

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

JUAN ALBERTO DELGADO FRIOL

**ABORDAGEM DO PACIENTE COM HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA NA
EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA AVELINO BORGES QUEIROZ, MONTE SIÃO,
MINAS GERAIS**

**Pólo Campos Gerais
Monte Sião-Minas Gerais**

2016

JUAN ALBERTO DELGADO FRIOL

**ABORDAGEM DO PACIENTE COM HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA NA
EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA AVELINO BORGES QUEIROZ, MONTE SIÃO,
MINAS GERAIS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Estratégia em Saúde da Família da Universidade Federal de Minas Gerais como requisito parcial para obtenção do título de Especialista.

Pólo Campos Gerais
Minas Gerais-Monte Sião
2016

JUAN ALBERTO DELGADO FRIOL

**ABORDAGEM DO PACIENTE COM HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA NA
EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA AVELINO BORGES QUEIROZ, MONTE SIÃO,
MINAS GERAIS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao
Curso de Especialização em Estratégia em Saúde
da Família da Universidade Federal de Minas
Gerais como requisito parcial para obtenção do
título de Especialista.

Orientadora: Prof^a. Agma Leozina Viana Souza

Banca Examinadora:

Prof^a. Agma Leozina Viana Souza- Orientadora

Prof^a. Zilda Cristina dos Santos - Examinadora

Aprovado em Belo Horizonte, 16 de Agosto de 2016

DEDICATORIA

Dedico este trabalho ao meu filho e esposa, fontes de motivação e incentivo em tudo o que faço.

Aos meus colegas pela cumplicidade.

AGRADECIMIENTO

À minha orientadora, Agma Leozina Viana Souza, pelo apoio, dedicação e paciência.

À minha equipe pela ajuda e participação.

À coordenação de Atenção Básica, pelo apoio.

RESUMO

O controle da hipertensão arterial está relacionado diretamente ao grau de adesão do paciente ao regime terapêutico, assim como da aquisição de hábitos saudáveis. Este trabalho de conclusão de curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família da Universidade Federal de Minas Gerais teve como objetivo elaborar um plano de intervenção na Unidade de Saúde da Família Avelino Borges Queiroz, no município de Monte Sião, Minas Gerais. Para este alcance, utilizou-se o método de planejamento estratégico situacional, que estabelece os nós críticos, o desenho das operações, a identificação dos recursos críticos. Por fim, analisou-se a viabilidade do plano e definiu-se intervenções no sentido de estimular hábitos de vida saudáveis entre os pacientes hipertensos assim como a capacitação dos profissionais da equipe de saúde para melhorar o atendimento aos pacientes e facilitar a adesão ao tratamento.

Palavras chave: Hipertensão Arterial. Estratégia Saúde Família. Cooperação do Paciente.

ABSTRACT

Control of hypertension is directly related to the degree of patient compliance to treatment regimen, as well as the acquisition of healthy habits. This final project presented to the specialization course in basic care in family health at the Federal University of Minas Gerais aimed to draw up a plan of intervention in family health unit Avelino Borges Queiroz, in the municipality of Monte Sião, Minas Gerais. For this range, we used the method of situational strategic planning, establishing critical nodes, the design of operations, identification of critical resources. Finally, we analyzed the feasibility of the plan and defined interventions in encouraging healthy lifestyle habits among hypertensive patients as well as the professional training of health staff to improve patient care and facilitate adherence to treatment.

Key words: Arterial Hypertension. Family Health Strategy. Patient cooperation.

SUMÁRIO

1.INTRODUÇÃO.....	9
2.JUSTIFICATIVA.....	11
3.REFERENCIAL TEÓRICO.....	12
3.1.Definição clínica e classificação da hipertensão arterial.....	12
3.2. Diagnóstico da hipertensão arterial.....	14
3.3 Medidas de pressão arterial.....	15
3.3.1 Descrição da técnica de medida da pressão arterial	16
3.4 Abordagem da pessoa com hipertensão arterial	17
3.5. Tratamento da hipertensão arterial.....	18
3.6. Adesão ao tratamento.....	18
4. OBJETIVOS.....	21
4.1.Objetivo geral.....	21
4.2. Objetivos específicos.....	21
5. METODOLOGIA.....	22
6 PLANO DE INTERVENÇÃO.....	23
6.1. Breve apresentação do município de Monte Sião.....	23
6.2.Descrição da Unidade de Saúde da Família Avelino Borges de Queiroz....	24
6.3. Identificação dos problemas.....	25
6.4. Descrição do problema selecionado.....	26
6.5. Seleção dos nós críticos.....	26
6.6. Desenho das operações.....	27
6.7. Elaboração do plano operativo.....	30

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....31

REFERÊNCIAS.....32

1. INTRODUÇÃO

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma condição clínica multifatorial caracterizada por elevação nos níveis de pressão arterial (PA) acima de 140 x 90 mmHg. A HAS está associada ao aumento do risco cardiovascular, devido às alterações funcionais em órgãos alvo (coração, rins, vasos sanguíneos e encéfalo), o que contribui para o maior registro de eventos fatais (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2007).

É um grave problema de saúde pública no Brasil e no mundo. Segundo estatísticas epidemiológicas, a prevalência de hipertensão no Brasil é, em média, de 32% entre os indivíduos adultos, podendo chegar a 75% na faixa etária acima de 70 anos. A HAS tem alta prevalência e baixas taxas de controle. Segundo a Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC, 2007), mais de 85% das pessoas diagnosticadas com hipertensão arterial fazem tratamento, mas não tem os níveis pressóricos controlados. Esta afirmação pode ser constatada no cotidiano dos serviços de saúde, à medida que a HAS continua sendo a maior causa de mortalidade por eventos cardiovasculares em todo mundo.

