

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

**KÊNIA CRISTINA SILVA ABREU**

**A IMPORTÂNCIA DA VISITA DOMICILIAR Á PACIENTES  
HIPERTENSOS**

**LAGOA SANTA – MG  
2013**

**KÊNIA CRISTINA SILVA ABREU**

**A IMPORTÂNCIA DA VISITA DOMICILIAR À PACIENTES  
HIPERTENSOS**

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

Orientadora: Profa. Dra. Maria Rizoneide Negreiros de Araújo

**LAGOA SANTA – MINAS GERAIS  
2013**

**KÊNIA CRISTINA SILVA ABREU**

**A IMPORTÂNCIA DA VISITA DOMICILIAR Á PACIENTES  
HIPERTENSOS**

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

Orientadora: Profa. Dra. Maria Rizoneide Negreiros de Araújo

Banca Examinadora

Profa. Dra. Maria Rizoneide Negreiros de Araújo - Orientadora

Profa. Dra. Matilde Meire Miranda Cadete

Aprovada em Belo Horizonte, 26/10/ 2013

## **AGRADECIMENTOS**

Aos pacientes da UBS Vale Bom Jesus, que foram alvo de estudo e de suma importância para a realização desse trabalho. Vocês são maravilhosos!

A minha equipe, pela colaboração, disponibilidade e ajuda.

A professora Maria Rizioneide, muito obrigada pela orientação, paciência, incentivo, apoio e conhecimento transmitido.

Um grande abraço de agradecimento, pelos momentos de descontração, nos encontros presenciais, à Mariana Murta, Tatiane e Lilian.

Dedico,

A Deus, por tudo que me proporciona na vida, por iluminar e abençoar minha trajetória.

À minha mãe e meu pai, os quais amo muito, pelos exemplos de conduta e apoio.

À minha irmã, por todas as ajudas.

Ao meu namorado, Henrique, pelo carinho, compreensão e companheirismo.

Não é o que você faz, mas quanto amor você dedica no que faz, que realmente importa.

Madre Tereza de Calcutá

## RESUMO

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é uma doença de múltiplos fatores e sua detecção é quase sempre tardia por ser uma doença assintomática, o que dificulta o tratamento, fator determinante para o agravamento da mesma. Este trabalho teve como objetivo elaborar uma proposta de intervenção para melhorar a adesão dos hipertensos ao controle dos dados pressóricos por meio da visita domiciliar. Para o enfrentamento do problema foi elaborado uma proposta de intervenção seguindo o método do Planejamento Estratégico Situacional (PES), com a criação de ações que visam à conscientização da população sobre a importância do controle da hipertensão, da terapia medicamentosa correta, dos hábitos de vida saudáveis, sobre mudanças na rotina, e prática de exercícios físicos. De acordo com o HIPERDIA, a evasão dos pacientes hipertensos à UBS cresce consideravelmente, fazendo com que o acompanhamento não ocorra de forma integral. Consideramos, assim, a necessidade da equipe realizar uma busca ativa e visitar nos domicílios esses pacientes para efetivar o controle dos níveis pressóricos, a adesão ao tratamento e orientações quanto aos hábitos de vida saudáveis e ainda conhecer a qualidade de vida desses pacientes. Conclui-se que, mesmo atendendo as pessoas isoladamente, por meio da visita domiciliar, a equipe de saúde interage com a família do hipertenso assim e acredita-se que, ao tentar manter o quadro da doença estável estão promovendo algum de benéfico à família.

**Palavras Chave:** Visita domiciliar; Assistência domiciliar e Hipertensão Arterial Sistêmica.

## **ABSTRACT**

The Systemic Arterial Hypertension (SAH) is a disease of multiple factors, and its detection is almost always late, for being an asymptomatic disease, which complicates the treatment factor for the aggravation of the same. This study aimed to develop a proposal for intervention to improve adherence of hypertensive control the pressure data by means of home visits. To deal with the problem was elaborated a proposal for intervention following the method of Situational Strategic Planning (ESP) , with actions aimed at creating public awareness about the importance of controlling hypertension , drug therapy correct habits of life healthy , about changes in routine, and physical exercise. According to HIPERDIA, avoidance of hypertensive patients UBS will grow considerably, making the monitoring does not occur in full. Therefore consider the need for staff conduct an active search and visit the homes of these patients, to effect the control of blood pressure, treatment adherence and guidance on healthy lifestyles and still meet the quality of life of these patients. We conclude that , even meeting people alone , through home visits , health staff interacts with the family of hypertensive and thus it is believed that in trying to keep the frame stable disease are promoting some of the beneficial family.

**Key Words:** Home visit. Home care. Assisted Living and Hypertension.



## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b>	<b>10</b>
<b>2 JUSTIFICATIVA</b>	<b>13</b>
<b>3 OBJETIVO</b>	<b>18</b>
<b>4 METODOLOGIA</b>	<b>19</b>
<b>5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA</b>	<b>20</b>
5.1 Cenário brasileiro da Hipertensão Arterial Sistêmica	21
5.2 Tratamento da hipertensão Arterial Sistêmica e adesão do usuário	21
5.3 As Visitas Domiciliares	21
<b>6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO</b>	<b>26</b>
<b>7 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	<b>32</b>
<b>REFERÊNCIAS</b>	<b>34</b>

## 1 INTRODUÇÃO

A Unidade Básica de Saúde (UBS) Vale Bom Jesus localiza-se na Avenida Um nº 600, no Vale Bom Jesus, zona rural de Esmeraldas – Minas Gerais. Possui uma população cadastrada de 1.200 habitantes, agregado em 270 famílias, segundo dados do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB). É uma comunidade humilde, de baixa escolaridade e instrução, associada a baixa renda, é completamente desassistida pelas políticas públicas. É uma população “esquecida”, localizada à 55km do centro de Esmeraldas, não possui farmácias, açougues, lanchonetes, bancos, supermercados, etc.

A população, em sua maior parte, vive da agricultura de subsistência e do trabalho braçal em sítios localizados nas proximidades do núcleo da comunidade.

