

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

**WILLIARA BATALHA ROSIGNOLI**

**PLANO DE AÇÃO PARA CONTROLE DA HIPERTENSÃO ARTERIAL  
E MELHORA DA ATENÇÃO AO USUÁRIO HIPERTENSO DO ESF  
ROMEU VIDAL, DO MUNICÍPIO DE RIO POMBA-MG**

**UBÁ - MG  
2015**

**WILLIARA BATALHA ROSIGNOLI**

**PLANO DE AÇÃO PARA CONTROLE DA HIPERTENSÃO ARTERIAL  
E MELHORA DA ATENÇÃO AO USUÁRIO HIPERTENSO DO ESF  
ROMEU VIDAL, DO MUNICÍPIO DE RIO POMBA-MG**

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

Orientadora: Profa. Dra. Maria Lígia Mohallem Carneiro

**UBÁ - MG  
2015**

**WILLIARA BATALHA ROSIGNOLI**

**PLANO DE AÇÃO PARA CONTROLE DA HIPERTENSÃO ARTERIAL  
E MELHORA DA ATENÇÃO AO USUÁRIO HIPERTENSO DO ESF  
ROMEU VIDA, DO MUNICÍPIO DE RIO POMBA-MG**

**Banca examinadora**

Examinador 1: Prof<sup>a</sup>. Dra. Maria Lígia Mohallem Carneiro - UFMG

Examinador 2 – Prof<sup>a</sup>. Ms. Eulita Maria Barcelos - UFMG

Aprovado em Belo Horizonte, em 18 de Dezembro de 2015.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço primeiramente à Deus por me dar a oportunidade de ter essa experiência e me direcionar na conclusão deste curso de especialização;

A todos os professores e coordenadores que me auxiliaram no decorrer do curso;

Aos colegas do curso que participaram dessa trajetória, dividindo comigo momentos de grandes experiências, estudos e descontração;

Aos colegas de trabalho, que contribuíram positivamente;

Aos familiares que com todo carinho compartilharam deste momento;

À minha orientadora Maria Lígia Mohallem Carneiro, que pôde orientar os passos deste trabalho.

## RESUMO

Por meio do diagnóstico situacional realizado pela Equipe de Estratégia Saúde da Família Romeu Vidal, no município de Rio Pomba-MG, foram identificados muitos usuários hipertensos com níveis pressóricos elevados e que não realizam controle adequado. Frente aos riscos da hipertensão arterial sistêmica, optamos por intervir nessa situação por meio de ações práticas e teóricas multiprofissionais que atingissem os seguintes nós críticos; falta de informações sobre a hipertensão, falta de planejamento da equipe para lidar com o problema e estilo de vida inadequados dos usuários. Assim, o objetivo deste trabalho é elaborar proposta de intervenção voltada para o estímulo ao tratamento antihipertensivo e melhora da atenção direcionada para o usuário hipertenso. Para enfrentamento desse problema, criaremos o grupo Hiperdia, que se reunirá com esses usuários mensalmente para reuniões de orientação, inclusão e cuidado. Além da implantação do Cartão do Hipertenso e o estabelecimento da troca de receitas a cada 3 meses, será feito também reuniões com a equipe para melhora do serviço e atendimento. Assim, com essas ações, esperamos despertar nesse público a importância do autocuidado, e em até 12 meses, fazer com que 90% dos usuários apresentem controle pressórico adequado, saúde e qualidade de vida.

**Palavras-chave:** Hipertensão - Fatores de Risco e Autocuidado.

## **ABSTRACT**

Through a situational diagnosis made in the Team Health Strategy Family Romeu Vidal, in the municipality Rio Pomba-MG, we identified many hypertensive patients decompensated and that did not perform adequate control. In view of risks of hypertension, we have chosen intervene in this situation through practical and theoretical multidisciplinary actions that met the following critical nodes; lack of information on hypertension, lack of team planning to deal with the problem and lifestyle inadequate the patient. The objective of this work is to develop a intervention proposal aimed at stimulating antihypertensive treatment and improvement of the attention directed to the hypertensive patient. To face this problem, we will create the Hiperdia group, which will meet with these patients once a month for orientation meetings, inclusion and care. Besides the implementation of hypertensives card and establishment of new prescriptions every 3 months, it will also be made meetings with staff to improve the service and attendance. So with these actions, we hope to arouse public for the importance of self-care, and in up 12 months make 90% of patients reach adequate blood pressure control, just like health and quality of life.