Este trabalho pretende discorrer sobre o tema e apresentar uma proposta de intervenção para o acompanhamento dos pacientes hipertensos na Equipe de Saúde da Família (ESF) Avelino Borges de Queiroz na cidade de Monte Sião, Minas Gerais.

O município de Monte Sião, situado no extremo sul de Minas Gerais, é conhecido como a “Capital Nacional do Tricô”, por sua característica econômica de produção em alta escala de roupas de malhas e tricô. A cidade possui uma população de 21.658 habitantes, com ligeiro predomínio do sexo masculino (50,25%) na população total (IBGE, 2010). A ESF Avelino Borges de Queiroz está localizada no bairro de Mococa, sendo responsável por uma população de 3.928 pessoas, onde 1.020 são adultos, sendo 582 sabidamente hipertensos.

Em seu diagnóstico situacional, a Equipe identificou uma baixa adesão ao tratamento da hipertensão entre os pacientes cadastrados na unidade e elegeu este tema como prioritário para intervenção.

2. JUSTIFICATIVA

A hipertensão é sem sombra de dúvidas o maior problema enfrentado pela ESF e seus usuários. Existe um grande número de pacientes hipertensos na área de abrangência, gerando uma demanda significativa de consultas, muitos com baixa adesão aos tratamentos e fatores que aumentam ainda mais o risco de sequelas cardiovasculares e a mortalidade no município. Para reduzir este risco e melhorar a qualidade de vida dos usuários, são necessárias medidas que ampliem o acesso ao tratamento. O bom entendimento da doença e de seus fatores de risco é fundamental para a adesão ao tratamento por parte dos pacientes. Na vivência cotidiana, observa-se o abandono do tratamento de “controle pressórico”, onde por falta de informação, os pacientes entendem que estão curados, interrompendo o uso das medicações e abandonando os hábitos saudáveis de vida. Percebe-se a necessidade de resgatar o autocuidado e a co-responsabilização pela saúde, buscando a adesão ao tratamento e a prevenção de complicações.

3. REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 Definições clínica e classificação da Hipertensão Arterial

A hipertensão arterial é uma condição crônica determinada por elevados níveis de pressão sanguínea nas artérias, o que faz com que o coração tenha que exercer um esforço maior do que o normal para fazer circular o sangue através dos vasos sanguíneos (SBC, 2007). A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é das doenças de maior prevalência na população. A Organização Mundial de Saúde (OMS) estima que existam 600 milhões de hipertensos em todo mundo (BRASIL, 2006). No Brasil, a Sociedade Brasileira de Cardiologia (2007) estimou a existência de 30 milhões de hipertensos, cerca de 30% da população adulta. Entre as pessoas com mais de 60 anos, mais de 60% são hipertensos. Embora o problema ocorra predominantemente na fase adulta, o número de crianças e adolescentes hipertensos está aumentando a cada dia. A SBC estima que 5% da população com até 18 anos tenham hipertensão – são 3,5 milhões de crianças e adolescentes brasileiros.

Considerada um dos principais fatores de risco de comorbidades, a hipertensão é responsável por cerca de 40% dos casos de aposentadoria precoce e de absenteísmo no trabalho em nosso meio. É uma condição de causas multifatoriais que deve receber a atenção e o cuidado de todos (SBC, 2007).

São hipertensos os adultos cuja pressão arterial sistólica (PAS) atinge valores iguais ou superiores a 140 mmHg e/ou cuja pressão arterial diastólica (PAD) seja igual ou maior que 90 mmHg, em duas ou mais ocasiões, na ausência de medicação anti-hipertensiva. Foram classificados como PA normal registros inferiores a 130/85 mmHg, e PA ótima valores inferiores a 120/80 mmHg (SBC, 2007).

A classificação da HAS é essencial para direcionar a conduta terapêutica. O quadro 1 apresenta sumariamente a classificação da hipertensão seguida da conduta terapêutica sugerida, considerando sempre a condição clínica do paciente.

Quadro 1 - Prazos para reavaliação de pacientes sob risco ou com diagnóstico de HAS

CLASSIFICAÇÃO	PS (mmHg)	PD (mmHg)	CONDUTA*
Ótima	<120	<80	Avaliar fatores de risco e propor mudanças em estilo de vida; Reavaliar semestralmente.
Normal	<130	<85	Avaliar fatores de risco e propor mudanças em estilo de vida; Reavaliar mensalmente.
Limítrofe	130 a 139	85 a 89	Avaliar fatores de risco e insistir em mudanças de estilo de vida; Acompanhar com aferições semanais da PA; Propor tratamento medicamentoso**.
HAS Estágio I	140 a 159	90 a 99	Acompanhar com aferições de PA três vezes por semana; Avaliar a presença de sintomas; Avaliar fatores de risco e insistir em mudanças de estilo de vida; Avaliar possíveis lesões em órgãos alvo; Propor tratamento medicamentoso**.
HAS Estágio II	160 a 179	100 a 109	Proceder aferições diárias da PA; Avaliar a presença de sintomas; Avaliar fatores de risco e insistir em mudanças de estilo de vida; Avaliar possíveis lesões em órgãos alvo, interação com fatores de risco; Propor tratamento medicamentoso**.
HAS Estágio III	>180	>110	Tratamento medicamentoso** imediato ou avaliar em uma semana; Avaliar fatores de risco e insistir em mudanças de estilo de vida; Avaliar possíveis lesões em órgãos alvo, interação com fatores de risco e presença de sintomas; Realizar propedêutica específica.