Com base no HIPERIA, cerca de 70% da população adulta é portadora de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), de acordo com os dados do registro da UBS. A não adesão ao tratamento é um dos principais dificultadores no controle da hipertensão arterial, seguidos de hábitos de vida inadequados.

Devido à dificuldade de acesso da população a outros serviços de saúde, em detrimento da falta de transporte, a UBS tem que disponibilizar suporte superior ao preconizado, em favor da população, tais como, transporte para ir à sede do município, distribuição dos medicamentos, entre outros.

Atualmente, sabe-se que tanto nos países desenvolvidos, quanto nos países em desenvolvimento, predomina a mortalidade por doença cardiovascular. Como causa isolada, a hipertensão arterial é a mais importante morbidade do adulto mesmo com a efetividade do tratamento medicamentoso, é uma doença de difícil controle (PIERIN, GUSMÃO e CARVALHO, 2004).

Na hipertensão especificamente, é de primordial importância a adesão ao tratamento medicamentoso, tendo em vista que é a principal medida de intervenção para o

controle da doença. Não resta dúvida que há outros componentes que ajudam o controle dessa doença, como exercício físico, alimentação, entre outras.

Muitos fatores predispõem os indivíduos ao aumento da pressão arterial. A herança genética é o único que não é modificável. Os demais, como a ingestão excessiva de sal, estresse, obesidade, sedentarismo e ingestão de bebidas alcoólicas em excesso são passíveis de modificação. Portanto, a atuação dos profissionais de saúde no controle da hipertensão deve prever a adoção de hábitos de vida saudáveis.

É perceptível que o tratamento medicamentoso para o controle da hipertensão mostra resultados satisfatórios. Entretanto, para alguns pacientes somente a medicação não é suficiente para o controle pressórico.

Observa-se que é possível intervir na não adesão medicamentosa, avaliando e corrigindo o esquema terapêutico, bem como sanar as dúvidas e os tabus quanto ao medicamento e suas combinações. No entanto, é de extrema importância o vínculo da equipe com o paciente, sendo percebido que, quando o mesmo ganha confiança, o diálogo e o acesso ficam mais fáceis e, com isso, o paciente passa a aderir de forma confiável, à prescrição tanto medicamentosa bem como as orientações de mudanças de hábitos alimentares e de qualidade de vida.

Além da não adesão ao tratamento, o não controle da hipertensão arterial se deve também a fatores como: associações incorretas de anti-hipertensivos, falta de compreensão do paciente quanto à doença e ao medicamento, diagnóstico impreciso, efeitos adversos do medicamento, custo, uso descontínuo do medicamento, relação médico-paciente, alimentação, sedentarismo, etc.

É necessário que a equipe de saúde conheça os hábitos e a rotina da família, para orientar com eficácia o paciente ou o cuidador quanto às medidas corretas em relação ao tratamento da hipertensão a fim, de minimizar os agravos advindos da própria doença quando não tratada adequadamente.

No trabalho da equipe de saúde da família a visita domiciliar é uma ferramenta que faz parte do cotidiano do trabalho, sendo os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) quem visitam diariamente as famílias. Os demais componentes da equipe de saúde a realizam a partir de demandas identificadas nos atendimentos ou por solicitação dos ACS. É nesta aproximação com as famílias que os profissionais reconhecem as necessidades de saúde das mesmas e reforçam os vínculos. A visita domiciliar é um momento propício à realização de ações de promoção à saúde, de prevenção de doenças e de vigilância à saúde (BRASIL, 2011a).

Portanto, justifica-se a realização deste projeto de intervenção com a finalidade de melhorar a adesão ao tratamento da hipertensão arterial e do controle dos dados pressóricos por meio da visita domiciliar.

## 2 JUSTIFICATIVA

Na Estratégia Saúde da Família (ESF), a visita domiciliar é uma atividade que favorece a aproximação dos profissionais de saúde à realidade local, permitindo conhecer melhor as situações que envolvem o processo saúde-doença, que englobam fatores sociais e econômicos, para nos auxiliar a conhecer o modo de vida das pessoas (BRASIL, 2011a).

A visita domiciliar é uma atividade que vem crescendo muito, principalmente com a entrada dos Agentes Comunitários de Saúde nos sistemas municipais de saúde por meio da implantação das equipes de saúde da família e do Programa de Agentes Comunitários de Saúde.

Para os portadores de HAS, a visita domiciliar pode ser uma forma de conhecer os hábitos e rotinas desses pacientes, oportunizando momentos de intervenção, de diálogo, de aferição dos níveis pressóricos e acompanhamento do uso da terapia medicamentosa.

É uma atividade que exige conhecimentos e habilidades, responsabilidade ética, profissional, pois tem implicações legais para o exercício profissional de quem a realiza.

As visitas domiciliares aumentam, na maioria dos casos, a aproximação dos profissionais de saúde com as famílias e, por ser tão rica no seu universo de atuação, exige investigações sobre como os profissionais a realizam e que consequências ela tem a partir da estratégia de assistência dentro do âmbito de atuação da equipe.

Percebo que é de extrema importância à visita domiciliar periódica, a pacientes hipertensos, pois os mesmos não comparecem à UBS para fazer o controle pressórico, e permanecem por longos anos tomando os mesmos medicamentos, por não apresentarem nenhum sintoma, julgam estar com a pressão controlada, podendo os medicamentos terem perdido o efeito com o passar do tempo. A visita

permite observar mais de perto a forma em que estes pacientes tomam as medicações, os horários, intervir na alimentação, dentre outras ações necessárias que podem ser realizadas.

O espaço domiciliar tem uma dimensão de alta complexidade. Para atuar neste espaço são necessários, além de competências técnicas, que os profissionais tenham habilidades na forma de fazer saúde, diferente do seu cotidiano, numa unidade básica de saúde (GAIVA e SIQUEIRA, 2011).

O momento da visita domiciliar representa uma possibilidade de ampliação de vínculo com os familiares, serve de subsídio para a elaboração de diagnóstico situacional com base na realidade local, oportuniza uma atenção mais humanizada e consequentemente maior responsabilização dos profissionais com as necessidades de saúde das famílias (CUNHA e SÁ, 2013).