**Key words:** Hypertension - Risk Factors and Self Care.

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Classificação da Pressão Arterial.....	16
Quadro 2 – Operações sobre o nó crítico “Falta de Informação da População”	23
Quadro 3 – Operações sobre o nó crítico “Falta de planejamento da equipe para lidar com o problema” .....	24
Quadro 4 – Operações sobre o nó crítico “Estilo de vida inadequado dos usuários hipertensos” relacionado ao problema “HAS descompensada” .....	25

## LISTA DE ANEXOS

ANEXO A – Planilha de avaliação das ações desenvolvidas .....	29
ANEXO B – Planilha de avaliação das reuniões em grupo.....	29
ANEXO C – Planilha de avaliação das reuniões com a equipe .....	30
ANEXO D – Cartão do Hipertenso.....	30



## **LISTA DE SIGLAS**

**ACS** – Agente Comunitário da Saúde

**AVC** – Acidente Vascular Cerebral

**ESF** – Estratégia Saúde da Família

**HAS** – Hipertensão Arterial Sistêmica

**IBGE** – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

**IMC** – Índice de Massa Corporal

**LILACS** – Literatura Latino-Americana em Ciências da Saúde

**NASF** – Núcleo de Apoio a Saúde da Família

**PA** – Pressão Arterial

**PROVAB** – Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica

**PSF** – Programa Saúde da Família

**SBC** – Sociedade Brasileira de Cardiologia

**SCIELO** – Scientific Electronic Library On-Line

**SIAB** – Sistema de Informação da Atenção Básica

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO .....</b>	<b>10</b>
<b>2. JUSTIFICATIVA.....</b>	<b>13</b>
<b>3. OBJETIVOS.....</b>	<b>14</b>
3.1 Objetivo geral:.....	14
3.2 Objetivos específicos: .....	14
<b>4. MÉTODOS .....</b>	<b>15</b>
<b>5. REVISÃO DE LITERATURA .....</b>	<b>16</b>
5.1. Hipertensão arterial sistêmica – aspectos gerais.....	16
5.2. Fatores relacionados à hipertensão arterial.....	17
5.3. Tratamento anti-hipertensivo .....	18
<b>6. PROPOSTA DE INTERVENÇÃO .....</b>	<b>20</b>
➤ Identificação dos problemas .....	20
➤ Priorização dos problemas .....	20
➤ Descrição dos problemas .....	20
➤ Explicação dos problemas.....	20
➤ Identificação dos nós críticos do problema priorizado: .....	21
<b>7. CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>26</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>27</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>29</b>
ANEXO A – Planilha de avaliação das ações desenvolvidas .....	29
ANEXO B – Planilha de avaliação das reuniões em grupo.....	29
ANEXO C – Planilha de avaliação das reuniões com a equipe .....	30
ANEXO D – Cartão do Hipertenso.....	30

## 1. INTRODUÇÃO

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é caracterizada pelos valores de pressão sistólica igual ou superior à 140 mmHg, e de pressão diastólica igual ou superior à 90 mmHg. Esses valores indicam risco elevado na saúde do indivíduo, podendo ocasionar doenças renais, cardiovasculares e cerebrais. A HAS é, portanto, considerada uma das doenças mais prevalentes no mundo, sendo ainda a causa principal de mortes por acidente vascular cerebral (BRASIL, 2011).

É de suma importância que o indivíduo portador da HAS realize corretamente o tratamento anti-hipertensivo, a fim de prevenir as complicações desse quadro. O tratamento consiste em duas vertentes; a terapia não medicamentosa, que inclui hábitos saudáveis de vida, e o tratamento medicamentoso, que deve ser acompanhado por profissional habilitado, para que o usuário siga corretamente a prescrição (OLIVEIRA, 2011).

Nesse sentido, este trabalho teve como alvo os usuários hipertensos do serviço de saúde do PSF Romeu Vidal (PSF3), no município de Rio Pomba, Minas Gerais, a fim de levá-los a seguirem o tratamento anti-hipertensivo adequado, bem como, ofertar a esses usuários um atendimento humanizado e uma assistência integral durante todo o tratamento.

O município de Rio Pomba localiza-se na Zona da Mata Mineira, cuja população é de aproximadamente 17.110 habitantes (IBGE, 2010) e sua economia gira em torno da Agropecuária e Indústria. A população conserva hábitos e costumes próprios da população rural brasileira e gosta de comemorar as festas religiosas. O município conta com serviços de água, luz, esgoto e telefonia; apresenta um distrito industrial implantado em 1993 que conta com mais de 16 indústrias.

A cidade conta com 3596 famílias acompanhadas por três unidades de saúde contendo dois médicos em cada, sendo um do PROVAB e o outro contratado pela prefeitura. A quarta unidade de saúde, construída de acordo com o novo modelo do governo federal, está praticamente pronta para inaugurar para melhorar a cobertura da população.

Falando um pouco mais sobre o município e a população, os dados socioeconômicos indicam que a população economicamente ativa da microárea que equivale aproximadamente a 33% das pessoas, vivem predominantemente de trabalhos em indústria, confecção e agropecuária. Com relação aos dados epidemiológicos, a mortalidade referida na área de abrangência deste PSF aponta para quase 20% de mortes por hipertensão arterial e doenças associadas.

Com relação à produção da equipe de saúde, Durante o ano de 2015 foram realizadas: 1435 consultas médicas, com média mensal de 358 consultas, 300 curativos, 49 atendimentos individuais do enfermeiro, 79 injeções, nove inalações, 12 retiradas de pontos, três atendimentos de grupo, oito reuniões. O número de Hipertensos na microárea é de 482 e o de diabéticos 109. A equipe conseguiu realizar uma reunião de grupo nesse período.