Fonte: BRASIL, 2013.

*A conduta poderá ser modificada de acordo com a condição clínica do paciente.

**Considerar intervenção de acordo com a condição clínica do paciente (fatores de risco, doenças associadas, lesão em órgãos alvo).

Vários são os fatores que podem estar associados ao aumento da prevalência de HAS, o sedentarismo, o estresse, a ingestão de álcool, o tabagismo, a obesidade, maus hábitos alimentares, além de outros fatores não modificáveis como a idade, raça e o sexo. Entre estes, um aspecto que merece destaque na população brasileira é a dificuldade para modificação dos hábitos alimentares e do estilo de

vida, como a inatividade física, que indica exposição cada vez mais intensa a riscos cardiovasculares (JARDIM, 2007). Segundo as Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial (SBC, 2007), manter o peso corporal na faixa normal (Índice de Massa Corporal entre 18,5 a 24,9 kg/m²) e uma dieta rica em frutas, vegetais, alimentos com baixa densidade calórica e baixo teor de gorduras saturadas e totais ajudam a reduzir a pressão arterial sistólica.

Um dos principais desafios da Estratégia Saúde da Família (ESF) é desenvolver uma dinâmica para a estruturação dos serviços em relação à comunidade, entre os diversos níveis de complexidade assistencial. A ESF deve assumir o compromisso de prestar assistência universal, integral, equânime, contínua e acima de tudo, resolutiva à população, na unidade de saúde e no domicílio, sempre de acordo com as suas reais necessidades. Além disso, identificar os fatores de risco aos quais ela está exposta, intervindo de forma apropriada (BRASIL, 2011)..

3.2 – Diagnóstico da Hipertensão Arterial

O diagnóstico da hipertensão arterial é atribuído após a constatação de valores de PA sistólica ≥ 140 mmHg e/ou PA diastólica ≥ 90 mmHg em medidas realizadas no consultório e repetidas, em condições ideais, pelo menos três ocasiões. Uma vez diagnosticada, ações de planejamento e monitorização da hipertensão devem ser definidas em intervalos regulares, seja por meio de consultas individuais, atendimentos coletivos ou visitas nos domicílios (BRASIL, 2013).

A HAS é uma condição para o resto da vida e a meta dos profissionais de saúde, junto aos pacientes, é evitar a morte e as complicações secundárias ao seu descontrole como o infarto agudo do miocárdio, a insuficiência cardíaca e renal, o acidente vascular cerebral e o déficit visual. O ventrículo esquerdo do coração pode ficar aumentado (hipertrofia ventricular esquerda), à medida que age para bombear o sangue contra a pressão elevada (POTTER & PERRY 2001).

Para conseguir melhorar a qualidade de vida destes usuários, são necessárias medidas que facilitem o acesso ao tratamento, prevenindo possíveis complicações. O bom entendimento da doença e de suas complicações é fundamental para a adesão por parte dos pacientes. Na vivência cotidiana, podemos

observar o abandono do tratamento devido ao bom controle pressórico, onde por falta de informação os pacientes entendem que estão curados da doença.

Percebe-se a necessidade de medidas que visem instruir os pacientes hipertensos, quanto aos fatores de risco, mudanças no estilo de vida, adesão ao tratamento e prevenção de complicações, a fim de melhorar a qualidade de vida destes usuários.

3.3 Medida da pressão arterial

A medida da pressão arterial é realizada rotineiramente pelo método auscultatório com o uso do estetoscópio e do esfigmomanômetro. A qualidade desses equipamentos é uma condição essencial para a validação dos resultados. As olivas do estetoscópio devem estar bem adaptadas ao ouvido do examinador e bem higienizadas. O tamanho do manguito deve ser apropriado para a dimensão da circunferência do braço do paciente (BRASIL, 2013). A tabela abaixo descreve as possibilidades de manguito de acordo com a circunferência do braço apropriado:

Tabela 1 – Definição do manguito de acordo com a circunferência do braço

Manguito	Circunferência do braço (cm)	Largura da bolsa de borracha (cm)	Comprimento da bolsa de borracha (cm)
Recém-nascido	≤ 10	4	8
Criança	11	6	12
Adulto pequeno	20 a 26	10	17
Adulto	27 a 34	12	23
Adulto grande	35 a 45	16	32
Adulto obeso	46 a 52*	16	42

Fonte: BRASIL, 2013.

*Braços com circunferência maior que 52 cm, fazer a medida da PA no ante- braço, tomando como referência o pulso radial.

3.3.1 Técnica de medida da pressão arterial

A técnica de medida da pressão arterial exige cuidados que embora pareçam simples, precisam ser seguidos durante o procedimento. Cabe ao profissional certificar-se que o paciente não esteja com a bexiga cheia; não praticou exercício físico a pelo menos 60 minutos; não ingeriu bebidas alcoólicas, café ou alimentos; não fumou há menos de 30 minutos antes da aferição. O paciente deve permanecer assentado confortavelmente durante cinco minutos, com o braço livre de roupas, posicionado na altura do coração, as pernas descruzadas e os pés bem apoiados no chão (BRASIL, 2013). O ambiente deve estar tranquilo e o profissional deve explicar ao paciente o procedimento (SMELTZER & BARE, 2006).

