

UNIVERSIDADE FEDERAL E MINAS GERAIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ESTRATEGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

MARLENE DEL CARMEN GARCÍA LÓPEZ

**INTERVENÇÃO SOBRE A HIPERTENSÃO ARTERIAL EM ADULTOS
ADSCRITOS À EQUIPE DE SAÚDE DE PLANALTO 1 EM DIVINOPOLIS/MG**

DIVINOPOLIS- MG

2016

MARLENE DEL CARMEN GARCÍA LÓPEZ

**INTERVENÇÃO SOBRE A HIPERTENSÃO ARTERIAL EM ADULTOS
ADSCRITOS À EQUIPE DE SAUDE DE PLANALTO 1 EM DIVINOPOLIS/MG**

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

Orientadora: Prof.^a Virgiane Barbosa de Lima

DIVINÓPOLIS – MG

2016

MARLENE DEL CARMEN GARCÍA LÓPEZ

**INTERVENÇÃO SOBRE A HIPERTENSÃO ARTERIAL EM ADULTOS
ADSCRITOS À EQUIPE DE SAUDE DE PLANALTO 1 EM DIVINOPOLIS/MG**

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

Orientadora: Virgiane Barbosa de Lima

Banca Examinadora:

Prof.^a Virgiane Barbosa de Lima (orientadora)

Prof. Fernanda Magalhães Duarte Rocha

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus e à minha família

RESUMO

A Equipe de Saúde da Família Planalto 1 em Divinópolis /MG é responsável por 4072 usuários adscritos ao território da equipe sendo que parte significativa dos adultos são portadores de HAS. Para melhorar as condições de vida dos hipertensos, elaborou-se esta proposta de intervenção, estimulando a adesão às medidas farmacológicas e não farmacológicas. Este trabalho foi proposto após a realização do diagnóstico situacional e pelo levantamento dos principais problemas de saúde existentes na área de abrangência. Foram planejadas ações em saúde, através do método de Planejamento Estratégico Situacional (PES) e com as informações que até o momento estão no cadastro e registros da equipe, consulta médica e convivência com os pacientes durante as visitas domiciliares e fichas A. O método da Estimativa Rápida Participativa permitiu conhecer as condições de vida da população do território da equipe Planalto1, suas características e ambiente onde vivem e da maneira como se distribui no território. Os nós críticos identificados foram: Falta de adesão aos medicamentos; Hábitos alimentares inadequados; Falta de conhecimentos sobre o problema e Falta de processo de trabalho adequado ao problema. Para seu sucesso, esta intervenção necessita da participação da equipe multidisciplinar, contribuindo com a melhoria dos níveis pressóricos e a qualidade de vida dos hipertensos.

Palavras Chave: Hipertensão Arterial Sistêmica. Adesão. Hábitos de vida.

ABSTRACT

The Family Health Team Plateau 1 in Divinópolis / MG is responsible for 4072 users ascribed to the territory of staff and a significant part of adults are carriers of SAH. To improve the living conditions of hypertension, was drawn up this proposal for intervention, encouraging adherence to pharmacological and non-pharmacological measures. This work was proposed after the completion of the situation analysis and the survey of the main health issues in the coverage area. health actions were planned, using the method of Situational Strategic Planning (PES) and with the information that so far are in the register and team records, medical consultation and interaction with patients during home visits and chips A. The method of Flash estimate Participative allowed to know the living conditions of the territory of Planalto1 staff population, its characteristics and environment where they live and how it is distributed in the territory. The identified critical nodes were: Lack of adherence to medicines; poor eating habits; Lack of knowledge about the problem and lack of appropriate work process to the problem. For its success, this intervention requires the participation of a multidisciplinary team, contributing to the improvement of blood pressure levels and the quality of life of hypertensive patients.

Keywords : Hypertension . Accession. Habits of life.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 – Priorização dos principais problemas do território da equipe Planalto 1 em Divinópolis/MG

Quadro 2 – Desenho de operações para os nós críticos da alta prevalência de pacientes portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica(HAS) no território da equipe Planalto 1/Divinópolis/MG.....

Quadro 3 – Identificação dos recursos críticos da alta prevalência de pacientes portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica(HAS) no território da equipe Planalto 1/Divinópolis/MG.....

Quadro 4 – - Análise de viabilidade do plano alta prevalência de pacientes portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica(HAS) no território da equipe Planalto 1/Divinópolis/MG

.....

Quadro 5 – Plano Operativo para o problema alta prevalência de pacientes portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica(HAS) no território da equipe Planalto em Divinópolis /MG.....

Quadro 6 – Gestão do plano para o problema alta prevalência de pacientes portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica(HAS) no território da equipe Planalto 1/Divinópolis/MG

.....

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	9
2 JUSTIFICATIVA	13
3 OBJETIVO	14
4 MÉTODO	15
5 REVISÃO DE LITERATURA	16
6 PLANO DE AÇÃO	20
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	27
REFERÊNCIAS	28

1 INTRODUÇÃO

Divinópolis é um município brasileiro, localizado no Centro-Oeste do estado de Minas Gerais ocupando 708,115 desta área, onde vive uma população estimada no ano de 2015 de 230.848 habitantes (IBGE, 2016). Seus municípios limítrofes de acordo com o portal da prefeitura de Divinópolis são os municípios de Nova Serrana, Perdigoão, Cláudio, São Gonçalo do Pará, Carmo do Cajuru, São Sebastião do Oeste e Santo Antônio do Monte (PREFEITURA DE DIVINÓPOLIS, 2016).