A visita domiciliar segundo Cunha e Sá (2013, p. 64) representa

[...] uma oportunidade privilegiada para o desenvolvimento de um trabalho multiprofissional mais integrado, um espaço para ampliar as possibilidades deste trabalho coletivo, bem como o desenvolvimento de uma relação mais horizontal e cooperativa entre trabalhadores de categorias profissionais da equipe nesta atividade, que parece ainda estar concentrada nos ACS. As visitas dos médicos são raras, descontínuas e demandam, em geral, uma mediação das enfermeiras para que ocorram.

A visita domiciliar é uma prática conhecida como a ferramenta de trabalho dos ACS dentro das equipes de saúde da família. Muitas doenças precisam ser acompanhadas tanto no espaço da UBS como no domicílio. Portanto a visita domiciliar representa um instrumento importante tanto do ponto de vista do acompanhamento de determinados pacientes como também de vigilância à saúde.

Pelo cadastro dos pacientes existentes no HIPERDIA, verifica-se que no território da UBS Vale Bom Jesus possui 97 pacientes portadores de HAS sendo medicalizados.

Tabela 1- Número de hipertensos, por faixa de idade, cadastrados no HIPERDIA e residentes no território da Unidade Básica de Saúde Vale Bom Jesus, do município de Esmeralda - Minas Gerais, referente ao mês de julho de 2013.

<b>Faixa de idade</b>	<b>Número</b>	<b>%</b>
<b>&gt;30</b>	7	7,0
<b>30 a 50</b>	24	25,0
<b>50 a 65</b>	41	42,0
<b>65 e +</b>	25	26,0
<b>Total</b>	97	100,0

Fonte: Cadastro mensal do HIPERDIA da UBS, referente ao mês de julho de 2013.

Observa-se que a faixa de idade de 30 a 50 anos de idade tem 25,0% dos hipertensos cadastrados, podendo-se inferir que a hipertensão arterial está atingindo uma população jovem, possivelmente vinculado a processos de trabalho e que é necessário buscar mecanismos para controlar essas pessoas e ainda fazer com que muitos jovens não fiquem hipertensos precocemente.

As vantagens da visita domiciliar, como modalidade assistencial, são inúmeras, especialmente nos casos em que é necessária uma maior aproximação do profissional, que representa o sistema de saúde, com a realidade de vida das famílias. Isso faz com que ela seja insubstituível pelos procedimentos executados na unidade de saúde. O domicílio é o retrato do contexto em que as desigualdades sociais se apresentam como o grande determinante das condições de saúde-doença e que, em muitas vezes, são de pouca visibilidade, impossibilitando sua apreensão pelos profissionais responsáveis pela atenção à saúde das famílias (EGRY e FONSECA, 2000).

O enfermeiro da UBS Vale Bom Jesus realiza constantes visitas domiciliares, na área de abrangência a ele delimitada; entretanto, essas visitas acontecem irregularmente, de acordo com a necessidade de cada paciente. Portanto, o paciente que não apresenta agravos relacionados à patologia e tem habilidade para comparecer à UBS, não são acompanhados no domicílio, sendo este acompanhamento realizado, somente na unidade. Alguns comparecem em alta

frequência, estes são assistidos e orientados adequadamente, contudo, os que não têm este hábito, e não apresentam agravos, ficam desassistidos.

Desta forma, torna-se necessário um aprimoramento no serviço, para que todos tenham assistência de qualidade e igualitária, tendo em vista o agravo silencioso e assintomático da doença hipertensiva.

É de extrema importância o acompanhamento rigoroso desses pacientes, evitando, assim, o desencadeamento de agravos, relacionado ao uso incorreto dos medicamentos, alimentação e hábitos de vida não saudáveis.

A visita domiciliar á pacientes hipertensos deve ser integral, independentemente da situação atual da doença, a fim de prevenir agravos.

Quanto à frequência das visitas, estas podem ser realizadas semanal, quinzenal e até mensalmente, de acordo com as necessidades de cada paciente e de sua família, ficando a critério da avaliação do profissional de saúde, quanto a situação do paciente.

A prevenção de agravos é realizada de maneira multidisciplinar, o enfermeiro tem disponibilidade de realizar visitas mais constantes, sendo que profissionais como médicos, nutricionista e fisioterapeuta, não estão em tempo integral na UBS, mas poderão a partir das necessidades identificadas agendarem suas visitas.

Desta forma, o enfermeiro realiza as visitas e os procedimentos de enfermagem necessários a cada paciente, periodicamente, conforme demanda programada, encaminhando aos demais profissionais por identificação de necessidades (referenciamento), e/ou agendamento de visita por esses profissionais no domicilio referido.

Reconhece-se a importância da visita domiciliar como uma ferramenta de excelência para acompanhamento desses pacientes e ainda para criação de vínculo com os



profissionais e seguramente haverá uma melhor comunicação ente os usuários do serviço e a equipe de saúde da UBS.

### **3 OBJETIVO**

Elaborar uma proposta de intervenção para melhorar a adesão dos hipertensos ao controle dos dados pressóricos por meio da visita domiciliar.

## 4 METODOLOGIA

Para o enfrentamento do problema foi elaborado um plano de ação seguindo o método do Planejamento Estratégico Situacional (PES), com a criação de ações que visam à conscientização da população sobre a importância do controle da hipertensão, da terapia medicamentosa correta, dos hábitos de vida saudáveis, sobre mudanças na rotina, e prática de exercícios físicos.

Inicialmente, foi realizado um diagnóstico situacional para identificar os problemas relativos à hipertensão, e foi possível identificar a evasão de pacientes hipertensos assintomáticos da Unidade Básica de Saúde Vale Bom Jesus.

Para a fundamentação teórica deste trabalho, foram realizadas pesquisas em periódicos nacionais sobre o tema a Biblioteca Virtual em Saúde especificamente na base de dados da Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e em documentos do Ministério da Saúde.