Quanto aos recursos de saúde, O PSF 3 está situado próximo ao parque de Exposições da cidade. A unidade foi construída dentro das normas de construção civil para unidade de saúde vigente na época da construção, é muito bem arejada iluminada e ampla possuindo: dois consultórios médicos, um consultório ginecológico, um consultório odontológico, um sala de enfermagem, uma sala de curativo, uma sala de reuniões, uma sala de desinfecção, uma sala de esterilização, uma sala de vacinação, recepção ampla com cadeiras confortáveis e televisão, uma sala para ACS, dois banheiros masculinos e dois banheiros femininos, sendo um para paciente e outro para funcionários; copa, cozinha.

Na microárea onde estou cadastrada existem 3450 habitantes, sendo 1.662 homens e 1.788 mulheres (SIAB). O número de hipertensos adscritos é de 482 e o de diabéticos 109, o que mostra a necessidade de um plano de intervenção que envolva o cuidado ao usuário hipertenso, tendo em vista os riscos que a HAS pode ocasionar ao indivíduo. Optamos pela intervenção específica sobre a HAS e suas implicações na vida dos usuários do serviço de saúde do PSF Romeu Vidal, pois, de acordo com os prontuários e consultas médicas, de todos os pacientes hipertensos (482 na unidade) atendidos diariamente, cerca de metade deles apresentaram índices pressóricos alterados.

A unidade tem uma demanda espontânea muito grande, sobrando quase ou nenhum tempo para os trabalhos em grupo. A equipe tem uma rede composta por especialidades como ginecologia e pediatria apenas, tendo que referenciar os pacientes quando necessário para as microrregiões, e nessas ocasiões encontramos muitas dificuldades com as contra referência que quase não retornam para um melhor acompanhamento do paciente.

Muitos pacientes da unidade têm por hábito renovar receitas sem vir em consulta, e isso ficou insustentável visto o grande número de pacientes hipertensos e diabéticos que temos na área sem um acompanhamento adequado para orientarmos sobre a doença, não sendo praticadas medidas de prevenção e promoção.

## 2. JUSTIFICATIVA

O número de usuários hipertensos no ESF é significativo, e pela análise dos atendimentos de demanda, percebeu-se que mais de 40% das consultas no último ano foram direcionadas para esse público (SIAB, 2014). Além disso, a unidade tem uma demanda espontânea muito grande, sobrando quase ou nenhum tempo para os trabalhos em grupo, o que fez com que a equipe conseguisse realizar apenas uma reunião de grupo no último ano.

Outro problema enfrentado pela unidade é que a equipe tem uma rede composta por especialidades como ginecologia e pediatria apenas, tendo que referenciar os usuários quando necessário para as microrregiões. Nessas ocasiões encontramos muitas dificuldades com as contra referências que quase não retornam para um melhor acompanhamento do usuário.

Muitos usuários da unidade têm por hábito renovar receitas sem vir em consulta, e isso ficou insustentável já que temos grande número de usuários hipertensos na área, e estes não realizam acompanhamento adequado para orientarmos sobre a doença, não sendo, portanto, praticadas medidas de prevenção e promoção da saúde.

Durante as consultas, observou-se que quase todos os usuários hipertensos apresentavam níveis pressóricos alterados, e que poucos realizavam a terapia não medicamentosa, o que indicou grande falha no tratamento desses usuários, seja por falta de informação, seja por falta de atenção e acompanhamento.

Diante disso, este trabalho pretende melhorar a atenção voltada ao usuário hipertenso e torná-los mais conscientes da importância do tratamento e do autocuidado através de ações individualizadas e principalmente coletivas, como o estabelecimento do grupo HIPERDIA e suas reuniões frequentes.

### **3. OBJETIVOS**

#### **3.1. Objetivo Geral:**

- Elaborar proposta de intervenção voltada para o estímulo ao tratamento antihipertensivo e melhora da atenção direcionada para o usuário hipertenso.

#### **3.2. Objetivos Específicos:**

- Criar o grupo de atenção HiperDia e realizar encontros mensais com os usuários hipertensos;

- Implantar o Cartão do Hipertenso, com as receitas fixadas nele, para melhor acompanhar o Usuário;

- Estabelecer a obrigatoriedade da troca de receitas a cada 03 meses, para que haja maior controle dos níveis pressóricos do usuário, além de fazê-lo frequentar mais a unidade, buscando sempre o cuidado.

#### 4. MÉTODOS

A proposta de intervenção para o enfrentamento do problema da HAS na atenção básica foi feito primeiro o diagnóstico situacional que possibilitou identificar os problemas, ocorreu a priorização dos mesmos e identificação de nós críticos, a as outras etapas descrita no Planejamento Estratégico Situacional (PES), de acordo com Campos, Faria e Santos (2010).