O divinopolitano conta sua história como uma cidade centenária, conhecida por cidade do Divino e que surgiu há aproximadamente duzentos anos inicialmente habitada por índios da etnia Candidés e colonizada primeiramente por povos que fugiam de perseguição política. Após anistias se organizaram e construíram a capela do Divino espírito Santo e São Francisco de Paula que em seu entorno cresceu o arraial que foi impulsionado pela construção da linha férrea até a cidade de Oliveira, cuja estação ferroviária recebeu o nome de Henrique Galvão, nome também dado ao futuro e atual município de Divinópolis (IBGE, 2016).

Divinópolis é banhada pelos Rios Itapecerica e Pará, os quais contribuíram com o seu desenvolvimento inicial e atualmente a cidade assume grande importância para a economia mineira e destacando-se no setor de vestuário, siderurgia/metalurgia e logística na região. A “Princesinha do Oeste” é ainda uma importante cidade universitária e é conhecida por suas festas e eventos diversos durante todo o ano, oferecendo progresso e oportunidades para sua população (PREFEITURA DE DIVINÓPOLIS, 2016).

Ainda de acordo com a Prefeitura do município e secretaria de saúde de Divinópolis, como recursos para a saúde, o município é sede da macrorregião oeste e microrregião de Divinópolis, além de referência para exames e consultas de média complexidade, abrigando a sede da Gerência Regional de Saúde – GRS. Contribuindo com a atenção básica, estão implantadas 18 unidades de Equipe de Saúde da Família (ESF) responsáveis por cerca de 30% de cobertura da população divinopolitana. No ano de 2009, já existiam 02 Programas de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e 15 Centros de saúde convencionais; 01 Unidade de Pronto Atendimento Central (UPA) na região central da cidade, 01 laboratório central; 01 central de abastecimento farmacêutica; 01 policlínica; 01 Serviço de Atenção Especializada (SAE); 01 Centro de Especialidades Odontológicas (CEO); 01 Serviço de Referência em Saúde Mental (SERSAM); 01 Centro de Atenção Psicossocial (CAPS); 01 hospital

psiquiátrico; 01 Hospital do Câncer – Associação de Combate ao Câncer do Centro-Oeste de Minas (ACCCOM); 01 Centro Regional de Reabilitação (CRER); 03 hospitais particulares e 01 hospital filantrópico que presta atendimento pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

A Unidade Básica de Saúde(UBS) onde trabalha a equipe de saúde da família Planalto1 pertencente ao município de Divinópolis e fica localizada na rua João Moreira, nº 70 no bairro Planalto e próximo do centro da cidade de Divinópolis, sendo também um local de fácil acesso para os usuários que vivem no seu território. Nele vivem pessoas que de acordo com os registros da equipe, aparentemente possuem baixo índice de pobreza ou boa situação social e nível de alfabetização fundamental completo. De acordo com os registros da UBS a equipe Planalto1 é responsável por 4072 usuários e grande parte da população adscrita revela-se idosa. A comunidade do bairro Planalto 1 possui recursos como: igreja, escolas, farmácias, supermercados e creches e usufrui de serviços como luz elétrica, água, telefonia e internet. Por observação ativa, pode-se descrever que a população possui como a principal fonte econômica a agricultura, comércio, confecções, dentre outros. No território se observou ainda animais soltos pela rua, escolas e atividades de artesanato que funciona numa igreja do bairro.

O processo de trabalho da equipe até o ano de 2015 esteve voltado para o modelo tradicional de saúde e recentemente vem sendo adequado à Estratégia em Saúde da Família(ESF), que é considerado ponto positivo para as atividades de prevenção e promoção da saúde. Os casos urgentes atendidos na equipe Planalto 1, são acolhidos pela equipe e em seguida o paciente são encaminhados para a UPA da cidade, já os exames clínicos são coletados na unidade e encaminhados para o laboratório central da cidade sem demora significativa para o retorno de resultados. Outros recursos positivos que contribuem com o processo de trabalho é o trabalho complementar do Núcleo de Apoio à Saúde da Família(NASF) que auxiliam no acompanhamento e nas visitas domiciliares sempre que necessário, o Centro de Atenção Psicossocial(CAPS) que presta atendimento ou realiza encaminhamentos aos casos mais graves relacionados à saúde mental atendidos pelos profissionais da equipe e psicólogo que trabalham na UBS. Além disso, existem outras situações que contribuem com o serviço prestado para os usuários, como a agenda adequada ao atendimento das doenças crônicas e agudas, organizando 4 vagas diárias para urgências bem como para os hipertensos cadastrados que agendam consulta de acompanhamento, os grupos operativos de tabagismo, hipertensão e diabetes uma vez por semana, a boa infraestrutura da UBS, grupos desenvolvidos dentro da unidade como os grupos de tabagismo,

de idosos e HIPERDIA. Outras situações que favorecem o processo de trabalho estão relacionadas ao bom trabalho e criatividade da equipe, que além de responsável é bastante comprometida com a população, As reuniões de equipe destinadas ao planejamento dos trabalhos da semana e o trabalho dos ACS.

Por outro lado, o processo de trabalho da equipe Planalto 1 não se sustenta muito bem pela falta do prontuário eletrônico, em algumas ocasiões a demora da avaliação de pacientes por especialistas e a falta de contra - referencia por parte dos especialistas, a fragmentação da equipe dada pela falta de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) responsáveis pelo cadastrando da população adscrita além de fazer o elo entre a equipe e os usuários, as visita domiciliares somente para acamados e doentes crônicos pelo fato do cadastro das famílias encontrar-se em construção, a demanda espontânea, a falta de transporte para os graves ou outras necessidades da equipe, onde o mesmo existe apenas para o atendimento de urgências e uma parte da população sem a devida atenção dos profissionais da equipe pelo fato de ainda não se encontrarem cadastrados.

