

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

**OSCAR NUNEZ RODRIGUEZ**

**PLANO DE AÇÃO PARA REDUZIR A DESCOMPENSAÇÃO DE  
HIPERTENSOS NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE MANTIQUEIRA,  
MUNICÍPIO DE BELO HORIZONTE, MINAS GERAIS**

**BELO HORIZONTE / MINAS GERAIS**

**2018**

**OSCAR NUNEZ RODRIGUEZ**

**PLANO DE AÇÃO PARA REDUZIR A DESCOMPENSAÇÃO DE  
HIPERTENSOS NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE MANTIQUEIRA,  
MUNICÍPIO DE BELO HORIZONTE, MINAS GERAIS**

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

Orientadora: Verônica Amorim Rezende

**BELO HORIZONTE / MINAS GERAIS**

**2018**

**OSCAR NUNEZ RODRIGUEZ**

**PLANO DE AÇÃO PARA REDUZIR A DESCOMPENSAÇÃO DE  
HIPERTENSOS NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE MANTIQUEIRA,  
MUNICÍPIO DE BELO HORIZONTE, MINAS GERAIS**

**Banca examinadora**

Verônica Amorim Rezende- orientadora

Profa. Dra. Matilde Meire Miranda Cadete – UFMG

Aprovado em Belo Horizonte, em 25 de abril de 2018.

## **AGRADECIMENTOS**

A minha família por todo o amor e apoio brindado.

A minha professora orientadora pelo auxílio e dedicação.

A equipe do ESF Dourada do Posto de Saúde Mantiqueira pela recepção calorosa e por todos os ótimos momentos de trabalho juntos.

## RESUMO

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) tem origem multifatorial sendo caracterizada por níveis elevados e mantidos da pressão arterial (PA), considerando -se valores de PA > ou igual a 140/90mmHg. Percebe-se que na Unidade Básica de Saúde (UBS) Mantiqueira existe um alto índice de pacientes hipertensos descontrolados devido à falta de adesão ao tratamento. Este estudo tem como objetivo elaborar projeto de intervenção para reduzir os hipertensos descompensados da equipe dourada, da UBS Mantiqueira, localizada no município de Belo Horizonte, Minas Gerais. Foi realizada análise conceitual, por meio de busca narrativa na literatura, no período de 2006 a 2016, nas bases de dados: *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), edições do Ministério da Saúde e outros. Para a elaboração do plano de intervenção foi utilizado como embasamento o Planejamento Estratégico Situacional (PES). O plano de ação elaborado inclui modificar o conhecimento dos pacientes acerca da doença, seus principais fatores de risco e complicações. É muito importante que a equipe de saúde conheça as dificuldades dos pacientes em aderir ao tratamento proposto para poder planejar as ações e lograr melhor qualidade de vida dos pacientes com esta doença.

Palavras chave: Hipertensão. Doenças Crônicas. Atenção Primária à Saúde. Saúde da Família.

## **ABSTRACT**

Hypertension (SAH) has a multifactorial origin being characterized by high levels and kept blood pressure (PA), considering values of PA > or equal to 140/90 mmHg. Realize that the Basic Health Unit (BHU) Mantiqueira exists a high rate of hypertensive patients out of control due to a lack of adoption. This study aims to develop intervention project to reduce the revolutions of the Golden team, hypertensive UBS Mantiqueira, located in the municipality of Belo Horizonte, Minas Gerais. Conceptual analysis was performed, through narrative search in the literature, in the period from 2006 to 2016, in databases: Scientific Electronic Library Online (SciELO), editions of Ministry of health and others. For the intervention plan was used as a Situational strategic planning basis (PES). The plan of action drawn up includes modifying the knowledge of patients about the disease, its main risk factors and complications. It is very important that the health team meet patients ' difficulties in joining the proposed treatment to be able to plan the actions and achieving better quality of life of patients with this disease.

Keywords: Hypertension. Chronic Diseases. Primary health care. Family health.

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABS	Atenção Básica à Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
BH	Belo Horizonte
CS	Centro de Saúde
ESB	Equipes de Saúde Bucal
ESF	Estratégia Saúde da Família
ESM	Equipes de Saúde Mental
CadÚnico	Cadastro Único dos Programas do Governo Federal
CMSBH	Conselho Municipal de Saúde de Belo Horizonte
COPASA	Companhia de Saneamento
IBGE	Instituto Brasileira de Geografia e Estadística
IDHM	Índice de Desenvolvimento Humano
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
PLHIS	Plano Local de Habitação de Interesse Social.