Para a pesquisa na base de dados LILACS foram utilizados os seguintes descritores: Visita domiciliar; Assistência domiciliar e Hipertensão Arterial Sistêmica.

Considerando ser a visita domiciliar uma ferramenta da estratégia saúde da família e um procedimento utilizado nas atividades de saúde pública, a pesquisa foi realizada sem definição de período de busca.

## 5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

A abordagem da HAS na atenção primária de modo amplo se deve ao fato de ser esta doença crônica de evolução silenciosa ser o principal fator de risco às doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e insuficiência renal, males responsáveis por amplos gastos em saúde pelo Sistema Único de Saúde (SUS), alta morbimortalidade e ainda de impactos psicossociais relevantes (PEREIRA *et al.*, 2007).

A HAS apresenta ampla magnitude de intervenções, porém destaca-se a atenção primária como a melhor forma de se intervir no processo da doença, seja na prevenção ou no controle. É um agravo priorizado na atenção à Saúde do Adulto, que pode ser abordado em caráter longitudinal na atenção primária (RABETTI e FREITAS, 2011).

Na atenção primária, as abordagens da HAS se destacam por ações educativas, ações de controle e, também, ações diretamente com a família, por meio das visitas domiciliares. Isso porque a família é o principal cuidador de seus membros, não só em situações de doenças, mas também relacionado à adesão a tratamentos, o que contribui sobremaneira para promoção da saúde (RADOVANOVIC, CECILIO e MARCON, 2013).

Os agravos originados na saúde do indivíduo através das complicações da HAS, como os males coronarianos, a insuficiência cardíaca ou o próprio infarto agudo do miocárdio, por exemplo, impactam fortemente na família e na sociedade, evidenciando a necessidade de ações dos profissionais de saúde e em especial do enfermeiro, direcionadas à família, por meio da prevenção, promoção e controle da HAS (RADOVANOVIC, CECILIO e MARCON, 2013).

Nesse sentido, a atenção primária apresenta caráter estratégico na organização das redes de atenção do SUS, tendo a família como os centros de grande volume de ações em saúde para quebrar o modelo biomédico de atenção baseados na medicalização, tendo como principal objetivo a prevenção do agravo e a promoção

da saúde. Uma das principais propostas de ação em promoção à saúde do indivíduo encontra-se nas visitas domiciliares (CUNHA; SÁ, 2013).

### **5.1 Cenário brasileiro da HAS**

A HAS é uma doença crônica de evolução silenciosa que acomete uma parcela importante da população brasileira, com uma prevalência média de 32,5% a depender da região no país. Quando se observa a prevalência por gêneros, têm-se 35,8% homens e 30% mulheres. Quando se analisa por idade, 15% a 20% envolvem a população adulta, 1% a 11% a população infantil e adolescente e, 50% da população idosa (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

### **5.2 Tratamento da HAS e a adesão ao mesmo**

O cuidado e a manutenção do tratamento aos portadores de HAS são o grande desafio dos profissionais da saúde, uma vez que o objetivo dessa terapêutica é a redução máxima dos níveis pressóricos, de forma farmacológica e não farmacológica, porém, quando o objetivo é atendido, muitos pacientes tendem a não manter a disciplina com o tratamento, exigindo, portanto da equipe de saúde um acompanhamento longitudinal para de fato manter esses pacientes com os seus níveis pressóricos dentro dos parâmetros desejáveis (LANDIM *et al.*, 2011).

O tratamento farmacológico, segundo Landim *et al.* (2011) envolve a classe farmacológica dos anti-hipertensivos que se dividem em:

- Diuréticos – ex., Hidroclorotiazida (HCT);
- Inibidores Adrenérgicos – que se dividem em beta bloqueador (ex., atenolol) e alfa bloqueadores (ex., doxazina);
- Vasodiladores diretos – ex., anlodipino;
- Inibidores que Enzima Conversora da Angiotensina (ECA) – ex.: lisinopril, enalapril, losartana potássica;
- Bloqueadores dos canais de cálcio – ex.: felodipino.

As formas não terapêuticas de tratamento da HAS envolvem a mudança dos hábitos de vida, como a realização de atividades físicas, hábitos saudáveis de vida com uma dieta balanceada, diminuição do sódio na alimentação, prevenção ao sedentarismo e da dislipidemia (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

Mesmo com o arsenal farmacológico amplo para tratamento da HAS, bem como as variadas formas não terapêuticas, apenas 10% da população brasileira apresentam a pressão arterial controlada, confirmando que a adesão ao tratamento HAS é um desafio para os profissionais de saúde (TACON *et al.*, 2012).

Por adesão deve-se entender “regime terapêutico como o comportamento do paciente coincidente com as orientações prescritas pelos profissionais de saúde” (VITOR *et al.*, 2011, p. 252).

São muitos os fatores que podem influenciar na adesão ou não ao tratamento da hipertensão. Entre os fatores que influenciam na adesão ou não ao tratamento à HAS, destacam-se o gênero, idade, grau de instrução, condição socioeconômica, estado civil, crenças, apoio familiar (VITOR *et al.*, 2011, p.252).

A enfermagem poderá atuar diante dessa problemática com ações educativas em saúde, principalmente por meio das visitas domiciliares, sendo um agente promotor da saúde e, que atrai o paciente para a UBS, algo que se confirma por esta assertiva:

O enfermeiro como profissional da equipe multidisciplinar de saúde e líder da equipe de enfermagem deve desenvolver intervenções seguras e eficazes, levando em consideração a promoção da saúde. Assim, estas práticas de cuidado melhoram a qualidade da assistência, bem como contribuem para o reconhecimento da importância das ações de enfermagem em qualquer nível de assistência à saúde (GUEDES *et al.*, 2012, p.152).

Além disso, como amparo legal, a Portaria nº 2248 de 2011 que define a Política Nacional de Atenção Básica delimita algumas ações referentes à equipe de

enfermagem, sendo competência do enfermeiro promover ações que favoreçam a adesão ao tratamento anti-hipertensivo (BRASIL, 2011a).