Trabalho como médica da equipe Planalto 1 em Divinópolis /MG desde 04 de fevereiro 2014 após adesão ao Programa Mais Médicos para o Brasil (PMMB) que visa a formação médica e o provimento de profissionais para regiões brasileiras que se encontram com relativa vulnerabilidade, áreas de extrema pobreza, periferias das regiões metropolitanas, populações ribeirinhas e indígenas. Para participar do programa os profissionais são matriculados em um curso de formação e educação a distância através da supervisão de instituições de ensino reconhecidas no país. Assim, fui selecionada para realizar pós-graduação em saúde da família no Curso de Especialização Estratégia em Saúde da Família (CEESF) ofertado pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) em parceria com a Universidade Aberta do SUS (UNA- SUS). Neste curso, a disciplina de planejamento e avaliação das ações em saúde que orienta os profissionais para a realização do diagnóstico situacional do território da equipe de saúde em que é responsável e posteriormente permite identificar e definir os problemas que se repetem com maior frequência no território. Para construir o diagnóstico situacional, foram consultados dados do Ministério da Saúde, nos registros da equipe Planalto, visitas domiciliares, consulta médica e os prontuários do paciente. Conhecendo a necessidade de enfrentamento dos problemas de saúde existentes no território que são o diabetes e a Hipertensão Arterial Sistêmica(HAS), onde muitos dos pacientes hipertensos ainda não se encontram cadastrados embora tenham acesso à consulta médica, porém até o momento não são acompanhados para o devido controle pela falta do

cadastro e conseqüentemente o planejamento das ações voltadas para este grupo de pacientes. Assim, a HAS foi selecionada para propor um plano de ação para promover melhoria da saúde para os hipertensos que procuram a assistência dos profissionais da equipe de forma indiscriminada, havendo sobreposição das receitas e conseqüente falta de adesão ao tratamento farmacológico e das medidas preventivas voltadas para o controle dos níveis pressóricos.

Para este trabalho a equipe pretende aumentar a adesão de pacientes adultos hipertensos ao tratamento através do levantamento dos principais fatores de risco que vem comprometendo a saúde dos hipertensos propondo atividades de educação em saúde relacionadas à importância do cumprimento diário do tratamento medicamentoso e não medicamentoso da hipertensão arterial na UBS. À medida que o cadastro dos usuários forem sendo concluídos, mesmo no atendimento às pessoas na demanda espontânea através desta intervenção serão proporcionadas a consulta médica e acompanhamento para todo o diagnóstico sinalizar para esta patologia. Para estimular a adesão aos tratamento os profissionais da equipe Planalto 1 pretendem associar os conhecimentos dos seus profissionais ao trabalho realizado no grupo HIPERDIA e dos profissionais o NASF como o nutricionista, educador físico e farmacêutico no sentido de informar sobre a doença, estimular a adesão aos medicamentos, sendo que devido a fragmentação da equipe no momento não se possa contar com o apoio dos ACS, que somaria seu serviço entre a equipe e a comunidade. Por isso, neste plano de ação, as ações estão voltadas para ações de círculo de cultura, palestras e rodas de conversas, visando a redução de suas complicações.

A Hipertensão Arterial Sistêmica é uma patologia que representa o principal fator de risco para as complicações cardiovasculares, acidente vascular cerebral e infarto agudo do miocárdio e doença renal crônica terminal. A doença sendo prevalente, acometendo crianças e adolescentes é um grave problema de saúde pública no Brasil e no mundo. O baixo controle e o curso da doença se deve em grande parte pelo fato de ser assintomático, sendo dificultado ou negligenciado o diagnóstico e tratamento que somado à baixa adesão ao tratamento prescrito pelo paciente resultando em alterações dos níveis pressóricos (BRASIL, 2006).

2 JUSTIFICATIVA

Este trabalho justifica-se pela alta prevalência de Hipertensão Arterial Sistêmica(HAS) no território da equipe Planalto 1 provocado pela exposição dos usuários a fatores de risco presentes na população (alto consumo de sal, obesidade, colesterol alto, tabagismo, sedentarismo, assim como a baixa adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso adequado, provocando assim as complicações e sequelas graves que podem limitar a qualidade de vida) e pelo processo de trabalho da equipe inadequado para abordar o problema.

A HAS é uma doença altamente prevalente e que apresenta baixas taxas de controle, sendo um importante fator de risco modificável, configurando um problema de saúde pública (VI DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO, 2010). Além disso, a doença é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial acometendo órgãos-alvo (coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos) e alterações metabólicas (BRANDAO et al, 2010).

3 OBJETIVO

Elaborar uma proposta de intervenção para controle da hipertensão arterial pelo estímulo à adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso entre hipertensos adscritos à Equipe de Saúde da Família Planalto1, em Divinópolis, Minas Gerais.

4 MÉTODOS

Esta intervenção possui o objetivo de propor medidas educativas individuais, coletivas e assistenciais para controle de fatores de risco, aos quais contribuem com alterações dos níveis pressóricos produzindo morbidades relacionadas à HAS e que reduzem a qualidade de vida entre usuários da equipe Planalto 1 em Divinópolis – MG.

Os dados utilizados foram buscados na secretaria municipal de saúde de Divinópolis, pela observação ativa do território da equipe Planalto 1, com fundamentação teórica na literatura encontrada nos sites Scientific Electronic Library Online (SciELO), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), além de edições do Ministério da Saúde e livros didáticos utilizados no CEESF. Os descritores utilizados foram: Hipertensão Arterial Sistêmica, adesão e hábitos de vida.