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> -----	<b>9</b>
<b>2 JUSTIFICATIVA</b> -----	<b>15</b>
<b>3 OBJETIVO</b> -----	<b>16</b>
<b>4 METODOLOGIA</b> -----	<b>17</b>
<b>5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA</b> -----	<b>18</b>
<b>6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO</b> -----	<b>22</b>
<b>7 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> -----	<b>28</b>
<b>REFERÊNCIAS</b> -----	<b>29</b>

## 1 INTRODUÇÃO

### 1.1 Breve descrição do município

Belo Horizonte é a capital, política e administrativa, do segundo estado mais populoso do Brasil, estado de Minas Gerais. Conta com uma área de aproximadamente 331 km<sup>2</sup> e possui morros e baixadas. O município é cercado pela Serra do Curral e faz limites com Nova Lima e Brumadinho, a sul; Sabará e Santa Luzia, a leste; Santa Luzia e Vespasiano, a norte; e Ribeirão das Neves, Contagem e Ibirité, a oeste. É a segunda capital de estado mais próxima de Brasília, atrás apenas de Goiânia. A cidade foi inaugurada em 1897 e hoje está com 120 anos, abrigando uma população estimada para o ano de 2017 de 2.523.794 habitantes. Tem como densidade demográfica 7.167 habitantes por Km<sup>2</sup> (IBGE, 2017).

O município possui 858 metros de altitude, com o clima tropical, cuja temperatura média anual fica em torno de 21,1° C. Não há diferenças significativas de temperatura nas quatro estações do ano. Os verões apresentam temperaturas mínimas médias de 18°C e máximas médias de 28°C. Os invernos têm temperaturas mínimas médias de 13°C e máximas médias de 25°C. Localiza-se na bacia do São Francisco, tendo os Ribeirões Arrudas e do Onça, como afluentes do Rio das Velhas. A região compõe-se de rochas cristalinas, que pertencem a Serra do Itacolomi, e possui como ramificações a cordilheira do Espinhaço. O Parque da Serra do Curral apresenta altitudes médias variando entre 1.200 e 1.380 metros, com formação típica do conjunto que compõe o Quadrilátero Ferrífero, representadas por itabiritos, dolomitos, quartzitos, filitos e xistos diversos. (BELO HORIZONTE, 2017).

O salário médio mensal de pessoas ocupadas em 2015 era de 3,7 salários mínimos. A proporção de pessoas ocupadas em relação à população total era de 55,4% (IBGE, 2017). Ainda de acordo com o estudo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a administração pública, incluindo saúde, educação e seguridade social, detém 10,9% do valor do produto municipal (IBGE, 2017).

O município apresenta um Índice de Desenvolvimento Humano (IDHM) de 0,810 situado na faixa considerada “Muito Alto” (IDHM entre 0,8 e 1). O IDHM é composto pelos seguintes componentes: educação, que no município está 0,737; renda, no valor de 0,841 e Longevidade calculada em 0,856. Houve redução de 52,26%, entre 1991 e 2010, no IDHM que tem como limite o índice 1 (IBGE,2010).

No ano 2015, os alunos dos anos iniciais da rede pública da cidade tiveram nota média de 6.2 no Índice de Desenvolvimento da Educação Básica (IDEB). Para os alunos dos anos finais, essa nota foi de 4.4. Ao comparar com as cidades de Minas Gerais, a nota de Belo Horizonte nos anos iniciais deixou a posição de 341 de 853. Enquanto isso, considerando a nota dos alunos dos anos finais, a posição passava a 517 de 853. A taxa de escolarização (para pessoas de 6 a 14 anos) foi de 97.6 em 2010 (IBGE, 2017).

Belo Horizonte destaca-se em relação ao comércio, à prestação de serviços e setores de tecnologia de ponta (destaque para as áreas de biotecnologia e informática). Houve como investimento nesses setores a implantação do Parque Tecnológico de Belo Horizonte, e centro de convenções – Expominas (BELO HORIZONTE, 2017).

O município de Belo Horizonte está dividido em nove administrações regionais (Barreiro, Centro Sul, Leste, Nordeste, Noroeste, Norte, Oeste Pampulha e Venda Nova). O quadro 01 apresenta a população, área territorial e densidade demográfica, segundo região administrativa.

Quadro 1: Administrações regionais de Belo Horizonte.