O agente comunitário de saúde (ACS), sob orientações do enfermeiro, deverá mapear na sua área de atuação os indivíduos com HAS, encaminhá-los para a UBS para avaliação do seu estado de saúde (BRASIL, 2006).

Essas ações do ACS serão apenas possíveis por meio de visitas domiciliares aos pacientes da região, perguntando sempre aos pacientes se estão utilizando os medicamentos com regularidade, orientar quanto a dieta, as atividades físicas, controle do peso, evitando bebidas alcoólicas e cessão do hábito de fumar (BRASIL, 2006).

O enfermeiro é, pois, um profissional que exerce importante papel na detecção, monitoramento, tratamento e prevenção de doenças, assim como na promoção à saúde da comunidade (GUEDES *et al.*, 2012).

### **5.3 As Visitas Domiciliares**

A base da atuação das equipes de saúde, em especial da enfermagem, na atenção primária envolve a visita domiciliar, que apresenta múltiplas funções e finalidades:

[...] de monitorar a situação de saúde das famílias. A equipe deve realizar visitas programadas ou voltadas ao atendimento de demandas espontâneas, segundo critérios epidemiológicos e de identificação de situações de risco. O acompanhamento dos Agentes Comunitários de Saúde em micro áreas, selecionadas no território de responsabilidade das unidades de Saúde da Família, representa um componente facilitador para a identificação das necessidades e racionalização do emprego dessa modalidade de atenção (BRASIL, 1997, p.14).

A visita domiciliar é uma forma de humanizar a atenção ao paciente, devendo sempre ser utilizada como uma forma de chamar o mesmo à unidade básica de saúde e, de levar ao ele ações educativas, preventivas, de controle, por exemplo, no que tange à HAS, pode ser feito no ambiente domiciliar a aferição da pressão

arterial, a educação sobre a adesão ao tratamento medicamentoso, às mudanças dos hábitos de vida, entre outros aspectos (BRASIL, 1997).

Além disso, a visita domiciliar ao paciente hipertenso tem uma função ainda considerada importante: a de estimulá-lo a participar de grupos operativos dentro da UBS, discutindo com os pares temas relativos ao processo saúde doença, meios de prevenção e educação em saúde, quebrando métodos tradicionalistas de abordagem, optando pela educação de forma lúdica e dialogada (BRASIL, 1997).

Como dispositivo legal, a atenção domiciliar é instituída pela portaria nº 2.029 de 24 de agosto de 2011, no âmbito do SUS, definindo o que seria a atenção domiciliar, os objetivos da mesma, elabora diretrizes de atenção, organiza a atenção domiciliar, delimita as modalidades de atenção em saúde domiciliar, dispõe acerca do financiamento da atenção domiciliar, entre outros aspectos (BRASIL, 2011b).

No art.2, inciso II da portaria 2029/2011 há a definição do serviço de atenção domiciliar, como sendo uma

[...] nova modalidade de atenção à saúde substitutiva ou complementar às já existentes, caracterizada por um conjunto de ações de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação prestadas em domicílio, com garantia de continuidade de cuidados e integrada às redes de atenção à saúde (BRASIL, 2011b).

No que tange à HAS, as visitas domiciliares tendem a ser um momento de auxílio no controle através da aferição da PA, medidas educativas e captação para grupos operativos, educação em saúde salientando a importância de aderir ao tratamento medicamentoso, demonstrar que se o paciente parar de tomar remédio a PA dele irá subir novamente, auxiliar o paciente a aderir a novos hábitos de vida, como os propostos pela Sociedade Brasileira de Cardiologia (2010), como a diminuição do sódio e das gorduras na alimentação, a realização de atividade física, entre outros aspectos.

A visita domiciliar é uma forma de promover um ambiente familiar mais saudável, por meio de ações planejadas pelo profissional enfermeiro juntamente com os ACS,

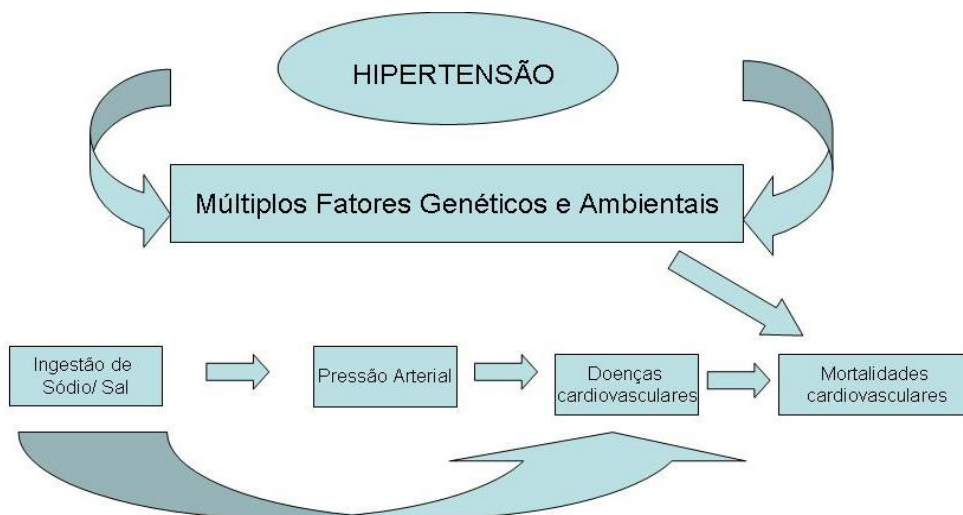


fazendo com que as ações de cuidado e promoção a saúde se tornem parte do cotidiano das famílias, lembrando-se de adequar as propostas de cuidado às famílias à realidade socioeconômica das mesmas, bem como o contexto em que vivem (RADOVANOVIC, CECILIO e MARCON, 2013).

A literatura consultada reforça a importância da visita domiciliar para o acompanhamento dos hipertensos no contexto familiar.

## 6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

Para facilitar a elaboração da proposta de intervenção elaborei um esquema explicativo para uma melhor compreensão do “problema” hipertensão.