- 1) Obter a circunferência no meio do braço e selecionar o manguito de acordo com o tamanho adequado.
- 2) Colocar o manguito sem folgas dois a três centímetros da fossa cubital.
- 3) Centralizar o meio da parte compressiva do manguito sobre a artéria braquial.
- 4) Estimar o nível da pressão sistólica (PS) através da palpação do pulso radial e inflar o manguito até seu desaparecimento, desinflando em seguida e aguardar 1 minuto antes da medida.
- 5) Palpar a artéria braquial na fossa cubital e colocar a campânula do estetoscópio, sem compressão excessiva.
- 6) Inflar rapidamente até ultrapassar 20 a 30 mmHg o nível estimado da PS, obtido pela palpação.
- 7) Desinsuflar lentamente e determinar a PS pela ausculta do primeiro som (fase I de Korotkoff).
- 8) Determinar a pressão diastólica (PD) no desaparecimento dos sons (fase V de Korotkoff).
- 9) Auscultar cerca de 20 a 30 mmHg abaixo do ultimo som para confirmar seu desaparecimento e proceder a deflação rápida e completa do manguito.
- 10) Se os batimentos persistirem até o nível zero do manômetro, determinar a PD no abafamento dos sons (fase IV de Korotkoff).
- 11) Anotar os valores exatos de PS/PD/zero, sem arredondar e informá-los ao paciente.

- 12) Na primeira avaliação as medidas devem ser realizadas nos dois braços e nas posições sentado, deitado e de pé.
- 13) Considerações devem ser feitas durante a medida da pressão arterial dos idosos, que apresentam maior frequência do hiato auscultatório (desaparecimento dos sons durante a deflação do manguito resultando valores falsamente baixos de PS ou falsamente altos de PD), dificultando o diagnóstico de hipertensão nesse grupo.

3.4 Abordagem da pessoa com hipertensão arterial

A abordagem da pessoa hipertensa prevê anamnese, exame físico e exames complementares para a elaboração de um plano de terapêutico conjunto que contemple o tratamento medicamentoso e não medicamentoso de acordo com as Diretrizes da Sociedade Brasileira de Cardiologia (2007) e do Ministério da Saúde (2013).

A coleta de dados deve constar:

- 1) Identificação: nome, endereço, sexo, idade, raça, estado civil, profissão.
- 2) História atual: queixas, tratamentos realizados, adesão, reações adversas.
- 3) História pregressa: doenças associadas, tabagismo, etilismo, dislipidemia.
- 4) História familiar: pessoas da família com HAS ou seqüelas de doenças cardiovasculares associadas.
- 5) Hábitos pessoais: padrão alimentar, sono, atividade física.
- 6) Medicacões em uso e adesão ao esquema proposto.

O exame físico consta prioritariamente:

- 1) Inspeção geral.
- 2) Exame do pescoço, do precórdio, dos pulmões, do abdome e dos membros superiores e inferiores, com atenção para a ausculta e medida dos pulsos carotídeos, do *ictus cordis* e dos pulsos das extremidades.
- 3) Medida dos sinais vitais e antropometria, incluindo o cálculo do índice de massa corporal (valores normais entre 18,5 e 24,9 kg/m² e a circunferência da cintura (valores normais 88 cm para mulheres e 102 para homens)).
- 4) Exame neurológico sumário.

5) Exame de fundo de olho.

Os exames complementares requeridos, a princípio são: análise de urina rotina, potássio, creatinina, glicemia, colesterol total e frações, triglicérides, ácido úrico, eletrocardiograma. Em casos especiais, para hipertensos com suspeita de insuficiência cardíaca pode ser necessário acrescentar a radiografia de tórax, ecocardiograma, ultrassom de carótidas.

3.5 Tratamento da hipertensão arterial

O objetivo do tratamento da HAS é a redução do risco cardiovascular. Assim, considerando a complexidade clínica e multifatorial da hipertensão, a abordagem terapêutica deve ser interdisciplinar (MINAS GERAIS, 2013). Na Atenção Primária, importa considerar o apoio dos profissionais do Núcleo de Apoio ao Saúde da Família (NASF) que em complementação ao trabalho das Equipes de Saúde da Família, têm um papel fundamental na abordagem multidisciplinar, seja na promoção da saúde ou na prevenção e reabilitação de agravos (MENDES, 2012).

O tratamento da hipertensão envolve mudanças no estilo de vida e devem ser observadas cotidianamente a fim de contribuir para o sucesso terapêutico. As mudanças no estilo de vida contemplam a redução do consumo de bebidas alcoólicas; a cessação do tabagismo; em mulheres, a substituição do anticoncepcional hormonal por outro método contraceptivo; a prática regular de atividade física; a escolha por um plano alimentar saudável, com baixos teores de sódio e gorduras; a redução da circunferência abdominal e do sobrepeso (BRASIL, 2013).

O tratamento medicamentoso utiliza diversas classes de fármacos selecionados de acordo com a necessidade da pessoa, a presença de comorbidades ou de lesões em órgãos alvo, a idade, gravidez. A princípio, qualquer anti-hipertensivo pode ser indicado no tratamento, desde que sejam observadas as indicações e contra-indicações de cada um (BRASIL, 2013).

3.6. Adesões ao tratamento

A adesão ou aderência ao tratamento é entendida por Hayners (1979), como “o grau em que o comportamento de uma pessoa representado pela ingestão de

medicamentos, seguimento de dieta, mudanças em estilo de vida corresponde ou concorda com as recomendações de um médico ou outro profissional de saúde”. Considerando este entendimento, o que os profissionais de saúde almejam para os pacientes é um grau de cumprimento das medidas terapêuticas indicadas, a fim de manter ou melhorar a saúde e reduzir os sintomas e as complicações de uma doença (GUSMÃO & MION, 2006).

