

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

GUILHERME JOSÉ DE PAULA OLIVEIRA

**PLANO DE AÇÃO PARA O CONTROLE DOS NÍVEIS PRESSÓRICOS
DOS PACIENTES HIPERTENSOS ACOMPANHADOS PELA ESF SÃO
SEBASTIÃO DO MUNICÍPIO DE VIÇOSA-MG**

**VIÇOSA/MG
2016**

GUILHERME JOSE DE PAULA OLIVEIRA

**PLANO DE AÇÃO PARA O CONTROLE DOS NÍVEIS PRESSÓRICOS
DOS PACIENTES HIPERTENSOS ACOMPANHADOS PELA ESF SÃO
SEBASTIÃO DO MUNICÍPIO DE VIÇOSA-MG**

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

Orientador: Prof.Ms. Ricardo Luiz Silva Tenório

**VIÇOSA/MG
2016**

GUILHERME JOSE DE PAULA OLIVEIRA

**PLANO DE AÇÃO PARA O CONTROLE DOS NÍVEIS PRESSÓRICOS
DOS PACIENTES HIPERTENSOS, ACOMPANHADOS PELA ESF
SÃO SEBASTIÃO DO MUNICÍPIO DE VIÇOSA-MG**

Banca examinadora

Examinador 1: Prof. Ms. Ricardo Luiz Silva Tenório - Orientador

Examinador 2: Prof. Heriberto Fiuza Sanchez

Aprovado em Belo Horizonte, em 15 de Fevereiro de 2016.

RESUMO

O município de Viçosa-MG localiza-se na zona da mata mineira, a 223 Km de Belo Horizonte, capital do estado e possui uma população de 72.220 habitantes. A Equipe Saúde da Família de São Sebastião, no município de Viçosa-MG observou um número consideravelmente alto de indivíduos com hipertensão arterial e que não havia um cuidado específico voltado para esse grupo. Assim, considerando os riscos da HAS, este trabalho teve por objetivo criar um plano de intervenção para melhorar o controle dos níveis pressóricos dos pacientes hipertensos, acompanhados por essa ESF. Para a realização deste trabalho foi utilizado o Planejamento Estratégico Situacional e feito o diagnóstico situacional. Inicialmente foram realizadas reuniões com a equipe para definir as ações e o cronograma de atividades a serem executadas sobre os nós críticos: falta de instrução dos pacientes, hábitos de vida pouco saudáveis, falta de renovação da prescrição medicamentosa e necessidade de capacitação da equipe. O plano de intervenção envolveu ações direcionadas à educação em saúde, palestras sobre hábitos saudáveis, campanhas de esclarecimento, renovação de prescrições medicamentosas e treinamento da equipe. Todas as ações contaram com uma equipe multiprofissional em saúde. Espera-se que com o desenvolvimento deste trabalho, ao final de um ano, os pacientes alvos desta proposta possam apresentar níveis pressóricos mais controlados, peso corporal adequado, e qualidade de vida, sem abandonar o tratamento, independente do estágio da doença.

Palavras-Chave: Hipertensão arterial. Acolhimento, Atenção Primária à saúde. Fatores de Risco.

ABSTRACT

Viçosa-MG is located in the area of mining forest, 223 km from Belo Horizonte, the state capital and has a population of 72,220 inhabitants. The Health Team San Sebastian Family, in Viçosa-MG observed a considerably high number of individuals with high blood pressure and that there was no specific care focused on this group. Thus, considering the risks of hypertension, this study aimed to create an action plan to improve the control of blood pressure of hypertensive patients followed for this ESF. For this work we used the Situational and Strategic Planning made the situational diagnosis. Initially meetings were held with the team to define the actions and the implementation schedule to be performed on the nodes critics: lack of education of patients, unhealthy lifestyle habits, lack of renewal of drug prescription and need for staff training. The intervention plan involved actions aimed at health education, lectures on healthy habits, awareness campaigns, renewal of prescription and staff training. All actions count on a multidisciplinary team of health. It is expected that with the development of this work at the end of a year, the target of this proposal patients can present more controlled blood pressure levels, proper body weight, and quality of life, without abandoning the treatment, regardless of the stage of disease.

Keywords: Hypertension. Host, Primary health. Risk factors.