A partir do esquema explicativo, foi possível estabelecer os “nós críticos”, ou seja, as principais causas que devemos atacar para transformar o problema hipertensão.

Foram destacados os seguintes problemas:

- 1) Práticas de prevenção-promoção de saúde;
- 2) Falta de capacitação profissional;
- 3) Estilo de vida/ Hábitos alimentares da população;
- 4) Uso incorreto da terapia medicamentosa.

Em seguida, foram elaboradas operações para enfrentar os “nós críticos”, levando em consideração os resultados e os produtos esperados além da análise dos recursos necessários.

<b>Nós críticos</b>	<b>Operação-Projeto</b>	<b>Resultados Esperados</b>	<b>Produtos esperados</b>	<b>Recursos Necessários</b>
<b>Práticas de prevenção-promoção à saúde</b>	<b>HiperDia ativo-</b> Proporcionar o enfrentamento saudável da doença.	Minimizar as patologias secundárias relacionadas à hipertensão.	- Ênfase no grupo operativo Hipertensão e Diabetes. - Protocolo de abordagem do portador de Hipertensão.	<b>Organizacional:</b> conseguir o espaço físico na escola para elaboração do G.O. <b>Econômico:</b> recursos audiovisuais. <b>Cognitivo:</b> capacitação de toda a equipe. <b>Políticos:</b> obter um tempo pré determinado semanalmente do grupo.
<b>Capacitação profissional</b>	<b>Reproduzir conhecimento</b> – Complementar a informação da equipe sobre o problema.	Toda a equipe tenha conhecimento pleno da patologia.	-Disponibilização de material para estudo. -Encontros de formação mensal.	<b>Organizacional:</b> espaço físico para encontros. <b>Econômico:</b> pessoal capacitado para ministrar os encontros. <b>Cognitivo:</b> estratégias pedagógicas para elaboração dos encontros. <b>Político:</b> parceria com a gestão para disponibilização do horário para os encontros.
<b>Estilo de Vida/ Hábitos Alimentares</b>	<b>Enfrentamento Saudável- HIPERTENSÃO!</b> Mudança da concepção cultural sobre a doença.	Mobilizar a população portadora da doença sobre os hábitos alimentares saudáveis e regulares.	- Realizar campanhas educativas.	<b>Organizacional:</b> organização da agenda e do espaço dentro da unidade (cartazes). <b>Econômico:</b> recursos para disponibilização dos profissionais capacitados. <b>Cognitivo:</b> conhecimento e adequação da linguagem para atingir os idosos. <b>Político:</b> articulação intersetorial.

<b>Uso correto da terapia medicamentos a</b>	<b>Medicamento: integração na rotina</b> – Incorporar a medicação como rotina.	Mobilizar a população sobre a importância do uso correto da medicação.	- Realizar campanhas educativas. - Incentivar a população.	<b>Organizacional:</b> estabelecer um momento de incentivo (na entrega da medicação/ visitas domiciliares/ acolhimento). <b>Econômico:</b> farmácia completa com todos os medicamentos básicos. <b>Cognitivo:</b> profissionais capacitados para orientação ao usuário. <b>Político:</b> articulação intersetorial.
--	--	--	---	--

A partir de então, foram analisados os recursos críticos, na identificação dos atores que controlam estes recursos bem como seus posicionamentos na elaboração das estratégias de ação:

Operação/ Projeto	Recursos Críticos	Ator que controla	Motivação	Ações Estratégicas
<b>HiperDia ativo</b>	<b>Econômico:</b> recursos áudio-visuais. <b>Políticos:</b> obter um tempo pré determinado semanalmente do grupo.	Secretaria de Saúde/ Escola	Desejável	Apresentar o projeto
<b>Reproduzir conhecimento</b>	<b>Econômico:</b> pessoal capacitado para ministrar os encontros. <b>Cognitivo:</b> estratégias pedagógicas para elaboração dos encontros.	Secretaria de Saúde	Desejável	Apresentar o projeto
<b>Enfrentamento Saudável: HIPERTENSÃO</b>	<b>Organizacional:</b> organização da agenda e do espaço dentro da unidade (cartazes). <b>Político:</b> articulação intersetorial.	Secretária de Saúde	Desejável	Apresentar o projeto