O método utilizado para a construção da proposta foi o método do Planejamento Estratégico Situacional (PES), sendo que a elaboração do plano de ação contou com os quatro momentos do planejamento interligados entre si: explicativo, normativo, estratégico e tático-operacional (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

5 REVISÃO DE LITERATURA

O Ministério da Saúde criou o Programa Saúde da Família (PSF) como uma estratégia de reorganização do modelo assistencial brasileiro, baseado na promoção, proteção, diagnóstico precoce, tratamento e recuperação da saúde, conforme os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde(SUS) havendo a reorganização da atenção à saúde, visando a substituição do modelo tradicional e proporcionar saúde o mais próximo possível do indivíduo, a família e a comunidade (SANTANA; CARMAGNANI, 2001). Para este trabalho, as equipes passaram ser constituídas de médico generalista, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e agentes comunitários de saúde, sendo que para proporcionar o serviço deve ter apoio de equipe multidisciplinar (RIBEIRO; PIRES; BLANK, 2004).

A equipe de saúde deve estar preparada, pois como agentes, estão envolvidos nas relações entre o objeto, instrumentos e atividades e ainda no processo de divisão do trabalho. Assim, cada agente executando atividades relativas à sua área profissional é capaz de provocar a transformação de um objeto em um produto cumprindo sua finalidade pretendida através daquele trabalho específico (PEDUZZI, 2001). Para seu trabalho na unidade básica de saúde (UBS), a equipe necessita conhecer o estilo de vida do usuário e o relacionar com o cuidado a ser proporcionado (TEIXEIRA et al, 2006). Posteriormente, deve ser realizado o planejamento e a organização das ações de saúde, com prévio cadastramento das famílias da área de abrangência, considerando-se os indicadores epidemiológicos e socioeconômicos. Demais informações, encontradas no momento do cadastramento das famílias devem ser somadas as fontes de informações como o IBGE, cartórios e secretarias de saúde para propiciar melhor identificação do território valorizando as fontes qualitativas e de informações da própria comunidade (BRASIL, 1997).

Para que os atores sociais possam exercer este trabalho, deve adotar um modelo envolvendo uma equipe de saúde da família de caráter multiprofissional(composta basicamente por médico generalista, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e agente comunitário de saúde) que,

[...]trabalha com definição de território de abrangência, adscrição de clientela, cadastramento e acompanhamento da população residente na área. Pretende-se que a unidade de saúde da família constitua a porta de entrada ao sistema local e o primeiro nível de atenção, o que supõe a integração à rede de serviços mais complexos. Recomenda-se que cada equipe fique responsável por entre 600 e 1 000 famílias (2 400 a 4 500 habitantes). A equipe deve conhecer as famílias do seu território de abrangência, identificar os problemas de saúde e as situações de risco existentes na comunidade, elaborar um programa de atividades para enfrentar os determinantes do processo saúde/doença, desenvolver ações educativas e intersetoriais relacionadas com os problemas de saúde identificados e prestar

assistência integral às famílias sob sua responsabilidade no âmbito da atenção básica (SCOREL et al, 2007).

Em relação ao trabalho da equipe voltado para a formas de vidas dos clientes sob sua responsabilidade na unidade básica de saúde, conhecer melhor o estilo de vida do usuário é de fundamental importância para direcionar o cuidado em saúde. Assim, o “conceito de estilo de vida passou a ser adotado para explicar a ocorrência de agravos à saúde, nos quais o modo de vida do sujeito tem um papel importante. Assim para determinados autores, a doença pode resultar de formas pouco “saudáveis” de viver”(LESSA, 1988 apud TEIXEIRA et al, 2006, p. 379).

De acordo com Machado; Stipp; Leite (2005) no Brasil, as doenças crônico-degenerativas são as principais causas básicas de morbimortalidade estando diretamente relacionadas ao novo perfil da população, particularmente quando relacionado ao envelhecimento progressivo, resultando na maior necessidade de ações preventivas e educacionais para proporcionar melhorias nos hábitos e a qualidade de vida da clientela adscrita ao território. Para as autoras, diante da falta de um diagnóstico precoce,

[...]a melhor forma de combate à hipertensão arterial e conseqüentemente as coronariopatias é a intervenção primária, com modificações no estilo de vida (realização de exercícios físicos, novos hábitos alimentares, entre outros) e a reeducação do paciente, que necessita compreender seu estado de saúde(MACHADO; STIPP; LEITE, 2005).

O estilo de vida de uma pessoa está relacionado ao seu contexto social, fisiopatológicos, que associados à emoção, onde condições corporais afetam a mente e vice-versa, num processo complexo e relacionado com o meio onde vive este indivíduo(TEIXEIRA et al, 2006).

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é uma doença cardiovascular e a mais frequente entre estas doenças, sendo ainda o principal fator de risco para o acidente vascular cerebral e infarto agudo do miocárdio e doença renal crônica terminal. Como um significativo problema grave de saúde pública no Brasil, possui curso assintomático e por isso muitas vezes com diagnóstico e tratamento muitas vezes negligenciado, apresenta baixa adesão ao tratamento prescrito, mesmo diante de ferramentas como os protocolos existentes, recomendações e acesso à medicamentos (BRASIL, 2006). O mesmo caderno considera que as

[...] as modificações de estilo de vida são de fundamental importância no processo terapêutico e na prevenção da hipertensão. Alimentação adequada, sobretudo quanto ao consumo de sal, controle do peso, prática de atividade física, tabagismo e uso excessivo de álcool são fatores de risco que devem ser adequadamente abordados e controlados, sem o que, mesmo doses progressivas de medicamentos não resultarão alcançar os níveis recomendados de pressão arterial. Apesar dessas evidências, hoje, incontestáveis, esses fatores relacionados a hábitos e estilos de vida continuam a crescer na sociedade levando a um aumento contínuo da incidência e prevalência da HAS, assim como do seu controle inadequado. Apesar da importância da abordagem individual, cada vez mais se comprova a necessidade da abordagem coletiva para se obter resultados mais consistentes e duradouros dos fatores que levam a hipertensão arterial (BRASIL, 2006, p.7).