Vários fatores podem influenciar na adesão ao tratamento sendo relacionados ao paciente, à doença, ao tratamento, à instituição, ao relacionamento com a equipe. Explicitando, pode-se citar: sexo, idade, etnia, estado civil, crenças, escolaridade, hábitos de vida, contexto familiar, auto-estima, esquemas terapêuticos, custo, efeitos indesejáveis, acesso ao serviço de saúde, tempo de espera versus tempo de atendimento, vínculo do profissional com o paciente (GUSMÃO & MION, 2006).

Um dos desafios da Atenção Primária é melhorar os níveis de adesão dos pacientes às medidas terapêuticas, sejam elas farmacológicas ou não farmacológicas (BRASIL, 2013). As pessoas precisam compreender a sua condição para aderirem a comportamentos saudáveis, ou seja, a adesão ao auto-cuidado é maior em pessoas informadas e proativas. Baseado nessa premissa, este mesmo autor defende a necessidade de gerar conhecimentos e habilidades dos pacientes para decidir, escolher, adotar e manter suporte às mudanças, superando as barreiras que se impõe à melhoria da saúde

Uma proposta de melhoria da adesão bastante utilizada nos serviços de saúde são os grupos operativos. Esta modalidade de atendimento parte do princípio que o aprendizado é facilitado quando há oportunidade de se identificar com os pares. Ou seja, a troca de experiências e pareceres contribuem para o entendimento de determinada condição, elevando a aceitação aos esquemas terapêuticos propostos (MENDES, 2012).

4. OBJETIVOS

4.1 Objetivo Geral:

- Fomentar as ações de controle da hipertensão arterial na área de abrangência da Unidade de Saúde Avelino Borges de Queiroz.

4.2 Objetivos específicos:

- Sensibilizar a equipe de saúde para o cuidado continuado ao paciente com hipertensão.
- Estimular hábitos de vida saudáveis entre os hipertensos.
- Facilitar a adesão ao tratamento

5. METODOLOGIA

Este trabalho apresenta um projeto a fazer desenvolvido na Unidade de Saúde da Família Avelino Borges de Queiroz. O método norteador deste estudo foi o Planejamento Estratégico Situacional (PES). O PES foi descrito por Carlos Matus em 1993 sob a ótica de três fundamentos teóricos: o projeto, a governabilidade para executar e a capacidade da equipe em implementar este projeto (CAMPOS, 2010). Esta estratégia trazida da política para a saúde, foi adaptada com o objetivo de auxiliar as equipes a identificar os problemas e planejar as ações necessárias. Neste processo está prevista a incorporação dos pontos de vista dos atores sociais envolvidos, incluindo a comunidade usuária dos serviços de saúde. Neste estudo, os profissionais da equipe de saúde identificaram os principais problemas observados na comunidade e elencaram a hipertensão arterial como prioridade para intervenção. Foi realizada uma revisão narrativa da literatura sobre o tema utilizando os descritores: Hipertensão Arterial, Estratégia Saúde da Família, Cooperação do Paciente. Ao final, foi apresentada uma proposta de intervenção para o problema nomeado pela equipe.

6. PLANO DE INTERVENÇÃO

6.1 Breve apresentação do município de Monte Sião

O município de Monte Sião, situado no extremo sul de Minas Gerais, foi fundado em 29 de março de 1849 pelo Major Antônio Bernardes de Souza, recebendo o nome de “Arraial do Jaboticabal”. No ano seguinte, por sugestão de missionários franciscanos e pela grande semelhança entre o Morro Pelado (morro no qual a cidade se encontra ao pé) e Monte Sion de Jerusalém, a comunidade passou a chamar Monte Sião. Limita-se com os municípios paulistas de Socorro e Águas de Lindóia ao sul e Itapira ao sudeste; municípios mineiros Jacutinga ao norte, Ouro Fino ao leste e noroeste e Bueno Brandão ao sudeste. Pertence à microrregião do Médio Sapucaí, ficando a 470 km da capital do estado, Belo Horizonte e 170 km de São Paulo, tendo como principais vias de acesso as rodovias BR-381, MG-290 e MG-459 (IBGE, 2010).

Monte Sião tem uma população de 21.658 habitantes, com a seguinte, distribuição etária:

Tabela 2 – Distribuição etária da população de Monte Sião

Faixa etária	Sexo		
	Masculino	Feminino	Total
0 - 4 anos	683	676	1359
5 - 9 anos	795	726	1521
10 - 14 anos	818	768	1586
15 - 19 anos	886	893	1779
20 - 29 anos	2000	1931	3931
30 - 39 anos	1718	1798	3516
40 - 49 anos	1598	1618	3216
50 - 59 anos	1172	1161	2333
60 - 69 anos	704	611	1315
70 - 79 anos	360	406	766
80 e mais	151	185	336
Total	10885	10773	21658

Fonte: IBGE, 2010

No tocante aos aspectos econômicos, Monte Sião é conhecida como a “Capital Nacional do Tricô”, juntamente com as cidades de Jacutinga, Inconfidentes, Ouro Fino e Borda da Mata, formam o circuito das malhas, sendo esta atividade econômica responsável por 80% da renda da cidade. Na agropecuária destaca-se o café, milho e gado de leite. É importante mencionar que a cidade hoje é super habitada enquanto o campo aos poucos vem sendo abandonado ou cedendo lugar a chácaras ou moradias temporárias, apesar das grandes melhorias de vida com o advento da eletrificação rural. Há no município uma fábrica de porcelana e duas fabricas de laticínios (IBGE, 2010).