LISTA DE SIGLAS

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

COLUNI – Colégio de Aplicação

DCV – Doença Cardiovascular

ESF – Equipe Saúde da Família

ESUV – Escola de Estudo Superior de Viçosa

FDV – Faculdade de Viçosa

HA – Hipertensão Arterial

HAS – Hipertensão Arterial Sistêmica

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

LILACS - Literatura Latino-Americana em Ciências da Saúde

PA – Pressão Arterial

PAD – Pressão Arterial Diastólica

PAS – Pressão Arterial Sistólica

PSF – Programa Saúde da Família

SCIELO - Scientific Eletronic Library On-Line

SIAB - Sistema de Informação da Atenção Básica

SBC – Sociedade Brasileira de Cardiologia

UBS – Unidade Básica de Saúde

UNIVIÇOSA – Universidade de Viçosa

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Classificação da Pressão Arterial por Estágio (para > 18 anos).....	15
Quadro 2 – Operações sobre o nó crítico “Falta de instrução dos pacientes”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família do PSF São Sebastião, em Viçosa, Minas Gerais.....	20
Quadro 3 – Operações sobre o nó crítico “Hábito de vida pouco saudável” na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família do PSF São Sebastião, em Viçosa, Minas Gerais.....	21
Hábito de Vida Pouco Saudável.....	21
Quadro 4 – Operações sobre o nó crítico “Falta de renovação da prescrição medicamentosa”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família do PSF São Sebastião, em Viçosa, Minas Gerais.....	21
Quadro 5 – Operações sobre o nó crítico “Necessidade de Capacitação da Equipe”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família do PSF São Sebastião, em Viçosa, Minas Gerais.....	22

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	8
2. JUSTIFICATIVA	11
3. OBJETIVOS	12
3.1 OBJETIVO GERAL	12
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:.....	12
4. METODOLOGIA	13
5.1 Hipertensão Arterial: Conceituação, Classificação e Prevenção Primária	14
5.2 Fatores de Risco para a HAS	16
5.3 Tratamento	17
6. PROPOSTA DE INTERVENÇÃO	19
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS	25

1 INTRODUÇÃO

O município de Viçosa-MG localiza-se na zona da mata mineira, a 223 Km de Belo Horizonte, capital do estado e possui uma população de 72.220 habitantes. A cidade apresenta um clima tropical de altitude. O município conta com água tratada, esgoto, energia elétrica e limpeza urbana na maior parte do seu território. Quase toda a sua totalidade é atendida por rede de abastecimento de água e por coleta de lixo diária (IBGE, 2010).

O município está essencialmente direcionado para a educação, devido à presença da Universidade Federal de Viçosa (UFV), fundada em 1926, pelo presidente da República, Arthur da Silva Bernardes, nascido em Viçosa. É uma cidade com Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de 0.775, que atrai várias pessoas do Brasil e de outros países devido a eventos científico-acadêmicos que se realizam em torno da universidade (IBGE, 2010).

Além do ensino superior na UFV, há também instituições privadas como a UNIVIÇOSA, ESUV, UNOPAR, ESTÁCIO DE SÁ e FDV. Para o ensino fundamental e médio a cidade conta com inúmeras escolas municipais, estaduais, uma federal (COLUNI) e também privadas. Além disso, em Viçosa está situada a sede regional da Zona da Mata da EPAMIG – Empresa de Pesquisa Agropecuária de Minas Gerais, a principal instituição que executa pesquisas agropecuárias em Minas Gerais, o que possibilita maior desenvolvimento do município (IBGE, 2010).

A área da saúde conta com inúmeras especialidades, dois hospitais, cinco unidades básicas de saúde e uma Policlínica. O PSF São Sebastião fica no bairro Vale do Sol, na zona urbana de Viçosa. Os bairros de abrangência da equipe de saúde são: São Sebastião, União, Vale do Sol e parte do Centro (Rua Santana).

A equipe de saúde possui sete microáreas e conta com uma enfermeira, um médico, seis agentes comunitários de saúde, uma recepcionista, uma nutricionista, uma estagiária em nutrição e uma estagiária em enfermagem.

Na área de abrangência existem os Hospitais São João Batista e São Sebastião, além de outros locais que fazem parte da rede de assistência à saúde,

como Viva Vida, Hiperdia, CAPs e Policlínica, onde podem ser realizadas referências de acordo com a especificidade.

A equipe identificou os seguintes problemas: uso acentuado de benzodiazepínicos, muitos registros de tabagistas, prevalência de sobrepeso e obesidade no público adulto e idoso, alguns registros de alcoolismo crônico e alta prevalência de doenças crônicas, em especial, o diabetes mellitus e a hipertensão arterial, que na maioria dos portadores se apresentou descompensada.

Com base nesses dados escolhemos voltar nossas ações para os pacientes portadores de hipertensão arterial sistêmica, pois além dos riscos desse quadro à saúde do indivíduo, sabemos que podemos agir para controlar os fatores de risco e prevalentes também nesse público: tabagismo, alcoolismo, sobrepeso e obesidade.