Foi realizada uma revisão da literatura científica sobre o tema em questão a fim de obter embasamento para o desenvolvimento deste projeto e a elaboração da revisão da literatura. Para pesquisa de artigos foram utilizados os seguintes descritores; Hipertensão, Fatores de Risco e Autocuidado. Serão considerados os trabalhos publicados nos últimos dez anos, indexados nas bases de dados SCIELO (Scientific Electronic Library On-Line), LILACS (Literatura Latino-Americana em Ciências da Saúde), e MEDLINE.

Sabe-se que a HAS tem alta prevalência e baixas taxas de controle e é avaliada como um dos principais fatores de risco modificáveis, sendo também considerada um dos mais importantes problemas de saúde pública no momento.

Pelo fato da HAS ser uma doença assintomática, o usuário muitas vezes não busca formas de controle da doença, não se conscientizando da importância de adequar o tratamento à sua condição para uma melhor estabilização dos índices pressóricos e minimização dos agravos da mesma.



## 5. REVISÃO DE LITERATURA

### 5.1. Hipertensão Arterial Sistêmica – Aspectos Gerais

O Ministério da Saúde classifica a hipertensão arterial, em indivíduos com idade entre 18 e 74 anos, como os valores de pressão sanguínea igual ou maior que 140/90 mmHg. Sabe-se que fatores biológicos e sociais, e o estilo de vida interferem no desenvolvimento da hipertensão, sendo que indivíduos com idade superior a 60 anos tem maior chance de desenvolvê-la (BRASIL, 2006).

Em indivíduos idosos com pressão arterial normal, o risco de desenvolver a hipertensão até o final da vida é de 90%, ocorrendo assim, elevação da pressão sistólica e conseqüentemente da pressão de pulso, que esta intimamente relacionada à complicações cardiovasculares (SCHROETER *et al.*, 2007)

Para diagnóstico da HAS por meio da aferição da pressão arterial, as classificações atuais consideram os valores sistólicos e diastólicos, segundo o quadro abaixo retirado da V Diretrizes Brasileira de Hipertensão Arterial (2007);

**Quadro 1 – Classificação da Pressão Arterial**

<b>Classificação</b>	<b>PA Sistólica (mmHg)</b>	<b>PA Diastólica (mmHg)</b>
Normal	<130	>85
Limítrofe	130-139	85-89
Estágio I	140-159	90-99
Estágio II	160-179	100-109
Hipertensão Sistólica Isolada	>140	<90

Fonte: SBC (2007).

Para a Sociedade Brasileira de Cardiologia (2007), os fatores relacionados à fisiopatologia são; genéticos, renais, neurais, humorais e vasculares. As doenças cerebrovasculares e cardiovasculares representam as principais causas de morte no Brasil, sendo a hipertensão arterial o principal fator modificável dessa doença. Assim, em indivíduos jovens, a HAS se caracteriza pelo débito cardíaco elevado, já nos idosos, ela se apresenta pela resistência vascular periférica.

A HAS é um dos principais problemas de saúde por ser uma condição multifatorial, com alta prevalência e baixo controle entre os indivíduos. É também o principal fator de risco para desenvolvimento de doenças como o acidente vascular cerebral (AVC), o infarto agudo do miocárdio, complicações arteriais periféricas e doenças renais crônicas (SBC, 2010).

O diagnóstico deve ser feito por meio de medidas repetidas da pressão arterial, realizadas em condições ideais no mínimo três vezes. Esse diagnóstico é extremamente importante para identificar em qual estágio o indivíduo se encontra para que seja feita a estratificação de risco e seguida a correta medida terapêutica (SBC, 2010).

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2006), para o diagnóstico deve-se considerar os níveis tensionais, a presença de lesão em órgãos-alvo, presença de fatores de risco para doenças cardiovasculares, presença de doenças associadas à hipertensão além de identificar a causa da HAS. Em seguida, deve-se traçar a história clínica, história familiar e pregressa, realizar exame físico e laboratorial, avaliação dietética, identificar o uso de medicamentos e o estilo de vida.

A detecção precoce da HAS é importante para evitar as complicações desse quadro, no entanto, ela se torna difícil quando não há lesão em órgão-alvo, e por ser, na maioria das vezes, assintomática. Apesar disso, é importante que o indivíduo faça o acompanhamento médico adequado, e realize avaliação médica periódica principalmente quando se tem histórico familiar e fatores de risco (SILVA *et al.*, 2013). Assim, o tratamento e o controle da HAS são importantes para reduzir os riscos e evitar o desenvolvimento de outras doenças, como cardiovasculares e renais.

## **5.2. Fatores Relacionados À Hipertensão Arterial**

A ingestão elevada de sódio e a incapacidade de sua excreção pode ocasionar aumento da pressão arterial por aumentar o volume plasmático e conseqüentemente o débito cardíaco. Já a ingestão de potássio tem ação vasodilatadora e protetora quanto aos danos cardiovasculares, sendo por isso, utilizado como diurético. O cálcio, por participar da contração da musculatura leva à maior resistência dos vasos, acarretando assim, aumento na pressão arterial (GRAVINA *et al.*, 2007).