A rede de serviços de saúde é composta por uma Unidade Básica de Saúde localizada na área urbana, quatro Equipes de Saúde da Família (ESF), sendo duas na área rural e duas na área urbana, um laboratório de análises clínicas e um pronto atendimento. O município possui também profissionais para os atendimentos de reabilitação e especialidades, nas seguintes áreas: odontologia, fisioterapia, fonoaudiologia, terapia ocupacional, psiquiatria, psicologia, assistente social, cardiologia, ortopedia, endoscopia digestiva, pequenas cirurgias, radiologia e eletrocardiograma. O Hospital das Clínicas Samuel Libânio atende uma parte da demanda de internações, contudo, os hospitais de Bragança Paulista, no estado de São Paulo, de Extrema, Ouro Fino e Varginha em Minas Gerais, apoiam na realização de procedimentos especializados como hemodiálise, urgências e emergências, oncologia, órteses e próteses. Quanto aos aspectos epidemiológicos, atribui-se a principal causa de mortes às doenças do Aparelho Circulatório (infarto agudo de miocárdio e acidente vascular cerebral), seguida das neoplasias e das doenças respiratórias.

6.2 Descrição da Unidade de Saúde da Família Avelino Borges de Queiroz

A Unidade de Saúde Avelino Borges de Queiroz, situada no bairro de Mococa, funciona de segunda a sexta feira de 07:00 às 16:00 horas. Possui uma equipe composta por médico, enfermeira, duas técnicas em enfermagem, três dentistas, seis agentes comunitários de saúde (ACS), recepcionista, auxiliar de limpeza e motorista. Abrange um total de 1.176 famílias, totalizando 3.928 pessoas em 16 micro-áreas. O Quadro 2 mostra a distribuição da população por micro área.

Quadro 2 – Distribuição de famílias por micro-area na ESF Avelino Borges de Queiroz, 2016.

Micro-área	Total de famílias	Micro-área	Total de famílias
Mococa	627	Três Cruzes	25
Almeidas	56	Bamburral	59
Coxos	12	Pontes	38
Furriel	60	Ferminada	25
Perobal	60	Vaz	75
Carapiá	39	Guiné	65
Pauline	12	Bonito	10
Colomi	02	Servino	11

Fonte: Arquivos da Equipe, 2016.

A Tabela 3 apresenta a distribuição da população por grupos etários, no território da ESF, mostrando uma equivalência nessa distribuição até a faixa etária de 15 a 19 anos, quando há um predomínio de moradores na área urbana.

Tabela 3 – Distribuição da população por grupos etários, no território da ESF Avelino Borges de Queiroz, 2016.

	>1 ano	1-4 anos	5-9 anos	10-14 anos	15-19 anos	20-25 anos	26-39 anos	40-59 anos	60 ou mais	Total
Área urbana	18	67	80	109	175	365	490	530	300	2134
Área rural	21	61	72	120	141	250	399	480	250	1794
Total	39	128	152	229	316	615	889	1010	550	3928

Fonte: Arquivos da Equipe, 2016

De acordo com os dados epidemiológicos da equipe, são cadastradas 582 pessoas diagnosticadas com hipertensão arterial e 184 pessoas diabéticas. A baixa adesão aos tratamentos chama a atenção dos profissionais da equipe, motivando a realização deste estudo.

6.3 Identificações dos problemas

A Estratégia Saúde da Família (ESF) é um modelo adotado pelo Sistema Único de Saúde (SUS) com o objetivo de reorganizar a Atenção Primária como porta de entrada preferencial do usuário ao Sistema Único de Saúde (SUS). Para isso, conta com ações de saúde individuais e coletivas, visando a prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e promoção da saúde. Um dos atributos dessa estratégia é o vínculo dos profissionais com os usuários do sistema de saúde, possibilitando a identificação de problemas que afetam a comunidade, sendo de suma importância o diagnóstico situacional da área de abrangência (IBGE, 2010).

Analisando os dados disponíveis no IBGE, SIAB, Secretaria de Saúde de Monte Sião e arquivos do cadastro, a equipe verificou que apesar das ações de otimização do tratamento através de consultas semestrais, grupos operativos, informações e instruções durante as consultas, a hipertensão arterial ainda é um grande problema a ser enfrentado na comunidade. A proposta a ser apresentada para enfrentamento deste problema é a capacitação da equipe de saúde para a abordagem da pessoa com hipertensão arterial e implementação dos atendimentos já realizados pela equipe ampliando o acesso do paciente às informações sobre a hipertensão e o tratamento da condição.

O Quadro 3 apresenta a relação dos principais problemas identificados pela Equipe de Saúde Avelino Queiroz durante o diagnóstico situacional.

Quadro 3 - Priorização dos problemas na Equipe de Saúde Avelino Queiroz, 2016

Principais Problemas	Importância	Urgência	Capacidade de enfrentamento	Seleção
Baixa adesão ao tratamento da HAS	alta	7	parcial	1
Baixa adesão ao tratamento do diabetes	alta	7	parcial	2
Uso indiscriminado de IBP*	alta	5	parcial	3
Uso indiscriminado de benzodiazepínico	alta	6	parcial	4
Queixas ortopédicas (lombalgia, artralguas)	alta	4	parcial	5

Fonte: Arquivos da Equipe, 2016.

*IBP: Inibidor da Bomba de Prótons - Omeprazol, Pantoprazol, Esomeprazol.

6.4 Descrições do problema selecionado

A hipertensão é sem sombra de dúvidas o maior problema enfrentado pela ESF e seus usuários. Existe um grande número de pacientes hipertensos na área, levando a uma demanda significativa de consultas, muitos apresentam dificuldade de adesão ao tratamento e possuem fatores que aumentam ainda mais o risco de problemas cardiovasculares, causadores de maior mortalidade no município. O Quadro 3 apresenta a relação dos indivíduos hipertensos com comorbidades e fatores de risco associados ao diagnóstico de hipertensão.