Identificamos uma falha no acolhimento voltado para esses pacientes, que muitas vezes são pouco frequentes na unidade, o que impossibilita o tratamento adequado e contínuo. Além disso, muitos vão até a unidade somente para renovar receitas, sem ao menos realizar a consulta, o que colabora para a falta de controle e acompanhamento do quadro de saúde desses indivíduos.

Pela análise dos dados da UBS, identificamos que 58% dos usuários do serviço são portadores de hipertensão arterial e destes, a maioria (87%) apresenta níveis pressóricos descontrolados. Além disso, quase metade das consultas realizadas no último ano foi direcionada para esses indivíduos, de acordo com o SIAB (2015).

Identificamos também que o perfil desses usuários são indivíduos com baixa escolaridade, baixo nível socioeconômico, assalariados, com sobrepeso ou obesidade e boa parte é tabagista e/ou etilista. Esse perfil é claramente complicador da HAS, sendo, portanto, necessário intervir com medidas de educação em saúde para que haja real mudança no estilo de vida, com adoção de hábitos saudáveis e controle dos níveis pressóricos.

Há falhas nos grupos de apoio, com a baixa frequência desses usuários nos encontros do Hiperdia, além das prescrições medicamentosas ultrapassadas, que acabam sendo apenas repetidas sem que o paciente passe por uma consulta. Essa

é uma situação que já acontece há um tempo, e que acabou se tornando comum, devido à alta demanda espontânea na unidade. Essa situação tem prejudicado o acolhimento e acompanhamento desses pacientes.

Outro ponto importante que observamos é que, devido ao baixo grau de instrução desses indivíduos, muitos não possuem a consciência da importância desse cuidado. Muitos acreditam que tomar o medicamento já é o suficiente, e por questões culturais, não tem hábitos alimentares saudáveis, nem praticam atividades físicas.

Frente a isso, entendemos que há uma real necessidade de melhorar o acolhimento desses indivíduos, visando maior adesão ao tratamento, com mudanças nos hábitos de vida, uso correto da terapia medicamentosa, e controle contínuo em todos os estágios da doença. Acreditamos que com ações de orientação, de busca ativa, de renovação de vínculos paciente-equipe e medidas interdisciplinares poderemos melhorar esse quadro e realizar amplo acolhimento desses pacientes para que haja proteção e promoção da saúde entre eles.

2 JUSTIFICATIVA

Este trabalho é importante por tratar de uma intervenção sobre uma patologia incidente, considerada um problema de saúde pública pela sua alta prevalência e mortalidade associada. Segundo a Sociedade Brasileira de Cardiologia, a HAS além de ter alta taxa de prevalência, tem baixas taxas de controle e aumenta progressivamente o risco de morte por Doença Cardiovascular (DCV), o que comprova o dado de 7,6 milhões de mortes em todo mundo estarem associadas a elevação da pressão arterial. Além disso, as DCV são responsáveis por alto índice de internações o que gera enorme custo médico (SBC, 2010).

Nesse sentido, a atenção primária tem ampla possibilidade de oferecer um cuidado e uma assistência integral aos pacientes hipertensos, prevenindo complicações e protegendo a saúde dos mesmos. Em especial, além da proteção da saúde, a atenção primária tem importante papel na redução dos custos com internações e tratamentos secundários como hemodiálises e cirurgias, principalmente através de medidas educativas e acompanhamento contínuo que visam o controle da pressão arterial (TEIXEIRA & EIRAS, 2011).

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Criar um plano de intervenção para melhorar o controle dos níveis pressóricos dos pacientes hipertensos, acompanhados pela ESF São Sebastião do município de Viçosa-MG.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Realizar busca ativa desses pacientes e levá-los a criar vínculo com a equipe e a unidade para que possam aderir ao tratamento;
- Renovar o grupo de atenção (Hiperdia) através de ações práticas e teóricas voltadas para esses pacientes, com o apoio de uma equipe multiprofissional;
- Estabelecer consultas mensais para renovação das receitas;
- Capacitar a equipe para melhorar o atendimento prestado aos usuários hipertensos.

4. METODOLOGIA

Para realização deste trabalho será utilizado o Planejamento Estratégico Situacional (PES), que é um método flexível e permite ser adaptado a cada situação real em que é aplicado. O planejamento baseia-se na análise de problemas, na identificação de cenários, na visualização dos atores sociais e na análise estratégica (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

Inicialmente será realizada a revisão de literatura a respeito do tema proposto, utilizando bases de dados online; Lilacs e Scielo. Os descritores utilizados para a busca são: Hipertensão Arterial Sistêmica, Acolhimento, Atenção Primária à Saúde e Fatores de Risco.