Na promoção de mudanças no estilo de vida são recomendadas na prevenção primária da HAS, destaca-se estes recursos para os indivíduos com PA limítrofe, propondo-se hábitos saudáveis de vida desde a infância e adolescência, respeitando-se as características regionais, culturais, sociais e econômicas dos indivíduos (VI DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO, 2010). Como estratégias a serem propostas no tratamento não farmacológico da HAS podem ser considerados o controle de peso, adoção de hábitos alimentares saudáveis, redução do consumo de bebidas alcoólicas, abandono do tabagismo e a prática de atividade física regular (BRASIL, 2006). As medidas não farmacológicas visam a melhorias na qualidade de vida, através da redução dos,

[...] níveis pressóricos para valores inferiores a 140 mmHg de pressão sistólica e a 90 mmHg de pressão diastólica. Reduções da PA para níveis inferiores a 130/85 mmHg são recomendadas para situações específicas, como em pacientes de alto risco cardiovascular, principalmente com microalbuminúria, insuficiência cardíaca, com comprometimento renal e na prevenção secundária de acidente vascular cerebral. Nos pacientes com diabetes a pressão alvo é inferior a 130/80 mmHg (BRASIL, 2006, p. 28).

Por outro lado, embora não deva ser considerado isolado das medidas anteriores, está a importância do tratamento medicamentoso, representado pelos anti hipertensivo, cujo principal objetivo é a redução da morbidade e da mortalidade cardiovasculares do hipertenso, pela redução dos altos níveis tensionais e da taxa de eventos morbidos cardiovasculares fatais ou não (KOHLMANN JÚNIOR, 1999). De acordo com os mesmos autores sobre a pressão arterial,

[...] o tratamento medicamentoso visa a reduzir os níveis de pressão para valores inferiores a 140 mmHg de pressão sistólica e a 90 mmHg de pressão diastólica, respeitando-se as características individuais, a co morbidade e a qualidade de vida dos pacientes. Reduções da pressão para níveis inferiores a 130/85 mmHg podem ser úteis em situações específicas, como em pacientes com nefropatia proteinúrica e na prevenção de acidente vascular cerebral (KOHLMANN JÚNIOR, 1999, p. 270).

A adesão ao tratamento da hipertensão, pode ser dificultada pelo seu curso assintomático, ou pelo fato de grande parte dos pacientes desconhecer se possui ou não a doença e somente passa a conhecer o problema no momento em que são vítimas de sua complicação como por exemplo o infarto, aneurisma e insuficiência renal (SANTOS; LIMA, 2008). Os autores defendem que o surgimento da HAS está condicionado,

[...]intimamente relacionado aos fatores de risco constitucionais – idade, sexo, raça/cor e história familiar –, a prevenção ou postergação da HAS pode ser obtida através da eliminação ou controle dos fatores de risco ambientais – sedentarismo, sobrepeso/obesidade, consumo de alimentos insalubres (excesso de sal, gordura animal, preferência por carboidratos simples e complexos, ingestão diária acima de 100ml de café ou de bebidas que contém cafeína, uso abusivo de álcool, estresse não gerenciado e tabagismo), adotando-se estilo de vida saudável que, por sua vez, inclui a prática regular de exercício físico; o controle do peso, a alimentação saudável, consumo moderado de álcool, a abolição do hábito do tabagismo e o gerenciamento do estresse(SANTOS; SILVA, 3003 apud SANTOS; LIMA, 2008, p. 91).

A HAS é uma doença que doença que, “por não apresentar cura, exige tratamento adequado e para a vida inteira, a fim de se obter o controle da pressão arterial, a redução na incidência ou retardo na ocorrência de complicações cardiovasculares e a melhoria da qualidade de vida do portador”(FIGUEIREDO; ASAKURA, 2010, p. 784).

6 PLANO DE AÇÃO

Para ser possível intervir sobre a situação de saúde de um território, primeiramente é necessária a elaboração do diagnóstico situacional, que proporciona aos atores sociais avaliarem as principais características epidemiológicas da população de uma determinada área de abrangência. Neste sentido, utilizou-se o método da Estimativa Rápida, onde se reconheceu as condições de vida da população daquela área, características e ambiente onde vivem as pessoas e sua distribuição, permitindo verificar as necessidades de saúde dos usuários, levantando-se os problemas que afetam a população. Assim a equipe Planalto 1 em Divinópolis/MG, selecionou os principais problemas que a população enfrenta. Devido ao grande número de problemas, e por questões de governabilidade a equipe não poderia resolvê-los ao mesmo tempo e assim foram priorizados e realizada a análise da capacidade de enfrentamento pela equipe, importância e urgência de se enfrentar aquele problema.

Para Campos; Faria; Santos (2010), após identificados os problemas de determinada área de abrangência devem ser categorizados os problemas como intermediários ou terminais, sendo estes os vivenciados diretamente pelos usuários.