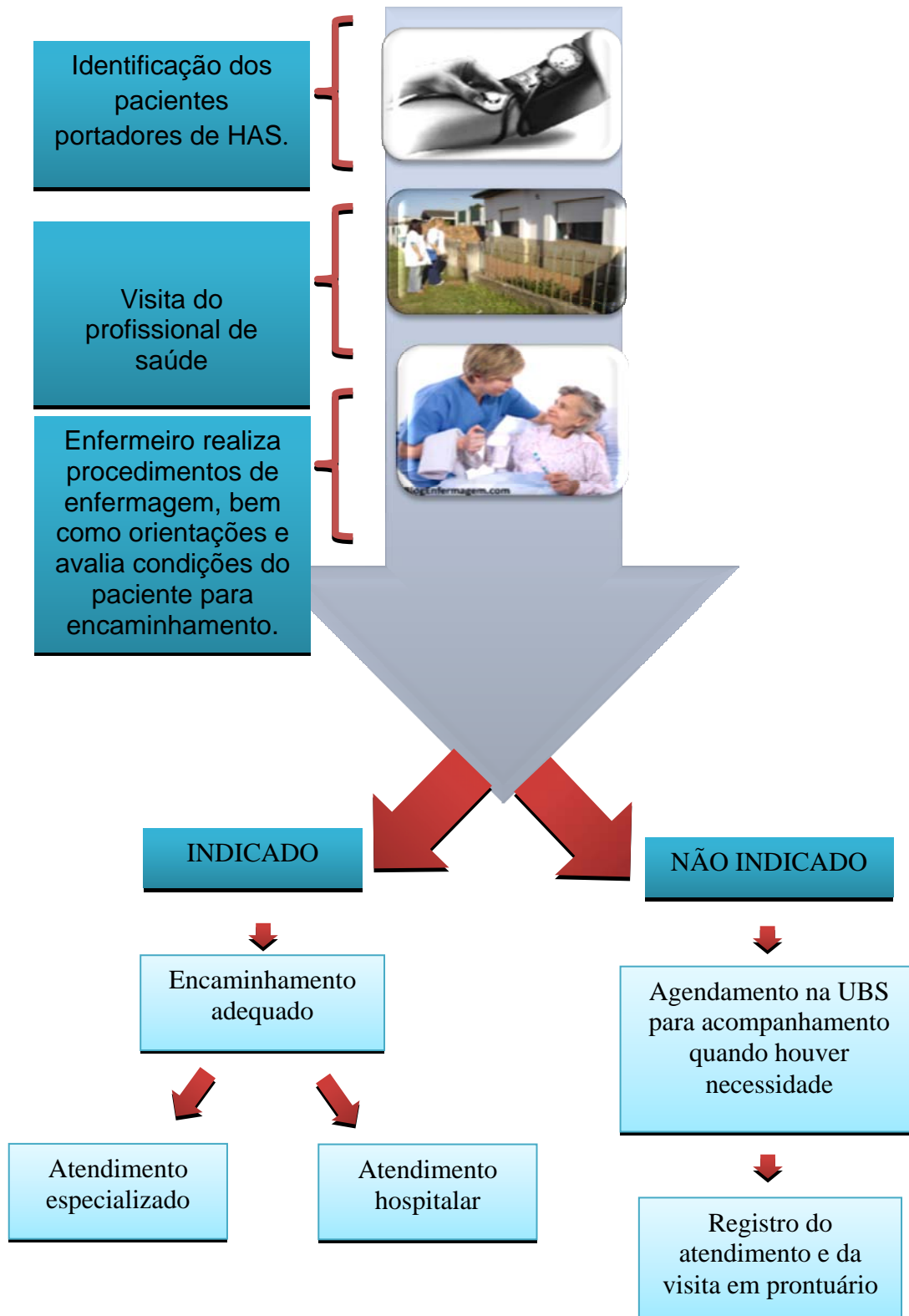
<b>Medicamento:</b> <b>integração na rotina</b>	<b>Organizacional:</b> estabelecer um momento de incentivo (na entrega da medicação/ visitas domiciliares/ acolhimento). <b>Político:</b> articulação intersetorial.	Secretária de Saúde	Desejável	Apresentar o projeto
--	---	---------------------	-----------	----------------------

Foi realizado também um plano operativo, sendo:

<b>Operação/ Projeto</b>	<b>Resultados</b>	<b>Produtos</b>	<b>Ações Estratégicas</b>	<b>Responsáveis</b>	<b>Prazos</b>
<b>HiperDia ativo</b>	Minimização das patologias secundárias relacionadas a hipertensão.	- Ênfase no grupo operativo Hipertensão e Diabetes. - Protocolo de abordagem do portador de Hipertensão.	Apresentação de Projeto	Kênia e Angela	
<b>Reproduzir conhecimento</b>	Toda a equipe tenha conhecimento pleno da patologia.	-Disponibilização de material para estudo. -Encontros de formação mensal.	Apresentação de Projeto	Nezimar e Simone	
<b>Enfrentamento Saudável: HIPERTENSÃO</b>	Mobilização da população portadora da doença sobre os hábitos alimentares saudáveis e regulares.	- Campanhas educativas realizadas	Apresentação de Projeto	Kênia e Ângela	
<b>Medicamento: integração na rotina</b>	Mobilização da população sobre a importância do uso correto da medicação.	- Campanhas educativas realizadas. - População mobilizada	Apresentação de Projeto	Mônica	

Diante da elaboração das estratégias, a fim de construir o modelo de gestão para adequação dos projetos, foi possível concluir e acompanhar o processo em sua integralidade.

Figura 1- Fluxograma do atendimento a domicílio a pacientes portadores de HAS, da UBS Vale Bom Jesus.



## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A revisão da literatura e as evidências identificadas sobre a visita domiciliar vieram reforçar a importância desta proposta de intervenção elaborada com a participação da equipe da UBS.

A visita domiciliar é uma atividade que aproxima os profissionais de saúde a estrutura familiar, mesmo que atenda indivíduos isolados da família.

Existe uma lógica que acompanha toda a política de saúde e o processo da visita domiciliar, mas são as pessoas que dão mobilidade tirando-a da lógica instituída, trazendo para a equipe as necessidades e os desejos que são individuais ou coletivos.

Muitos foram os aspectos importantes que o estudo nos permitiu deixar para reflexão:

- O tempo dispendido na VD é muito pouco para dar conta de um discurso e de uma ação que demanda tempo.
- As visitas não se instituem como espaço de promoção da saúde como o proposto para as ações desenvolvidas na ESF. Esta ação está no cronograma, mas a visita domiciliar é feita mais para intervenção que envolvem sinais e sintomas de doenças, critérios que podem ser elegíveis previamente ou que se instalam durante o encontro da equipe de saúde com a família.
- Importância da manutenção de um programa de educação permanente para os profissionais e ACS para estar sempre revitalizando os conhecimentos e assim não deixar esta atividade cair numa rotina burocrática do serviço de saúde.

Mergulhar no espaço das visitas é trabalhar com as doenças sentidas pelas pessoas e com as relações existentes ou a ser construídas entre a família e a equipe de saúde. É entender como os componentes das famílias se “movimentam” no micro e



no macro espaço, é virar mãe, ser psicólogo, ser faxineira, ser cozinheira, ou seja, é se prestar a ajudar aquela família. Isto porque, às vezes, o que incomoda as pessoas de uma família não é a hipertensão arterial, mas a solidão de quem mora sozinha ou a falta de dinheiro para comprar comida ou medicamento.

A visita domiciliar deve integrar as redes de cuidados que são criadas a partir do indivíduo, ampliando-se para a comunidade fazendo com que a equipe se articule com a Defesa Civil (enchentes); pontos de droga (polícia); problemas gerais e ambientais (associação de moradores e a prefeitura); a Vigilância Sanitária e Epidemiológica, entre outros.