O sistema renal também interfere na pressão arterial por estar relacionado com a excreção de sódio e água para normalizar a pressão. Assim, quando a capacidade de excreção renal se encontra deficiente, ocorre aumento da pressão arterial (CARVALHO; ALMEIDA, 2001).

Usuários obesos normalmente apresentam hipertensão arterial, pois a obesidade leva à retenção de sódio, ao descontrole hormonal, ao aumento do volume plasmático, à resistência a insulina e a elevação da atividade simpática, todos esses relacionados ao aumento da pressão arterial. Dessa forma, usuários hipertensos com excesso de peso devem necessariamente ser incluídos em programas de redução do peso corporal, controle dietético e atividades físicas (SOUZA *et al.*, 2007).

O exercício físico tem relação com a hipertensão arterial, de forma que pessoas sedentárias tem maior risco de desenvolver HAS. Assim, a prática de exercício físico regular, programado de acordo com a condição do indivíduo, reduz os riscos de complicações cardiovasculares, reduz os níveis pressóricos e melhora a qualidade de vida do indivíduo (FAGARD, 2005).

O tabagismo aumenta em 36% a chance de desenvolvimento da HAS e representa risco elevado de desenvolvimento de doenças cardiovasculares. Assim também, o alcoolismo crônico pode elevar a pressão arterial por inibir o transporte de sódio, aumentar a secreção de cortisol e levar a resistência à insulina. Além disso, a ingestão de álcool pode interferir negativamente no tratamento anti-hipertensivo (SOUZA *et al.*, 2007).

### **5.3. Tratamento Anti-Hipertensivo**

O tratamento anti-hipertensivo é a forma de diminuir as complicações e riscos da hipertensão, e garantir a qualidade de vida, preservando a saúde do indivíduo. Consiste em medidas medicamentosas e não medicamentosas, que em conjunto com a atuação de uma Equipe de Saúde da Família, pode ajudar a prevenir complicações (NEVES *et al.*, 2005).

O Caderno de Atenção Básica à Saúde (BRASIL, 2006) discorre sobre esse cuidado, afirmando que os profissionais da saúde tem papel estratégico contra essa enfermidade, seja no diagnóstico, seja na conduta terapêutica, mas principalmente, na educação em saúde para conscientização e mudança nos hábitos de vida.

A proposta terapêutica para redução dos níveis tensionais deve ser totalmente individualizada, considerando; a presença de outras comorbidades, a idade e o estado mental do usuário, o uso de bebidas alcólicas, de tabaco e de medicamentos. O tratamento medicamentoso pode ser realizado com um tipo apenas de fármaco, ou mais de um, associados. E o tratamento não medicamentoso se refere à adoção de estilo de vida saudável (LOPES *et al.*, 2003; SBC, 2007).

Como medidas para um estilo de vida saudável, a Sociedade Brasileira de Cardiologia (2007) propõe;

- Alimentação saudável e balanceada: diminuição ou restrição da ingestão de alimentos ricos em sódio, gorduras e açúcar. Diminuição ou restrição da ingestão de bebidas alcólicas, gaseificadas e açucaradas. Ingerir alimentos in natura e fazer usos de temperos naturais.

- Atividade física: realizar exercícios físicos regulares, como caminhada, natação, corrida, por 30 minutos, de 3 a 5 vezes por semana. Caso haja alguma restrição, realizar atividade monitorada por um profissional da área.

- Reduzir o peso corporal: medidas de redução do peso, para que atinja Índice de Massa Corporal (IMC) inferior à 25kg/m<sup>2</sup>. Reduzir também a circunferência abdominal e manter o peso adequado.

- Controle do estresse psicoemocional: conscientização, autocuidado, melhora do sono e hábitos saudáveis.

O usuário portador de HAS precisa estar consciente da necessidade do autocuidado, da adesão ao tratamento, e de que é importante que continue a seguir toda a terapêutica proposta, mesmo quando há controle dos níveis pressóricos. Para esse fim, a atenção básica é bastante favorável, pois seu próprio modelo permite maior captação e vínculo com o usuário, bem como ações educativas, individuais e coletivas que afetam positivamente a vida do usuário e o leva a ter maior compromisso com o tratamento (OLIVEIRA *et al.*, 2013).

Muitas vezes o usuário tem dificuldade de seguir todo o tratamento, seja por vergonha, por falta de conhecimento ou apoio, seja ainda por questões culturais, que influenciam principalmente as escolhas alimentares. Assim, é fundamental que para esse usuário haja a atuação de uma equipe multiprofissional em saúde, para oferecer a ele um tratamento amplo, e acompanhá-lo, fazendo-o seguir todo o proposto pela equipe, em todo o estágio da doença (BALDISSERA *et al.*, 2009).

## 6. PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

### ➤ Identificação dos problemas

O diagnóstico situacional em saúde é o primeiro passo preconizado pelo método de Planejamento Estratégico em Saúde (PES), através dele pode-se conhecer melhor a área de atuação, bem como suas demandas que necessitam enfrentamento. Para este diagnóstico utilizou-se de reuniões com a equipe de saúde e análise de prontuários presentes na unidade e uma observação ativa da área adscrita. De acordo com as reuniões da equipe de Saúde pudemos levantar alguns problemas prevalentes em nossa área de abrangência, dentre eles: hipertensão arterial descompensada; uso abusivo de benzodiazepínicos; má adesão dos usuários ao tratamento; falta de referência e contra referência.

