex/article/](http://ojs.unesp.br/index.php/revista_proex/article/). Acesso em março de 2013.

DANTAS. A. O. **Hipertensão arterial no idoso: fatores dificultadores para a adesão ao tratamento medicamentoso**. Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Medicina. Núcleo de Educação em Saúde Coletiva. Teófilo Otoni, 2011.

GUSMÃO, J. L.; GINANI, G. F.; SILVA, G. V.; ORTEGA, K. C.; MION JR. D. Artigo de revisão: Adesão ao tratamento em hipertensão arterial sistólica isolada. **Revista Bras Hipertens**, v 16, n. 38-43, 2009. Disponível em: [www.scielo.br](http://www.scielo.br). Acesso em março de 2013.

JARDIM , P.C.B.V. & JARDIM, T. S.V. Modelos de estudos de adesão ao tratamento anti-hipertensivo. **Rev Bras Hipertens** v.13(1): 26-29, 2006.

MERHY, Elias Emerson. **Planejamento como tecnologia da gestão**: tendência e debates do planejamento em saúde no Brasil. In: Gallo E, organizador. *Razão e Planejamento*. Reflexões sobre Política, Estratégia e Liberdade. São Paulo, Rio de Janeiro: Hucitec, Abrasco. 2002.



MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Atenção a saúde do idoso**. Belo Horizonte: SAS/MG, 2006. 186 p.

MION JR D.; A.M.G.; PIERIN, A. G. Tratamento da hipertensão arterial: respostas de médicos brasileiros a um inquérito. **Revista Ass. Med. Brasil**. V. 47, n. 3, p. 249-254. 2001.

MORESI, E.(Organizador), **Metodologia de Pesquisa**. CIDADE: Universidade Católica de Brasília, 2003.

PAIVA, D. C. P.; BERSUSA, A. A. S.; ESCUDER, M. M. Avaliação da assistência ao paciente com diabetes e/ou hipertenso pelo Programa Saúde da Família do Município de Francisco Morato, São Paulo. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 22(2); p. 377-385, fev. 2006. Disponível em: [www.scielo.br](http://www.scielo.br). Acesso em março de 2013.

PERES, D. S.; MAGNA, J. M.; VIANA, L. A. Portador de hipertensão arterial: atitudes, crenças, percepções e práticas. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 37, n. 5, p. 1- 12, out. 2003. Disponível em: <[http:// www.scielo.br](http://www.scielo.br)>. Acesso em: 05 jul. 2011.

SAÚDE, Secretaria Municipal. **SIAB – Sistema de informação de atenção básica**. Consolidado das famílias cadastradas do ano de 2010 e 2011.

SESMG. **Atenção à Saúde do Adulto Hipertensão e Diabete**. 1. ed. Belo Horizonte, 2006. p.151.

SILVA, J. L. L.; SOUZA, S. L. Fatores de risco para hipertensão arterial sistêmica versus estilo de vida docente, **Revista de enfermagem**. V.6, n. 3, p. 330-335, 2004. Disponível em: [www.fen.ufs.br](http://www.fen.ufs.br). Acesso em março de 2013.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA\SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO\SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Arq. Bras. Cardiol.**, 2010; 95 (1 supl. 1): 1-51

SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO. Sociedade Brasileira de Cardiologia. Sociedade Brasileira de Nefrologia. 4ª Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. Campos do Jordão; 2002.

SOUZA, 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 **Arq. Bras. Cardiol.**, V. 87, n.4, São Paulo, 2006. Disponível em: [www.scielo.br/scielo](http://www.scielo.br/scielo). Acesso em março de 2013.

XIMENES, N. F. R.; MELO J. R.; controle da hipertensão arterial na atenção primária em saúde: uma análise das praticas do enfermeiro. **Revista científica: Enfermeira Global**, Docencia-Formacion, nº 6, p.3, Mayo 2005. Disponível em: [revistas.um.es/global/article/download/506/552](http://revistas.um.es/global/article/download/506/552). Acesso em março de 2013.

## ANEXO

### Entrevista Semi-Estruturada

#### Dados pessoais:

Nome: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_

Profissão: \_\_\_\_\_ Escolaridade: \_\_\_\_\_

#### Frequência ao PSF

1.O Você frequenta o PSF04 de Alberto Isaacson?

( )Sim ( )Não

2.0 Se sim, em média quantas vezes ao mês: \_\_\_\_\_

#### Identificação dos problemas

Para você quais são os maiores problemas do distrito de Alberto *Isaacson*?

---

---

---

---

#### Sugestões

Em sua opinião o que pode ser realizado para a solução destes problemas?

---

---

---

---