A partir da coleta de dados, todo o material passará pela análise do autor a fim de discorrer sobre os pontos principais desse tema: “Hipertensão Arterial: Conceituação, Classificação e Prevenção Primária”, “Fatores de Risco” e “Tratamento”.

Após a revisão da literatura será iniciado o trabalho com a equipe de saúde com a finalidade de estabelecer ações que atinjam os nós críticos, e assim desenvolvê-las.

Os encontros obedecerão a um roteiro pré-estruturado, em que serão definidas as ações, os responsáveis e autores envolvidos, os recursos necessários, os prazos e os critérios de avaliação. O plano operativo seguirá um cronograma inicial de três meses para implantação e desenvolvimento das ações.

A partir da primeira reunião com a equipe serão definidas as funções de cada membro, bem como o prazo de início das atividades. Nos encontros seguintes serão verificados o andamento das ações e, se necessário, serão modificadas.

Além disso, todas as atividades desenvolvidas a partir desse trabalho deverão ter seus resultados avaliados, para verificar se houve melhora dos níveis tensionais e da qualidade de vida dos pacientes hipertensos dessa unidade em questão.

5. REFERENCIAL TEÓRICO

5.1 Hipertensão Arterial: Conceituação, Classificação e Prevenção Primária

Segundo Mahan e Escott-Stump (2011, p.866) a hipertensão é a presença persistente de uma pressão arterial sanguínea elevada. A pressão arterial (PA) corresponde à força exercida pelo sangue nas paredes arteriais por unidade de área equivalente. Basicamente, para definir como hipertensão, a pressão ocorrida na fase de contração cardíaca (sistólica) deve ser igual ou maior que 140 mm Hg ou, igual ou superior a 90 mm Hg na fase de relaxamento (diastólica).

Para a Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC, 2010), esse aumento da PA é multifatorial e pode até mesmo causar lesões em órgãos alvos. A hipertensão arterial, por atingir boa parte da população adulta do país (20%), e por ser um importante fator de risco para outras doenças, é considerada pelos órgãos responsáveis um problema de saúde pública que tem sido cada vez mais prevalente e pouco cuidada, já que é uma patologia difícil de ser descoberta por evoluir de maneira silenciosa (FIGUEIREDO & ASAKURA, 2010).

A HAS é uma das doenças mais prevalentes no mundo hoje, e é tida como a causa principal das mortes por acidente vascular cerebral. É considerada também importante fator de risco para doenças renais e cardiovasculares. Na maioria das vezes o diagnóstico é tardio, por se tratar de uma doença de ação silenciosa. Assim, pode ocasionar lesões em alguns órgãos, como coração, rins, retina e cérebro, que pode levar ao indivíduo a dependência física, baixa qualidade de vida e até mesmo ao óbito (BRASIL, 2011).

É classificada em estágios que se baseiam no desenvolvimento da doença cardiovascular (DCV). Inicialmente, o indivíduo pode ter pré-hipertensão, se apresentar pressão arterial sistólica (PAS) entre 120 e 139 mm Hg ou pressão arterial diastólica (PAD) entre 80 e 89 mm Hg, e posteriormente a hipertensão em estágio I, em que apresenta PAS entre 140 e 159 mm Hg ou PAD entre 90 a 99 mm Hg.

O estágio I é o mais prevalente em adultos. No estágio 2 a PAS é igual ou maior que 160 mm Hg e a PAD é igual ou maior que 100 mm Hg. A PA aumentada é uma importante evidência de DCV e insuficiência renal, logo, é necessário que o indivíduo busque a normatização, caracterizada por valores menores que 120 mm Hg (para PAS) e 80 mm Hg (para PAD) (LUNARDI *et al.*, 2007; MAHAN; ESCOTT-STUMP, 2011).

O quadro 1, a seguir, descreve a classificação da pressão arterial por estágios, segundo a “VI Diretrizes Brasileira de Hipertensão Arterial” (2010):

Quadro 1 – Classificação da Pressão Arterial por Estágio (para > 18 anos)

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

Fonte: SBC, 2010

Para que seja realizado um correto diagnóstico da PA, é necessário que sejam feitas três (no mínimo) medidas repetidas em condições ideais. Além disso, deve ser considerada a presença de fatores de risco, de doenças associadas, de lesão em órgãos-alvo, e finalmente, deve-se investigar a história clínica, familiar, o uso de medicamentos, e realizar avaliação dietética e antropométrica, exames físicos e laboratoriais. Com isso é possível obter a estratificação do risco e oferecer uma proposta terapêutica que atenda os critérios para normatização da PA (BRASIL, 2006).