### ➤ Priorização dos problemas

Na priorização dos problemas apontados pela equipe do PSF Romeu Vidal (PSF3), a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) descompensada, foi escolhida como alvo de atenção especial. Os critérios para a priorização dos problemas foram: seu elevado grau de importância na área e a capacidade de enfrentamento, bem como a falta de conscientização dos agravos da doença futuramente.

### ➤ Descrição dos problemas

Sabe-se que a HAS tem alta prevalência e baixas taxas de controle e é avaliada um dos principais fatores de risco modificáveis, sendo também considerada um dos mais importantes problemas de saúde pública no momento.

### ➤ Explicação dos problemas

Por ser uma doença assintomática, a paciente muitas vezes não busca formas de controles da doença, não adere ao tratamento, e não se conscientiza da importância de adequar o tratamento à sua condição para uma melhor estabilização dos índices pressóricos e minimização dos agravos da mesma. A HAS colabora para

risco elevado na saúde do indivíduo, podendo ocasionar doenças renais, cardiovasculares e cerebrais. E mortes por acidente vascular cerebral

➤ Identificação dos nós críticos do problema priorizado:

O problema priorizado pela equipe foi “muitos usuários hipertensos com níveis pressóricos elevados e que não realizam controle adequado”, portanto as causas deste problema (nós críticos) a serem enfrentados são:

- Falta de informações sobre a HAS – População com baixo nível de informações sobre a HAS;
- Falta de planejamento da equipe para lidar com o problema – pouca capacidade dos profissionais para o acolhimento, vínculo e planejamento para organizar o trabalho com os hipertensos;
- Estilo de vida inadequados do hipertenso - Alimentação inadequada e falta de atividades físicas regulares.

Para enfrentar essa situação, proponho a formação de um grupo de HIPERDIA com reuniões semanais para orientar os usuários sobre a doença. Os assuntos a serem tratados: prevenção, mudança de estilo de vida, complicações da HAS e a importância do uso de medicamentos para evitar complicações. Antes da reunião será aferida a pressão arterial, feita a glicemia capilar, verificar o peso e altura do paciente para calcular o índice de massa muscular. As reuniões contarão com a presença de outros profissionais da saúde, para que seja integral. Também, usaremos materiais audiovisuais e faremos atividades dinâmicas com todos os participantes, para estreitar os laços e aproveitar ao máximo o tempo disponível.

Além disso, manter o Cartão do Hipertenso e, se possível, do Diabético; os quais terão a receita dos usuários anexada a eles, como uma forma mais fácil de controlar a (s) medicação (ões) usada pelo usuário. Por fim, iremos estabelecer que a troca de receitas seja realizada a cada 03 meses através de consulta médica previamente agendada se os níveis pressóricos estiverem controlados, caso contrário agendar uma avaliação médica. Assim, com o usuário mais próximo da Unidade, será realizada a estratificação de risco do usuário de acordo com o Manual do Ministério da Saúde.

Além das ações com os usuários hipertensos, será feito também treinamento com a equipe envolvida nesse atendimento, por meio de reuniões de capacitação para que todos possam oferecer o melhor atendimento ao usuário, de maneira ampla e humanizada. Além disso, buscaremos parcerias com outros profissionais da saúde para que todas as ações sejam realizadas no âmbito multidisciplinar.

As ações serão avaliadas após dois meses da sua implantação, e em seguida, reavaliadas a cada três meses, em reunião com a equipe, para levantar as falhas, identificar os pontos positivos e propor melhorias.

A seguir serão apresentados os quadros com a descrição das propostas realizadas para enfrentamento de cada um dos nós críticos estabelecidos.

**Quadro 2 – Operações sobre o nó crítico “Falta de Informação da População” relacionado ao problema “muitos usuários hipertensos com níveis pressóricos elevados que não realizam o controle adequado na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família do PSF Romeu Vidal, em Rio Pomba, Minas Gerais.**

<b>Nó crítico 1</b>	<b>Falta de informação da população</b>
<b>Operação</b>	Orientar a população sobre a HAS (Alimentação e uso de medicamentos. Realização de atividades físicas).
<b>Projeto</b>	<i>Grupo HIPERDIA e Implantação do Cartão do Hipertenso</i>
<b>Resultados Esperados</b>	Comunidade mais consciente. Menos agravos da doença.
<b>Produtos esperados</b>	Realização de campanhas sobre HAS e controle da doença
<b>Atores sociais/ responsabilidades</b>	Médica Williara e Enfermeiras
<b>Recursos necessários</b>	Estrutural: Local adequado para realizar os encontros do grupo HIPERDIA. Cognitivo: Adquirir informação sobre o tema hipertensão. Financeiro: Custeio dos materiais para o projeto (impressora, computador, papéis, datashow). Político: Comunicação entre os setores políticos da saúde do município.
<b>Recursos críticos</b>	Financeiro e Político
<b>Controle dos recursos críticos / Viabilidade</b>	Ator que controla: Secretaria de Saúde, ESF, NASF. Motivação: Favorável
<b>Ação estratégica de motivação</b>	Apresentação do Projeto
<b>Responsáveis:</b>	Médica Williara, Enfermeiras e ACS
<b>Cronograma / Prazo</b>	2 meses
<b>Gestão, acompanhamento e avaliação</b>	Reuniões com a equipe, após o prazo, e de 6 em 6 meses. Preenchimento da planilha de avaliação, com informações anteriores, atuais, justificativa da situação atual e novo prazo.