Quadro1 - Priorização dos principais problemas do território da equipe Planalto 1 em Divinópolis/MG

Priorização dos principais problemas do território da equipe Planalto 1				
Principais Problemas	Importância	Urgência	Capacidade de enfrentamento	Seleção
Alta prevalência de pacientes portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica(HAS)	Alta	4	Dentro	1
Elevada incidência do diabetes	Alta	3	Parcial	5
Ansiedade, depressão	Alta	2	Parcial	3
Doenças infecciosas	Alta	1	Fora	4

No território da equipe Planalto 1 a hipertensão arterial vem sendo diagnosticada com frequência durante a rotina de trabalho dos profissionais. Estando a equipe em fase de formação e a falta do cadastro dos usuários sob sua responsabilidade, percebeu-se que o processo de trabalho da equipe encontra-se insuficiente para acompanhar os hipertensos que vivem no território. Na UBS, a equipe vem limitando-se ao atendimento das consultas que muitas vezes se acumulam em demanda espontânea. Até o momento, os profissionais procuram acolher os usuários e o diagnóstico é realizado, reuniões de grupo são

oferecidas(HIPERDIA), mas o que se observa é que embora palestras e aconselhamentos sejam disponibilizados, os acometidos procuram por consulta médica e constantes pedidos de novos medicamentos, sobrepondo as receitas, resultando no uso irracional de medicamentos. Percebe-se as alterações dos níveis pressóricos dos mesmos pacientes sempre que se consulta o prontuário ou mesmo quando aferida a pressão arterial, verificando-se o constante convívio com a hipertensão e em alguns casos hipertensos com morbidade elevada, demandando especialidades. Por outro lado, durante a entrevista/anamnese, é possível perceber que os hábitos de vida geralmente estão associados aos relatos de dieta inadequada, falta de atividade física, e de informações sobre a hipertensão e os riscos relativos. Observando os registros da equipe que foram produzidos até o momento os dados que são lançados no Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB), e pela observação ativa do território, a hipertensão é o problema de saúde que a equipe enfrenta estando a baixa adesão aos tratamentos farmacológico e não farmacológico e o acompanhamento insuficiente do usuário contribuindo com as dificuldades de transformação de hábitos. Diante do problema, selecionou-se os nós críticos que acabam impedindo o controle da doença, que são:

- 1- Hábitos de vida inadequados para auxiliar no controle da doença;
- 2- Conhecimentos insuficientes sobre a doença e o adoecer;
- 3- Trabalho insuficiente da equipe para tratar o problema;
- 4- Falta de adesão aos medicamentos.

Com a definição do problema prioritário e identificados os nós críticos que impedem o controle da hipertensão na área de abrangência da equipe Planalto 1 foram propostas ações para enfrentar o problema, reduzindo seu impacto na qualidade de vida do paciente. Para cada nó crítico elaborou-se uma ação específica propondo impactar o problema principal, identificado no diagnóstico situacional.

Quadro2 - Desenho de operações para os nós críticos da alta prevalência de pacientes portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica(HAS) no território da equipe Planalto 1/Divinópolis/MG

Desenho de operações para os nós críticos da alta prevalência de pacientes portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica(HAS) no território da equipe Planalto 1/Divinópolis/MG				
No crítico	Operação /projeto	Resultados esperados	Produtos esperados	Recursos necessários
Hábitos de vida inadequados para auxiliar no controle da doença	Saúde melhor Orientar sobre alimentos, álcool e tabagismo; hábitos alimentares e Redução do sedentarismo/ prática de exercícios físicos	Reduzir o número de usuários com níveis pressóricos alterados	Orientação sobre a produção e consumo de frutas e verduras. NASF que orienta o usuário para a prática de atividades físicas e alimentos adequados.	Organizacional → organização da agenda Cognitivo → informação/orientação sobre a doença/sequelas. Político → Propor um local para o plantio das verduras com a prefeitura do município.
Conhecimentos insuficientes sobre a doença e o adoecer;	Informação Fornecer, orientações e conhecimentos sobre a HAS, os riscos e prejuízos causados pela doença	Usuários hipertensos que reconhecem os riscos e a necessidade de melhorar os hábitos de vida através do conhecimento.	Proporcionar roda de conversa, atividades em grupos e incrementar o trabalho do grupo operativo existente aproveitando conhecimentos da equipe e do NASF	Cognitivos→ Conhecimento sobre o tema. Políticos→ parceria, profissionais do NASF. Organizacionais →divulgações do serviço no grupo e na UBS
Trabalho insuficiente da equipe para tratar o problema;	Profissional Estimular a consulta de enfermagem, acolhimento, escuta qualificada empatia e maior interação entre os membros da equipe	Associar o diagnóstico da hipertensão a um compromisso entre paciente e equipe	Profissionais comprometidos com o usuário e trabalho valorizando as competências de cada um e sua contribuição no controle da doença.	Cognitivo → elaboração de projeto e ajuda ao enfermeiro em trabalhos variados; Político → articulação entre profissionais da equipe/rever o espaço na agenda da equipe Organizacional → adequação de fluxos e da presença do usuário conforme a agenda.
Falta de adesão aos medicamentos.	Adesão Estimular o compromisso dos pacientes e familiares sobre os medicamentos e sua utilização.	Conscientizar o hipertenso sobre a posologia ideal e dar continuidade à terapia medicamentos a	Conscientização do paciente sobre a importância da medicação na manutenção dos níveis pressóricos, auxiliar na prevenção da doença. Orientação farmacêutica sobre os medicamentos	Cognitivos→ Conhecimento sobre medicamentos utilizados Políticos→ parceria entre equipe e NASF Organizacionais→ Reorganização da agenda da equipe e do farmacêutico

Fonte: Própria autora

Quadro3 - Identificação dos recursos críticos da alta prevalência de pacientes portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica(HAS) no território da equipe Planalto 1/Divinópolis/MG