A prevenção primária é importante para que os níveis normotensionais sejam mantidos, especialmente em indivíduos com PA limítrofe. No entanto, esta prevenção deve ser estimulada desde a infância e adolescência, tendo como medidas não medicamentosas importantes, a mudança no estilo de vida. O tratamento medicamentoso para pacientes limítrofe é recomendado apenas em caso de risco cardiovascular global alto ou muito alto. De forma geral, a prevenção primária e a detecção precoce é a maneira mais eficiente de evitar complicações e outras doenças e, portanto, deve ser amplamente estimulada e realizada como prioridade entre os profissionais da saúde (SBC, 2010).

5.2 Fatores de Risco para a HAS

Os fatores de risco para hipertensão são; etnia negra, juventude, sexo masculino, pressão diastólica persistente > 115 mm Hg, tabagismo, diabetes mellitus, hipercolesterolemia, obesidade, ingestão alcoólica excessiva, evidência de lesão de órgão alvo. Como prognóstico adverso em hipertensão tem-se: cardíacos, que correspondem à presença de insuficiência cardíaca congestiva e do infarto do miocárdio; oculares, com a presença de hemorragia retiniana; renais com formação de papiledema, renais, e prejuízo da função renal; Neurológico com acidente vascular cerebral (MAHAN;ESCOTT-STUMP, 2011).

Em relação à idade, a HAS é mais prevalente (60%) em indivíduos com idade superior a 65 anos. Quanto ao gênero e etnia, a prevalência de HAS é maior entre os homens que em mulheres, e é duas vezes mais prevalente em indivíduos negros, por apresentarem reduzida atividade renina plasmática. Com relação à obesidade, sabe-se que indivíduos com índice de massa corporal acima de 29 kg/m², e os fisicamente inativos, apresentam maior chance de desenvolver hipertensão e outras doenças associadas (SBC, 2010).

Quanto à alimentação, o excesso de ingestão do sódio ocasiona aumento da PA. Isso é percebido em toda a população, já que o padrão alimentar dos brasileiros consiste em dieta rica em sal, açúcar e gorduras. A ingestão máxima recomendada para os indivíduos já com hipertensão é de quatro gramas de sal por dia, que correspondem a uma colher de chá. Alguns estudos indicam que a restrição de sódio na dieta tem importante papel hipotensor (SBC, 2010).

Outros fatores de risco importante são: predisposição genética, principalmente em casos em que parentes do primeiro grau apresentam doenças cardiovasculares; ingestão de sódio, em que indivíduos que consomem cloreto de sódio em excesso tendem a ter a pressão arterial aumentada e maior chance de mortalidade por DCV; além do sedentarismo, que se apresenta como um fator importante, de forma que em indivíduos ativos pré-hipertenso há maior chance de reduzir a PA e prevenir a mortalidade (SOUZA *et al.*, 2007; SBC, 2010).

5.3 Tratamento

O objetivo do tratamento é reduzir a PA e mantê-la em níveis de normalidade para evitar mortalidade e morbidade por doenças associadas. O tratamento principal para todos os pacientes hipertensos é a mudança no estilo de vida, com adoção de hábitos saudáveis. Porém, muitos pacientes necessitam associar a terapia medicamentosa, para que o tratamento seja mais eficaz (MAHAN; ESCOTT-STUMP, 2011).

O tratamento farmacológico consiste na administração de um medicamento ou mais, associados. De acordo com Mahan e Escott-Stump (2011, p.874):

“Caso a pressão arterial se mantenha elevada após 6 a 12 meses do início das mudanças de hábitos de vida, deve-se iniciar o tratamento com medicações anti-hipertensivas. (...) O tratamento padrão para hipertensão inclui diurético e B-bloqueadores, embora outros fármacos (inibidores da enzima conversora da B-angiotensina, bloqueadores do receptor alfa, e antagonistas dos canais de cálcio) sejam igualmente eficazes.”

De acordo com as Linhas de Cuidado para Hipertensão Arterial, da Organização Pan Americana de Saúde (2010), as estratégias do tratamento não medicamentoso são:

- Redução do Peso: A meta do tratamento é atingir o IMC inferior a 25kg/m². A recomendação é que seja feita inicialmente uma redução de 5% a 10% do peso corporal para reduzir a pressão arterial.

- Padrão Alimentar Saudável: Recomenda-se uma dieta com teor reduzido de sódio (inferior à 2,4 g de sal por dia), rica em frutas, verduras, legumes, cereais integrais, leguminosas, antioxidantes e desnatados. Além disso, é necessário que se reduza a ingestão de gorduras saturadas, trans, colesterol, que se restrinja os alimentos embutidos e enlatados, que se faça uso de temperos naturais como ervas, que se retire o sal de adição da mesa e abandone totalmente o alcoolismo.