**Quadro 3 – Operações sobre o nó crítico “Falta de planejamento da equipe para lidar com o problema” relacionado ao problema “muitos usuários hipertensos com níveis pressóricos elevados que não realizam o controle adequado”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família do PSF Romeu Vidal, em Rio Pomba, Minas Gerais.**

<b>Nó crítico 2</b>	<b>Falta de planejamento da equipe para lidar com o problema</b>
<b>Operação</b>	Trabalho em equipe - Repensar as atribuições dos profissionais e propor mudanças.
<b>Projeto</b>	<i>Trabalhando em Equipe</i>
<b>Resultados Esperados</b>	Melhora do atendimento oferecido
<b>Produtos esperados</b>	Equipe e usuário ativos no tratamento. Equipe consciente. Cooperação de toda equipe. Capacitações com a equipe do PAC.
<b>Atores sociais/ responsabilidades</b>	Médica Williara
<b>Recursos necessários</b>	Estrutural: Local adequado para realizar os encontros com a equipe. Cognitivo: Adquirir embasamento científico para treinar a equipe. Financeiro: Contratação de novos profissionais para assistir a comunidade. Político: Articulação entre os setores assistenciais de saúde e equipe do NASF
<b>Recursos críticos</b>	Financeiro e Político
<b>Controle dos recursos críticos / Viabilidade</b>	Ator que controla: Secretaria de Saúde, PSF, NASF. Motivação: Favorável
<b>Ação estratégica de motivação</b>	Apresentação do Projeto / Brindes para os membros da equipe que demonstrarem melhor rendimento nas capacitações
<b>Responsáveis:</b>	Médica Williara
<b>Cronograma / Prazo</b>	2 meses
<b>Gestão, acompanhamento e avaliação</b>	Reuniões com a equipe, após o prazo, e de 6 em 6 meses. Teste do conhecimento. Preenchimento da planilha de avaliação, com informações anteriores, atuais, justificativa da situação atual e novo prazo.

**Quadro 4 – Operações sobre o nó crítico “Estilo de vida inadequado dos usuários hipertensos” relacionado ao problema “muitos usuários hipertensos com níveis pressóricos elevados que não realizam o controle adequado”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família do PSF Romeu Vidal, em Rio Pomba, Minas Gerais.**

<b>Nó crítico 3</b>	<b>Estilo de vida inadequado dos usuários hipertensos</b>
<b>Operação</b>	Envolver a família no tratamento da HAS e discutir com usuários medidas mais saudáveis do estilo de vida, como alimentação, prática de atividades físicas com regularidade.
<b>Projeto</b>	<i>Vida Saudável</i>
<b>Resultados Esperados</b>	Usuários motivados, família consciente cuidados e ambos corresponsáveis pelo tratamento.
<b>Produtos esperados</b>	Abordagem da família. Campanhas de prevenção à HAS com a família
<b>Atores sociais/ responsabilidades</b>	Médica Williara, Enfermeira, ACS, outros profissionais da Saúde.
<b>Recursos necessários</b>	Organizacional: Para preparar e juntar aos profissionais como educador físico, nutricionista sobre atividades como caminhadas e alimentação saudável Cognitivo: Para o planejamento e reuniões dos grupos que atuarão. Financeiro: Para montagem de materiais e folders informativos.
<b>Recursos críticos</b>	Financeiro
<b>Controle dos recursos críticos / Viabilidade</b>	Ator que controla: Secretaria de Saúde, PSF, NASF. Motivação: Favorável
<b>Ação estratégica de motivação</b>	Convite prévio, folders educativos distribuídos à toda população pelas ruas
<b>Responsáveis:</b>	Médica Williara, Enfermeiras, ACS, outros profissionais da Saúde.
<b>Cronograma / Prazo</b>	2 meses
<b>Gestão, acompanhamento e avaliação</b>	Reuniões com a equipe, após o prazo, e de 6 em 6 meses. Preenchimento da planilha de avaliação, com informações anteriores, atuais, justificativa da situação atual e novo prazo.

## 7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Para que todas as ações propostas nesse trabalho fossem realizadas no período determinado, foi necessário o empenho de toda a equipe, ações multiprofissionais e recursos providos pela Gestão desta UBS. Os projetos foram por mim coordenados e avaliados para verificar falhas, resultados e efetividade. Dentro do necessário, poderão ser propostas mudanças no plano, ou novas ações visando tão somente a melhoria da atenção voltada aos usuários hipertensos do PSF Romeu Vidal.