A visita domiciliar pode passar de simplesmente uma visita para um atendimento domiciliar (Home care) se isso beneficiar as pessoas envolvidas num determinado momento, pode ser ainda o espaço de intervenção na busca de leito para internação e de transporte para o encaminhamento dos clientes; além de suas ações serem de acompanhamento, suporte e orientação de seus beneficiários – indivíduo e comunidade.

Conclui-se que, mesmo atendendo a indivíduos isolados, a equipe de saúde conhece a família deste indivíduo e acredita que ao tentar manter o quadro da doença estável estão promovendo algo de benéfico para a família. E que o foco da doença de uma pessoa é a base para que se trabalhem as orientações para se alcançar a Prevenção de Doenças e gerar estruturas que favoreçam a Promoção da Saúde.

A visita domiciliar ainda não é uma ação de promoção da saúde, mas tem sido um indutor de ações que futuramente poderão favorecer a equipe saúde da família a trabalhar como a promoção da saúde.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. Brasília: Ministério da Saúde, 1997. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd09\\_16.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd09_16.pdf)>.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 2488 de 21 outubro de 2011**. Aprova a política Nacional da Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a estratégia Saúde da Família (ESF) e Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). DOU de 22 de out. de 2011a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 2.029 de 24 de Agosto de 2011**. [Institui a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde]. Brasília: Ministério da Saúde, 2011b. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saude/legis/gm/2011/prt2029\\_24\\_08\\_2011.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saude/legis/gm/2011/prt2029_24_08_2011.html)>.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderno de Atenção Básica: Hipertensão Arterial Sistêmica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

CUNHA, M. S.; SÁ, M. C. A visita domiciliar a estratégia saúde da família: desafios de se mover no território. **Interface. Comunic., Saúde. Educ.** v.17, n. 44, p. 61-77, jan/mar, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v17n44/a06v17n44.pdf>>.

EGRY, E.Y.; FONSECA, R.M.G.S. A família, a visita domiciliária e a enfermagem: revisitando o processo de trabalho da enfermagem em saúde coletiva. **Rev. Esc. Enf. USP**, v. 34, n.3, p. 233-9, set. 2000.

GAIVA, M. A. M.; SIQUEIRA, V. C. A. A prática da visita domiciliária pelos profissionais da estratégia saúde da família. **Cienc. Cuid. Saúde**. v. 10, n. 4, p. 64-704, 2011.

GUEDES, N. G.; MOREIRA, R. P.; CAVALCANTE, T. F.; ARAUJO, T. L.; LOPES, M. V. O.; XIMENES, L. B.; VIEIRA, N. F. C. Intervenções de enfermagem relacionadas à promoção da saúde em portadores de hipertensão. **Acta Paul Enferm.** São Paulo, v.25, n.1, p.151-156, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v25n1/v25n1a26.pdf>>.

LANDIM, M. P.; OLIVEIRA, C. J.; ABREU, R. N. D. C.; MOREIRA, T. M. M.; VASCONCELOS, S.M. Adesão ao tratamento farmacológico anti-hipertensivo por

pacientes de Unidade da estratégia saúde da família. **Rev. APS**. Online, v.14, n.2, p.132-138, abr./jun. 2011. Disponível em: <<http://www.aps.ufjf.br/index.php/aps>>.

PEREIRA, M. R.; COUTINHO, M. S. S. A.; FREITAS, P.; D'ORSI, E.; BERNARDI, A.; HASS, R. Prevalência, conhecimento, tratamento e controle de hipertensão arterial sistêmica na população adulta urbana de Tubarão, Santa Catarina, Brasil, em 2003. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 23, n.10, p.2363-2374, out. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/csp/v23n10/11.pdf>>.

PIERIN A. M.; GUSMÃO, J. L.; CARVALHO, L.V. A falta de adesão ao tratamento como fator de risco para hipertensão arterial. **Hipertensão**. v.7, p.100-103, 2004.

RABETTI, A. C.; FREITAS, S. F. T. Avaliação das ações em hipertensão arterial sistêmica na atenção básica. **Rev Saúde Pública**. São Paulo, v.45, n.2, p.258-268, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v45n2/2141.pdf>>.

RADOVANOVIC, C. A. T.; CECILIO, H. P. M.; MARCON, S. Avaliação estrutural, desenvolvimental e funcional da família de indivíduos com hipertensão arterial. **Rev Gaúcha Enferm**. Rio Grande do Sul, v.34, n.1, p.45-54, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v34n1/06.pdf>>.

SANTOS, Z. M. S. A.; CAETANO, J. A.; MOREIRA, F. G. A. Atuação dos pais na prevenção da hipertensão arterial: uma tecnologia educativa em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v.16, n.11, p.4385-4394, nov. 2011. Disponível em: <[www.scielo.br/pdf/csc/v16n11/a11v16n11.pdf](http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n11/a11v16n11.pdf)>.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Revista Brasileira de Hipertensão**. Online, v.17, n.1, p.1-69, jan./mar. 2010. Disponível em: <[http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2010/Diretriz\\_hipertensao\\_associados.pdf](http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2010/Diretriz_hipertensao_associados.pdf)>.

TACON, K. C. B.; PEREIRA, S. A.; SANTOS, H. C. O.; CASTRO, E. C.; AMARAL, W. N. Perfil epidemiológico da hipertensão arterial sistêmica em pacientes atendidos em uma instituição de ensino superior. **Rev Bras Clin Med**. São Paulo, v.10, n.03, p.189-193, mai./jun. 2012. Disponível em: <<http://www.sbcm.org.br/site/>>.

VITOR, A. F.; MONTEIRO, F. P. M.; MORAIS, H. C. C.; VASCONCELOS, J. D. P.; LOPES, M. V. O.; ARAÚJO, T. Perfil das condições de seguimento terapêutico em portadores de hipertensão arterial. **Esc Anna Nery (impr.)**. Rio de Janeiro, v.15, n.2, p.251-260, abr./jun. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v15n2/v15n2a06.pdf>>.