-Redução do Tabagismo; já que o risco associado é proporcional ao número de cigarros fumados e pela profundidade da fumaça inalada.

- Redução do Alcoolismo; Recomenda-se limitar a quantidade ingerida a 30 ml/dia de etanol para homens e metade para mulheres. Isso corresponde a no máximo uma garrafa de cerveja (720 ml), uma taça de vinho (240 ml) ou uma dose de bebida destilada (60 ml).

- Prática regular de atividades físicas: ao menos 30 minutos, cinco vezes por semana.

Frente a essas recomendações, o Caderno de Atenção Básica a Saúde (BRASIL, 2006) afirma que o cuidado do profissional da atenção básica é uma importante estratégia contra essa patologia já que tem a possibilidade de realizar um acompanhamento integral por meio do atendimento, de práticas de educação em saúde e de visitas domiciliares, e assim, estabelecer uma proposta terapêutica capaz de proteger e prevenir a saúde do indivíduo, sempre o incentivando ao autocuidado e a adesão ao tratamento (OLIVEIRA *et al.*, 2013).

6. PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

Após diagnóstico situacional optou-se por intervir na saúde dos pacientes hipertensos, tendo em vista os riscos de complicações e a possibilidade de atuar com uma equipe para melhorar esse quadro. Assim, foram realizadas mais duas reuniões para definir os nós críticos sobre os quais deveríamos intervir e quais as ações seriam direcionadas para cada um deles.

Os nós críticos definidos foram:

- *Falta de instrução dos pacientes;*
- *Hábitos de vida pouco saudáveis;*
- *Falta de renovação da prescrição medicamentosa;*
- *Necessidade de capacitação da equipe.*

Para enfrentamento dos nós críticos, propomos renovar o grupo de apoio Hipertensão, para que ocorram mensalmente os encontros, e que sejam voltados para esses pacientes hipertensos, com ações de inclusão, conscientização e acolhimento. Para isso contaremos com uma equipe multiprofissional em saúde que desenvolverá ações teóricas e dinâmicas, abordando vários aspectos ligados a esse cuidado e motivando esses pacientes a adotarem um estilo de vida saudável.

Após a priorização do problema e respectivos “nós críticos”, o plano desenvolvido foi fundamentado no PES (Planejamento e avaliação das ações em saúde), descrito por Campos, Faria e Santos (2010). A seguir serão descritos em tabelas os passos necessários para realização das ações.

Quadro 2 – Operações sobre o nó crítico “Falta de instrução dos pacientes”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família do PSF São Sebastião, em Viçosa, Minas Gerais.

Nó crítico 1	Falta de Instrução dos Pacientes
Operação	Campanha de esclarecimento
Projeto	Realização de práticas de educação em saúde para levar informação a todos sobre essa patologia
Resultados Esperados	Usuários mais esclarecidos e conscientes dos fatores de risco e necessidade do cuidado
Produtos esperados	Maior número de usuários buscando atendimento, realizando o autocuidado.
Atores sociais/ responsabilidades	Médico Guilherme, ACS e Equipe de Enfermagem
Recursos necessários	Financeiro: Para confecção de panfletos informativos Estrutural: Local para realizar práticas educativas
Recursos críticos	Financeiro e Político
Controle dos recursos críticos / Viabilidade	Ator que controla: Secretaria de Saúde, PSF, NASF. Motivação: Favorável
Ação estratégica de motivação	Fazer dinâmicas educativas para envolver toda a comunidade, juntamente com os hipertensos.
Responsáveis:	Médico Guilherme
Cronograma / Prazo	Início: Imediato. Ocorrência: uma vez por mês.
Gestão, acompanhamento e avaliação	Conversar com os usuários para saber se estão gostando e aprendendo. Reunir a equipe sempre após as práticas educativas para verificar o desempenho.

Quadro 3 – Operações sobre o nó crítico “Hábito de vida pouco saudável” na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família do PSF São Sebastião, em Viçosa, Minas Gerais.