Sabemos que muitos foram os desafios, principalmente no que tange à mudança no estilo de vida e na concepção desses usuários, já que, a maioria deles não entendem a real necessidade do autocuidado, nem tão pouco tomam a equipe de saúde como aliados para prevenção e proteção de sua saúde. Boa parte desses indivíduos frequenta a unidade apenas para buscar receitas, e não se preocupam em realizar o controle pressórico adequado junto com um acompanhamento médico completo.

Frente a isso, nossa equipe quis, através das ações estabelecidas, mudar essa realidade, ao conscientizar e acompanhar de perto esses usuários, levando-os ao despertar para o autocuidado e para a mudança no estilo de vida, sobretudo, garantindo a eles saúde e qualidade de vida.

Assim, acreditamos que com as ações teóricas e práticas voltadas para a educação em saúde e realizadas dentro da agenda definida, as pessoas processualmente apresentem significativas melhoras na saúde e no estilo de vida. Esperamos que 90% desses usuários apresentem, dentro de 12 meses, absoluto controle dos níveis pressóricos, passando a ser praticantes do autocuidado, frequentes nas consultas e, conseqüentemente, mais saudáveis.

## REFERÊNCIAS

BALDISSERA, V. D. A.; CARVALHO, M. D. B; PELOSSO, S. M. Adesão ao tratamento não-farmacológico entre hipertensos de um centro de saúde escola. **Rev. Gaúcha Enferm.**, v.30, n.1, p.27-32, 2009.

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.

CARVALHO, J. G. R.; ALMEIDA, R. V. O papel do rim na hipertensão arterial – Correlações e abordagem terapêutica. **Rev Bras Hipertens**, v.8, p.291-6, 2001.

FAGARD R. H. **Physical activity, physical fitness and incidence of hypertension.** J. Hypertension, 2005.

GRAVINA, C. F.; GRESPAN, S. M. BORGES, J. L. Tratamento não medicamentoso da hipertensão no idosos. **Rev Bras Hipertens**, 2007.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE), **indicadores sociodemográficos e de saúde no Brasil.** Brasília, DF, 2010.

LOPES, H. F. et al.; Tratamento não medicamentoso da hipertensão arterial. **Revista da Sociedade Brasileira de Cardiologia.** São Paulo, v.13, n.1, p148-153; 2003.

NEVES, M. F. et al. Como diagnosticar e tratar a hipertensão arterial sistêmica. **Rev. Brasil. Medic.**, v.62, n.12, p.152-162; 2005.

OLIVEIRA, A. Tratamento não medicamentoso da hipertensão arterial. **Revista Bioquímica da Hipertensão.** São Paulo – SP, 2011.

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.

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.** São Paulo: 2010.

SCHROETER, G. et al. Terapia anti-hipertensiva utilizada por usuários idosos de Porto Alegre, Brasil. **Scientia Médica**, Porto Alegre, v.17, n.1, p.14-1; 2007.

SIAB – **Sistema de Informação da Atenção Básica**; 2014. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/SIAB/index.php>> Acesso em 11 de junho de 2015.

SILVA, C. S. et al. Controle pressórico e adesão/vínculo em hipertensos usuários da atenção primária à saúde. **Revista Escola de Enfermagem USP**, São Paulo, v. 47, n. 3, p. 584-90; junho 2013.

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.

## ANEXOS

### ANEXO A – Planilha de avaliação das ações desenvolvidas

<b>Operação</b>	<b>Responsáveis</b>	<b>Prazo</b>	<b>Situação Atual</b>	<b>Justificativa</b>	<b>Novo Prazo</b>
Grupo HIPERDIA e Implantação do Cartão do Hipertenso	Equipe de Saúde	02 meses			
Trabalhando em Equipe	Equipe de Saúde	02 meses			
Falando em Público	Equipe de Saúde	02 meses			

### ANEXO B – Planilha de avaliação das reuniões em grupo

<b>Data e Hora</b>	
<b>Nome dos Participantes</b>	
<b>Profissionais Presentes</b>	
<b>Assunto abordado</b>	
<b>Materiais usados</b>	
<b>Dinâmicas realizadas</b>	
<b>Falhas Ocorridas</b>	
<b>Mudanças Necessárias</b>	

## ANEXO C – Planilha de avaliação das reuniões com a equipe

<b>Data e Hora</b>	
<b>Nome dos Participantes</b>	
<b>Assuntos Abordados</b>	
<b>Dinâmicas Realizadas</b>	
<b>Avaliação e Rendimento</b>	
<b>Profissional de Maior Rendimento</b>	
<b>Falhas Identificadas</b>	
<b>Mudanças Propostas</b>	

## ANEXO D – Cartão do Hipertenso

<b>Identificação:</b>						
<b>Data</b>	<b>Profissional</b>	<b>Níveis Pressóricos</b>	<b>Massa Corporal</b>	<b>Medicação Utilizada</b>	<b>Exames Laboratoriais</b>	<b>Retorno</b>