Quadro 4 – Distribuição das comorbidades entre os indivíduos hipertensos, na Equipe de Saúde Avelino Queiroz, 2016.

Descritores	n
Hipertensos confirmados e acompanhados	582
Hipertensos Controlados	311
Hipertensos Diabéticos	100
Hipertensos Obesos	85
Hipertensos Tabagistas	125
Hipertensos Sedentários	79
Hipertensos Dislipidêmicos	110

Fonte: Arquivos da Equipe, 2016

6.5. Explicação do problema selecionado

O meio em que o indivíduo vive, muitas vezes cria uma interpretação equivocada da doença que o acomete. Os pacientes hipertensos, são a prova de que os fatores socioculturais, econômicos, ambientais e políticos estão diretamente relacionados com o desfecho da doença. Os hábitos de vida, o nível de informação e a pressão social podem levar ao sedentarismo, tabagismo, alcoolismo, dentre outros fatores que prejudicam o tratamento, controle e promoção da saúde. Para melhorar a qualidade de vida destes usuários, são necessárias medidas que facilitam o acesso ao tratamento, prevenindo possíveis complicações. O bom entendimento da doença e das complicações é fundamental para melhorar a adesão ao tratamento. Na vivência cotidiana, observa-se o abandono do tratamento devido ao bom controle

pressórico, onde por falta de informação os pacientes entendem que estão curados da doença.

Diante dessa observação, fica claro a necessidade de medidas que visem instruir os pacientes hipertensos, quanto aos fatores de risco, mudanças no estilo de vida, adesão ao tratamento e prevenção de complicações, a fim de melhorar a qualidade de vida dos usuários.

Os “nós críticos” deste projeto são o processo de trabalho da equipe; os costumes e hábitos e o baixo nível de informação da população.

6.6 Desenho das operações

Os quadros a seguir apresentam as operações que compõe o plano de intervenção para o problema identificado pela equipe.

Quadro 5 – Operações para os “nós críticos”

Operação/Projeto	Resultados esperados	Produtos	Recursos necessários
1-Processo de trabalho da equipe de saúde			
<u>Mais educação</u>	Elevar a capacidade de trabalho da equipe como gestora principal das ações de saúde na comunidade.	Programa de educação no trabalho. Implementação de protocolos de trabalho e linhas de cuidado para a hipertensão e risco cardiovascular.	Organizacional: planejamento das aulas. Cognitivos: informações científicas e estratégicas. Políticos: espaço físico, apoio da secretaria de saúde municipal.
2 - Nível de informação da população			
<u>Mais saúde</u>	Garantir a cobertura de atendimento para 80% da população com hipertensão arterial em 1 ano.	Melhora no nível de informação da população sobre hipertensão arterial e os fatores de risco associados.	Cognitivo: atividades em grupo. Organizacional: planejamento e organização da agenda de trabalho. Político: apoio comunitário Financeiros: folhetos educativos e recursos audiovisuais.
3 - Costumes, hábitos e estilos de vida da população			

<u>Saber mais</u>	Ampliar em 30% a incorporação dos hipertensos e pessoas com risco cardiovascular modificável aos programas de educação para a saúde já existente na unidade de saúde no período de 1 ano.	Fomento de programas de cultura alimentar e prática de exercícios físicos e práticas alternativas; Avaliar o nível de informação do grupo a cerca das práticas alimentares saudáveis e a prática de exercícios físicos.	Organizacional: definir agenda e organizar atividades para promover a prática de exercícios físicos ao ar livre e uma cultura de alimentação saudável. Cognitivo: conhecimento científico a cerca dos temas abordados Políticos: articulação intersetorial, parceria com setor educação, a igreja, ativistas políticos locais, líderes formais e informais e mobilização social. Financeiro: aquisição de folhetos e recursos audiovisuais
-------------------	---	--	---

Fonte: Autoria própria

Os recursos críticos para as operações são descritos no Quadro 6:

Quadro 6 - Identificação dos recursos críticos

Operação/Projeto	Recursos críticos
Mais educação. Linhas de trabalho. Acrescentar o conhecimento sobre hipertensão arterial e de cuidado para risco cardiovascular.	Político: Espaço físico, apoio da secretaria de saúde municipal e adesão dos profissionais, com parceria do setor educação.
Mais saúde. Promover e elevar o nível de informação da população sobre hipertensão arterial e os riscos cardiovasculares associados	Financeiros: Para folhetos educativos e aquisição de recursos audiovisuais
Saber mais. Ampliar o conhecimento individual e coletivo para melhorar, modificar e promover costumes, hábitos e estilos de vida saudáveis	Políticos: Articulação intersetorial, parceria com setor educação, a igreja, ativistas políticos locais, líderes formais e informais e mobilização social.

Fonte: Autoria própria

Para que o projeto seja inteiramente executado, será necessária a participação de outros atores (secretaria de saúde e parceiros da comunidade). O Quadro 7 apresenta a viabilidade do plano.