Nó crítico2	Hábito de Vida Pouco Saudável
Operação	Práticas Saudáveis
Projeto	Estímulo à adoção de hábitos saudáveis; prática de atividade física, alimentação balanceada, redução do sódio, abandono do tabagismo e alcoolismo.
Resultados Esperados	Níveis pressóricos controlados, redução do peso e manutenção em faixa adequada. Pacientes mais dispostos e mais preocupados com a saúde. Pacientes mais dispostos e mais preocupados com a saúde.
Produtos esperados	Palestras, discussão em grupos, gincanas educativas, cartões informativos.
Atores sociais/ responsabilidades	Médico Guilherme e Equipe de Saúde
Recursos necessários	Financeiro: Materiais para palestra e gincanas; Humano: Profissionais da saúde (equipe multiprofissional)
Recursos críticos	Financeiro, Humano (outros profissionais da saúde)
Controle dos recursos críticos / Viabilidade	Ator que controla: Secretaria de Saúde, PSF, NASF. Motivação: Favorável
Ação estratégica de motivação	Apresentação do Projeto e busca de parcerias.
Responsáveis:	Médico Guilherme e ACS
Cronograma / Prazo	Início: Setembro. Recorrência: Mensal.
Gestão, acompanhamento e avaliação	Planilha para verificar a frequência dos usuários, medição do peso corporal e aferição da pressão arterial para verificar se estão de fato adotando hábitos mais saudáveis.

Quadro 4 – Operações sobre o nó crítico “Falta de renovação da prescrição

medicamentosa”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família do PSF São Sebastião, em Viçosa, Minas Gerais.

Nó crítico 3	Renovação da prescrição medicamentosa
Operação	Controle das Prescrições e Preenchimento de uma ficha do paciente
Projeto	Renovação controlada das prescrições medicamentosas
Resultados Esperados	Usuários buscando o serviço de saúde com maior frequência, podendo ser monitorado e verificado seu nível pressórico rotineiramente. Receitas renovadas possibilitam maior controle das doses recomendadas e da terapia proposta.
Produtos esperados	Ficha do paciente hipertenso atualizada e controle das prescrições.
Atores sociais/ responsabilidades	Médico Guilherme, Equipe de Enfermagem e ACS.
Recursos necessários	Humanos: equipe envolvida nesse controle Organizacional: agenda disponível para maior frequência desses usuários ao serviço
Recursos críticos	Organizacional
Controle dos recursos críticos / Viabilidade	Ator que controla: Secretaria de Saúde, PSF, NASF. Motivação: Favorável
Ação estratégica de motivação	Separar dois dias da semana para essas consultas, e solicitar a ajuda dos ACS para preenchimento das fichas dos pacientes
Responsáveis:	Médico Guilherme
Cronograma / Prazo	Atendimento: Duas vezes por semana.
Gestão, acompanhamento e avaliação	Verificar as fichas dos pacientes e sua evolução, reunir com os ACS para identificar casos de risco para maior cuidado.

Quadro 5 – Operações sobre o nó crítico “Necessidade de Capacitação da

Equipe”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família do PSF São Sebastião, em Viçosa, Minas Gerais.

Nó crítico 4	Necessidade de Capacitação da Equipe
Operação	Treinamento do Profissional
Projeto	Definir linhas de cuidado, renovar conceitos, aperfeiçoar a equipe
Resultados Esperados	Uniformidade nas ações, atendimento integral e humanizado.
Produtos esperados	Implantação de um protocolo voltado para a atenção desses pacientes
Atores sociais/ responsabilidades	Toda a equipe de saúde.
Recursos necessários	Humano: Envolvimento da Equipe; Organizacional: Horário para treinamento da equipe
Recursos críticos	Organizacional
Controle dos recursos críticos / Viabilidade	Ator que controla: Secretaria de Saúde, PSF, NASF. Motivação: Favorável
Ação estratégica de motivação	Premiação, entrega de certificado aos participantes.
Responsáveis:	Médico Guilherme
Cronograma / Prazo	Início: imediato. Recorrência: a cada 20 dias.
Gestão, acompanhamento e avaliação	Observar o atendimento diário e verificar a opinião dos usuários sobre o serviço.

Foi organizada uma agenda para que seja separado um dia da semana para consulta individual, que deverá ocorrer de dois ou de três em três meses,

dependendo da demanda. Essa consulta será para analisar as prescrições medicamentosas e renová-las de acordo com a necessidade do paciente. Assim também poderemos identificar se estão realizando a terapia medicamentosa adequadamente, bem como, realizar maior controle pressórico desses pacientes por meio da frequência deste na unidade.

Em relação ao último nó crítico estabelecido, pretendemos realizar reuniões com toda a equipe envolvida, para estudo de casos clínicos, leituras de artigos científicos e palestras sobre o tema “Hipertensão Arterial Sistêmica” e “O cuidado ao paciente hipertenso”. Essas reuniões deverão ocorrer quinzenalmente, em cerca de 40 minutos, onde eu serei o responsável, juntamente com a enfermeira da unidade.