Recursos críticos da alta prevalência de pacientes portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica(HAS) no território da equipe Planalto 1/Divinópolis/MG	
Operação/Projeto	Recursos críticos
<p>Saúde melhor Orientar sobre alimentos, álcool e tabagismo; hábitos alimentares e Redução do sedentarismo/ prática de exercícios físicos</p>	<p>Organizacional → organização da agenda Cognitivo → informação/orientação sobre a doença/sequelas. Político → Propor um local para o plantio das verduras com a prefeitura do município.</p>
<p>Informação Fornecer, orientações e conhecimentos sobre a HAS, os riscos e prejuízos causados pela doença</p>	<p>Cognitivos→ Conhecimento sobre o tema. Políticos→ parceria, profissionais do NASF. Organizacionais →divulgações do serviço no grupo e na UBS</p>
<p>Profissional Estimular a consulta de enfermagem, acolhimento, escuta qualificada empatia e maior interação entre os membros da equipe</p>	<p>Cognitivo → elaboração de projeto e ajuda ao enfermeiro em trabalhos variados; Político → articulação entre profissionais da equipe/rever o espaço na agenda da equipe Organizacional → adequação de fluxos e da presença do usuário conforme a agenda.</p>
<p>Adesão Estimular o compromisso dos pacientes e familiares sobre os medicamentos e sua utilização.</p>	<p>Cognitivos→ Conhecimento sobre medicamentos utilizados Políticos→ parceria entre equipe e NASF Organizacionais→ Reorganização da agenda da equipe e do farmacêutico</p>

Fonte: Própria autora

Quadro 4 - Análise de viabilidade do plano alta prevalência de pacientes portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica(HAS) no território da equipe Planalto 1/Divinópolis/MG

Análise de viabilidade do plano alta prevalência de pacientes portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica(HAS) no território da equipe Planalto 1/Divinópolis/MG				
Operações/ Projetos	Recursos críticos	Controle dos recursos críticos		Ação estratégica
		Ator que controla	Motivação	
Saúde melhor Orientar sobre alimentos, álcool e tabagismo; hábitos alimentares e Redução do sedentarismo/prática de exercícios físicos	Organizacional → organização da agenda Cognitivo → informação/orientação sobre a doença/sequelas. Político → Propor um local para o plantio das verduras com a prefeitura do município.	Médico	Favorável	Apresentar o projeto para a equipe
Informação Fornecer, orientações e conhecimentos sobre a HAS, os riscos e prejuízos causados pela doença	Cognitivos → Conhecimento sobre o tema. Políticos → parceria, profissionais do NASF. Organizacionais → divulgações do serviço no grupo e na UBS	Enfermeiro	Favorável	Não é necessário
Profissional Estimular a consulta de enfermagem, acolhimento, escuta qualificada empatia e maior interação entre os membros da equipe	Cognitivo → elaboração de projeto e ajuda ao enfermeiro em trabalhos variados; Político → articulação entre profissionais da equipe/rever o espaço na agenda da equipe Organizacional → adequação de fluxos e da presença do usuário conforme a agenda.	Coordenador da ABS	Favorável.	Apresentar o projeto para o coordenador e equipe
Adesão Estimular o compromisso dos pacientes e familiares sobre os medicamentos e sua utilização.	Cognitivos → Conhecimento sobre medicamentos utilizados Políticos → parceria entre equipe e NASF Organizacionais → Reorganização da agenda da equipe e do farmacêutico	Médico	Favorável	Apresentar o projeto para a equipe

Fonte: Própria autora

Quadro 5 - Plano Operativo para o problema alta prevalência de pacientes portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica(HAS) no território da equipe Planalto 1/Divinópolis/MG

Plano Operativo para o problema alta prevalência de pacientes portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica(HAS) no território da equipe Planalto 1/Divinópolis/MG					
Operações	Resultados	Produtos	Ações estratégicas	Responsável	Prazo
Saúde melhor Orientar sobre alimentos, álcool e tabagismo; hábitos alimentares e Redução do sedentarismo/ prática de exercícios físicos	Reduzir o número de usuários com níveis pressóricos alterados	Orientação sobre a produção e consumo de frutas e verduras. NASF que orienta o usuário para a prática de atividades físicas e alimentos adequados.	Apresentar o projeto para a equipe e NASF	Médico/ Enfermeiro	3 meses
Informação Fornecer, orientações e conhecimentos sobre a HAS, os riscos e prejuízos causados pela doença	Usuários hipertensos que reconhecem os riscos e a necessidade de melhorar os hábitos de vida através do conhecimento.	Proporcionar roda de conversa, atividades em grupos e incrementar o trabalho do grupo operativo existente aproveitando conhecimentos da equipe e do NASF	Apresentar o projeto para a equipe	Médico e ACS	3 meses
Profissional Estimular a consulta de enfermagem, acolhimento, escuta qualificada empatia e maior interação entre os membros da equipe	Associar o diagnóstico da hipertensão a um compromisso entre paciente e equipe	Profissionais comprometidos com o usuário e trabalho valorizando as competências de cada um e sua contribuição no controle da doença.	Apresentar o projeto para a equipe e coordenador da ABS	Enfermeiro	1 mês.
Adesão Estimular o compromisso dos pacientes e familiares sobre os medicamentos e sua utilização.	Conscientizar o diabético sobre a posologia ideal e dar continuidade à terapia medicamentosa	Conscientização do paciente sobre a importância da medicação na manutenção dos níveis pressóricos, auxiliar na prevenção da doença. Orientação farmacêutica sobre os medicamentos	Apresentar o projeto ao farmacêutico do NASF	Médico	3 meses

Fonte: Própria autora

Quadro 6 – Gestão do plano para o problema alta prevalência de pacientes portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica(HAS) no território da equipe Planalto 1/Divinópolis/MG