Quadro 7 – Viabilidade do plano

Operação-Projeto	Recursos Críticos	Controle dos Recursos Críticos		Ação estratégica
		Ator que controla	Motivação	
Mais educação. Linhas de trabalho. Acrescentar o conhecimento sobre hipertensão arterial e de cuidado para risco cardiovascular.	Político: Espaço físico, apoio da secretaria de saúde municipal e da gerência de saúde local e adesão dos profissionais	Secretaria de Saúde	Favorável	Apresentação de Projeto
Mais saúde. Promover e elevar o nível de informação da população sobre hipertensão arterial e os riscos cardiovasculares associados	Financeiro: Aquisição de materiais educativos e recursos audiovisuais	Secretaria de Saúde	Favorável	Apresentar demanda
Saber mais. Ampliar o conhecimento individual e coletivo para melhorar, modificar e promover mudanças no estilo de vida.	Políticos: Articulação intersetorial, parceria com setor educação, a igreja, ativistas políticos locais, líderes formais e informais e mobilização social.	Secretaria de Saúde e Equipe de Saúde da Família	Favorável	Apresentação de Projeto

Fonte: Autoria própria

A elaboração do plano de intervenção leva em consideração os resultados esperados, as ações estratégicas, os produtos, o prazo e o ator responsável pela operação. Mais detalhes no Quadro 8.

Quadro 8 - Elaboração do plano operativo

Operações	Resultados esperados	Ações estratégicas	Produtos	Responsável	Prazo
Mais educação	Elevar 100% da sua capacidade de trabalho da equipe como gestor principal das ações de saúde na comunidade, garantindo a cobertura de 80% da população com hipertensão arterial e risco cardiovascular em período de 1 ano.	Aulas expositivas e dinâmicas de grupo oferecidas durante os encontros do grupo de hipertensos.	Programa de capacitação individual e coletivo de educação no trabalho. Desenvolvimento dos protocolos de trabalho estabelecidos e linhas de cuidado para o risco cardiovascular modificável e hipertensão arterial.	Médico	3 meses a 6 meses
Mais saúde	Acrescentar em 50% o numero de pessoas com risco cardiovascular ao programa de educação e elevar 80% de adesão ao tratamento aos hipertensos cadastrados.	Oferecer apoio psicológico e medicamentoso para os tabagistas que desejam abandonar o vício.	Avaliação do nível de informação da população risco campanha educativa coletiva e individual.	Médico, Enfermeira,	3 meses
Saber mais	Acrescentar em 30% a incorporação dos hipertensos e pessoas com risco cardiovascular modificável aos programas de educação em 1 ano.	Estimular a prática de atividade física e oferecer aulas de ginástica, alongamento e caminhadas diárias. Acompanhamento com nutricionista.	Programa de educação para fomento da cultura alimentar e prática periódica de exercícios físicos com apoio da radio local e grupos pastoral de idoso. Avaliar o nível de informação do grupo a cerca das práticas alimentares saudáveis e a prática de exercícios físicos.	Médico, Enfermeira, Nutricionista	4 meses

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Novos desafios surgem a cada dia nos locais de atuação das equipes de saúde da família em todo Brasil. As condições crônicas ocupam um local de destaque dentre as inúmeras atribuições delegadas aos profissionais da Atenção Primária. A hipertensão arterial é sem sombra de dúvidas um dos maiores problemas presente em muitas realidades, acompanhado da inquietação dos profissionais quanto ao “controle” dos níveis pressóricos e redução das complicações cardiovasculares. Lidar com as nuances dessa condição significa entender, conhecer, planejar, agir e avaliar corretamente o plano terapêutico elaborado com vistas a promover a qualidade de vida dos indivíduos afetados. Em contrapartida, é inegável que a importância da participação do paciente na tomada de decisões sobre seu tratamento. Esta conduta deve ser adotada por todos os profissionais de saúde. Outra postura profissional que fortalece a adesão terapêutica é compartilhar o conhecimento acadêmico com uma linguagem simples e clara, o suficiente para o entendimento das metas e objetivos que se pretende alcançar com o tratamento.

Para a elaboração deste plano de ação, considerou-se a participação dos profissionais da equipe e dos usuários do serviço no planejamento dos grupos de educação. Nos atendimentos individuais, faz-se necessário a participação do paciente na escolha do tratamento. Dessa maneira, fica clara a expectativa de desenvolver medidas que para instruir os pacientes hipertensos, quanto aos fatores de risco, mudanças no estilo de vida, adesão ao tratamento e prevenção de complicações, a fim de melhorar a e estilo e a qualidade vida destes usuários.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica/ Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 128p. (Cadernos de Atenção Básica, n.37).

BRASIL. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Diário Oficial [da República Federativa do Brasil], Brasília, n.204, p.55, 24 out. 2011.

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. 2ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010. 110p.

GUSMÃO, J.L.; MION, Jr.D. Adesão ao tratamento—conceitos. **Rev. Bras. Hipertens.** vol.13 (1): 23-25, 2006.

HAYNES, R.B. *Determinants of compliance: The disease and the mechanics of treatment*. Baltimore MD, Johns Hopkins University Press, 1979

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTADÍSTICA-IBGE. Censo Demográfico Monte Sião. 2010. Disponível em: <<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?codmun=510523>>. Acesso em: 4 Maio. 2014.

JARDIM P.C.V, et al. Hipertensão arterial e alguns fatores de risco em uma capital brasileira. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo, v. 88, n. 4, p 452-7. 2007.

MENDES, E.V. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. / Eugênio Vilaça Mendes. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012. 512 p.

MINAS GERAIS. Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais. Diretrizes clínicas. Protocolos clínicos: Hipertensão arterial sistêmica. Disponível em: WWW.fhemig.mg.gov.br. Acesso em: 26 junho 2016.

POTTER,P.A.; PERRY,A.G. Grande tratado de enfermagem prática. São Paulo, 3ºed.: Editora Santos Livraria, 2001

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. **Arq. Bras. Cardiol.** 2007; 89 (3): e24-e79.

SMELTZER,S.C.; BARE,B.G. Tratado de enfermagem médico-cirúrgica,10 ed,: Rio de Janeiro. Editora Guanabara Koogan, 2006.