Esperamos desenvolver todas as ações no prazo de até 3 meses, e a partir daí realizar o acompanhamento dos resultados obtidos. Criaremos planilhas para avaliar os resultados, onde para o nó crítico “Falta de instrução dos pacientes” iremos avaliar se dentro de 3 meses eles já estão mais conscientes dos riscos e mais adeptos ao tratamento proposto. Para o nó crítico “Hábito de vida pouco saudável” iremos avaliar os padrões nutricionais de cada paciente, onde haverá uma planilha para verificar a evolução dos dados antropométricos destes indivíduos.

Para o nó crítico “Falta de renovação da prescrição medicamentosa” iremos avaliar os prontuários e verificar se esses pacientes estão frequentes nas consultas, e por meio da aferição e do controle dos níveis pressóricos, iremos avaliar se estão realizando adequadamente a terapia proposta. Finalmente, para o nó crítico “Necessidade de capacitação da equipe” iremos avaliar, por meio de questionário, qual a opinião dos pacientes quanto ao nível do atendimento, e também, por meio de testes, qual o aproveitamento desses profissionais em relação às reuniões de capacitação. Assim, para que cada ação seja desenvolvida dentro do prazo estabelecido, contaremos com o apoio da gestão do PSF e da Secretaria Municipal da Saúde para que sejam disponibilizados os recursos para cada ação. Além disso, contaremos também com a atuação de outros profissionais da saúde para que a intervenção seja verdadeiramente ampla.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Espera-se que todas as ações continuem sendo desenvolvidas de acordo com os passos descritos e de forma multidisciplinar e integral. Sabe-se que a atenção ao paciente hipertenso é fundamental para prevenir agravos, porém, é também um desafio, já que necessita de estímulo à mudanças drásticas de hábitos de vida que geralmente envolvem rompimento com laços culturais, bem como o acompanhamento médico contínuo, mesmo quando estabilizado o quadro e normalizado os níveis pressóricos.

De forma geral, espera-se que com o desenvolvimento deste trabalho, ao final de um ano, os pacientes alvos desta proposta possam apresentar níveis pressóricos mais controlados, peso corporal adequado, e qualidade de vida, sem abandonar o tratamento, independente do estágio da doença.

Além disso, acredita-se que este trabalho seja também incentivador de outros profissionais a adequarem suas atividades ao cuidado, integral e humanizado, especificamente voltado a esse grupo em questão.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde. **Cadernos de Atenção Básica; Série A. Normas e Manuais Técnicos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil. **Secretaria de Vigilância e Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011, 66p.

CAMPOS, F. C. C.; FARIA, H. P.; SANTOS, M. A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. 2ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010. 110p.

IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2010. Disponível em: <<http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/dtbs/minasgerais/vicosa.pdf>>. Acesso: 22 de Julho de 2015.

FIGUEIREDO, N. N.; ASAKURA, L. Adesão ao tratamento anti-hipertensivo: dificuldades relatadas por indivíduos hipertensos. **Acta Paul Enferm**, v.23, n.6, p.782-7, 2010.

LUNARDI, C. C.; PEREGO, J.; SANTOS, D. L. Avaliação da pressão arterial com aparelho digital e esfigmomanômetroaneróide. **Revista Digital**, Buenos Aires, v.11, n.106, p.21-25, 2007.

MAHAN, L. K.; ESCOTT-STUMP, S. *Krause: Alimentos, nutrição e dietoterapia*. 12 ed. Rio de Janeiro:Elsevier, 2010. 1351 p.

OLIVEIRA, T. L. et al. Eficácia da educação em saúde no tratamento não medicamentoso da hipertensão arterial. **Acta Paul. Enferm.**, São Paulo , v. 26, n. 2, p 179-84; abril 2013.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. Linha de cuidado: Hipertensão arterial e diabetes. **Caderno de Atenção Básica à Saúde, Ministério da Saúde**. 2010.

SBC – SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. V Diretrizes de Hipertensão Arterial. **Arquivo Brasileiro de Cardiologia**. São Paulo: 2007. 79p.

SBC – SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. VI Diretrizes de Hipertensão. **Arquivo Brasileiro de Cardiologia. Rev. Bras. Hipertens**. São Paulo, v.17, n.1, 2010.

SIAB – **Sistema de Informação da Atenção Básica**; 2014. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/SIAB/index.php>> Acesso em 28 de maio de 2015.

SOUZA, A. R. A. et al. Um estudo sobre hipertensão arterial sistêmica na cidade de Campo Grande, MS. **Arq. Bras. Cardiol.**,v.88, n.4, São Paulo: 2007.

TEIXERA, J. B. P.; EIRAS, N. S. V. **A Hipertensão Arterial e sua abordagem pela Atenção Primária à Saúde e pelos Grupos de Extensão Universitária.** PROPLAMED, Universidade Federal de Juiz de Fora, 2011.