Planilha de acompanhamento das operações/projeto problema alta prevalência de pacientes portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica(HAS) no território da equipe Planalto 1/Divinópolis/MG					
Operação <u>Saúde melhor</u> Coordenação: Enfermeiro - Avaliação após seis meses do início do projeto.					
Produtos	Responsável	Prazo	Situação atual	Justificativa	Novo prazo
Orientar sobre alimentos, álcool e tabagismo; hábitos alimentares e Redução do sedentarismo/ prática de exercícios físicos	Enfermeiro e ACS	2 meses	Realizado primeiro encontro com gestores.	Falta de ACS	2 meses
Operação <u>Informação</u> Coordenação: Médico – Avaliação após 3 meses do início do projeto					
Produtos	Responsável	Prazo	Situação atual	Justificativa	Novo prazo
Fornecer, orientações e conhecimentos sobre a HAS, os riscos e prejuízos causados pela doença	Médico	9 meses	Em andamento.	Equipe fragmentada	3 meses
Operação <u>Profissional</u> Coordenação:Enfermeiro– Avaliação após 6 meses do início do projeto					
Produtos	Responsável	Prazo	Situação atual	Justificativa	Novo prazo
Estimular a consulta de enfermagem, acolhimento, escuta qualificada empatia e maior interação entre os membros da equipe	Médico	3 meses	Em andamento.	Equipe fragmentada	
Operação <u>Adesão</u> Coordenação: Médico/revezamento com médico – Avaliação após 6 meses do início do projeto					
Produtos	Responsável	Prazo	Situação atual	Justificativa	Novo prazo
Estimular o compromisso dos pacientes e familiares sobre os medicamentos e sua utilização.	Enfermeiro	3 meses	Em andamento.	Equipe fragmentada	

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Para ser possível esta intervenção necessita da participação da equipe de saúde e equipe multidisciplinar da equipe Planalto 1 em Divinópolis/Minas Gerais. Os níveis pressóricos poderão ser melhor controlados através da reorganização da agenda, aumento do número de consultas de qualidade e acompanhamento para os hipertensos. Além disso, a equipe deverá acrescentar na agenda o número suficiente de reuniões entre a equipe e entre os usuários, além de desenvolver a escuta qualificada, comunicação dentre outras ferramentas.

A melhoria do cuidado ao hipertenso deve ser baseada no acompanhamento pelos profissionais de saúde, na avaliação e monitoramento constante, para garantir orientações, para reduzir os prejuízos devido o número insuficiente de ACS para auxiliar no acompanhamento do hipertenso.

Os recursos utilizados envolvem programas elaborados pela equipe para atingir um objetivo por vez, através de atividades em grupo, educação permanente, consultas individuais, visitas domiciliares corrigindo rumos para preservar o foco da intervenção.

Atividades educativas, atividades e interação entre equipe e usuários, serão acrescentados ao trabalhos do grupo operativo existente na unidade, estimulando a necessidade da modificação de hábitos, visando melhorias na qualidade de vida dos hipertensos. Com esta intervenção a equipe espera aumentar o conhecimento e envolvimento dos profissionais de saúde no problema abordado, desenvolvendo o autocuidado, bem como a adesão à terapia medicamentosa, necessária ao controle da pressão arterial, quando combinado com medidas não farmacológicas.

REFERÊNCIAS

- BRANDAO, Andréa A. et al . Conceituação, epidemiologia e prevenção primária. **J. Bras. Nefrol.**, São Paulo , v. 32, supl. 1, p. 1-4, Sept. 2010 .
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. **Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial.** Brasília. 1997. 36p
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde.** 2006. 58 p
- CAMPOS, F. C. C.; FARIA H. P.; SANTOS. M. A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde.** NESCON/UFMG - Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. 02 ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010.
- SCOREL, Sarah et al . O Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. **Rev Panam Salud Publica**, Washington , v. 21, n. 2-3, p. 164-176, Mar. 2007 .
- FIGUEIREDO, Natalia Negreiros; ASAKURA, Leiko. Adesão ao tratamento anti-hipertensivo: dificuldades relatadas por indivíduos hipertensos. **Acta paul. enferm.**, São Paulo , v. 23, n. 6, p. 782-787, 2010 .
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística- **IBGE.** 2014
- KOHLMANN JÚNIOR., Osvaldo et al . III Consenso Brasileiro de Hipertensão Arterial. **Arq Bras Endocrinol Metab**, São Paulo , v. 43, n. 4, p. 257-286, Ago. 1999 .
- MACHADO, S., C.; STIPP, M., A., C.; LEITE, J.; L. Clientes com hipertensão arterial: perspectiva da gerência do cuidado de enfermagem. **Esc Anna Nery R Enferm**, v. 9, n. 1, p. 64- 71, abr. 2005.
- PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. **Rev Saúde Pública**, v. 35, n.1, p. 103-9. 2001

PREFEITURA DE DIVINÓPOLIS. [on line]. Portal . Disponível em: <<http://www.divinopolis.mg.gov.br/portal/cidade/12/Geografia>>. Acesso em 12 de maio de 2016.

RIBEIRO, E.; PIRES, D.; BLANK, V., L., G.. A teorização sobre processo de trabalho em saúde como instrumental para análise do trabalho no Programa Saúde da Família. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 20, n. 2, p. 438-446, Abr. 2004 .

SANTANA, M., L.; CARMAGNANI, M., I. Programa saúde da família no Brasil: um enfoque sobre seus pressupostos básicos, operacionalização e vantagens. **Rev. Saúde e Sociedade**, v.10, n. 1, p. 33-53. 2001

SANTOS, Zélia Maria de Sousa Araújo; LIMA, Helder de Pádua. Tecnologia educativa em saúde na prevenção da hipertensão arterial em trabalhadores: análise das mudanças no estilo de vida. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis , v. 17, n. 1, p. 90-97, Mar. 2008

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

TEIXEIRA, E., R., LAMAS, A., R.; COSTA E SILVA, J.; MATOS, R., M. O estilo de vida do cliente com hipertensão arterial e o cuidado com a saúde. **Esc Anna Nery R Enferm**; v. 10, n.3, p. 378 – 84, dez. 2006.