População, área e densidade demográfica por Região Administrativa (Novo Limite), no município de Belo Horizonte, ano 2010

Região Administrativa*	População	Área Km <sup>2</sup>	Densidade Demográfica
BARREIRO	282552	53,8987	5242,3
CENTRO-SUL	283776	32,6224	8698,8
LESTE	238539	28,1507	8473,6
NORDESTE	290353	39,5199	7347,0
NOROESTE	268038	29,9359	8953,7
NORTE	212055	32,7808	6468,9
OESTE	308549	35,1570	8776,3
PAMPULHA	226110	51,1929	4416,8
VENDA NOVA	265179	29,1103	9109,4
<b>Total geral</b>	<b>2.375.151</b>	<b>332,369</b>	<b>7146,1</b>

Fonte: IBGE - Censo 2010

\*As informações por Região Administrativa estão de acordo com o novo limite vigente a partir de 2011, regulado pela Lei 10.231/11

O município de Belo Horizonte possui algumas características como a melhoria dos principais indicadores econômicos e sociais (como o IDH, a renda per capita, a redução da mortalidade infantil e materna) e a piora das doenças crônicas não transmissíveis que aumentam, conforme o envelhecimento da população, e àquelas decorrentes do aumento da violência). Ao mesmo tempo, ainda persistem, as doenças transmissíveis emergentes e re-emergentes, assim como a alta carga de acidentes e violências (BELO HORIZONTE, 2017).

## 1.2. Sistema municipal de saúde

A rede de Saúde de Belo Horizonte está dividida em Atenção Básica, Atenção Especializada, Urgência e Emergência, Regulação da Atenção Hospitalar, Regulação da Alta Complexidade e Vigilância à Saúde. No total, há 180 unidades em toda a cidade.

Belo Horizonte conta com 15 unidades dos serviços de urgência, sendo oito Unidades de Pronto Atendimento (UPA), distribuídas por regionais, e sete hospitais pronto socorros de hospitais públicos. Tem como rede hospitalar o Hospital Metropolitano Odilon Behrens, o Hospital Metropolitano Dr. Célio de Castro e 28

hospitais da rede conveniada. Para continuidade do cuidado, conta com as unidades da Rede Complementar, da Rede de Urgências e Emergências, da Rede Hospitalar e com os equipamentos de Vigilância em Saúde, que apresenta a distribuição das unidades próprias do SUS-BH (BELO HORIZONTE, 2017).

Em relação à rede especializada têm-se as seguintes unidades de referências secundárias (URS): URS Centro Sul; URS Saudade; URS Campos Sales; URS Sagrada Família; URS Padre Eustáquio. Além disso, há as clínicas conveniadas. Para as pessoas com necessidade de reabilitação, há quatro centros de reabilitação (CREAB) distribuídos nas regionais Leste, Noroeste, Centro Sul e Venda Nova. Estes serviços contam com profissionais de fisioterapia, fonoaudiologia e terapia ocupacional.

O município tem, atualmente, 150 centros de saúde, 588 equipes de Estratégia Saúde da Família, 300 Equipes de Saúde Bucal (ESB), 58 Equipes de Saúde Mental (ESM), 60 polos de Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e 63 academias da cidade, que constituem a Rede de Atenção Primária à Saúde (APS). Possui, assim, aproximadamente 17.000 profissionais de diversas categorias, com cerca de 10.000 trabalhadores na APS (BELO HORIZONTE, 2017).

A Estratégia Saúde da Família beneficia 83% da população de Belo Horizonte, o que faz da cidade o município com a maior cobertura de estratégia entre as capitais do país. Em áreas de vulnerabilidade social, a cobertura chega a 100%. Os centros de saúde formam a rede de atenção básica. São os serviços mais próximos da casa dos usuários e devem ser a porta de entrada dos serviços de saúde quando as pessoas apresentam algum problema de saúde. Cada equipe da ESF possui um médico de família, um enfermeiro, dois auxiliares de enfermagem e quatro a seis agentes comunitários de saúde (ACS). Os centros de saúde têm também profissionais de apoio ao BH Vida: Saúde integral. São clínicos, pediatras, ginecologistas, cirurgiões-dentistas (BELO HORIZONTE, 2017).

O distrito Venda Nova, no qual o autor do presente trabalho está inserido, tem uma População de 242.341 habitantes, sendo 125.100 mulheres e 117.241 homens. Na

área de saúde, Venda Nova conta com 12 centros de saúde, uma unidade de pronto atendimento - UPA, uma farmácia distrital e uma central de material esterilizado. Conta, ainda, com uma agência do IPSEMG, uma maternidade - Mater Clínica, uma clínica - Clínica Maria Amélia, um hospital psiquiátrico - PSICOMINAS, um hospital geral - Hospital Dom Bosco, que são coordenados pela Prefeitura de Belo Horizonte. Além dos serviços de saúde já citados, há também o Pronto Socorro Estadual de Venda Nova que foi inaugurado, recentemente. Venda Nova possui vários consultórios de médicos, dentistas, psicólogos e laboratórios de análise clínica, com atendimento a clientes particulares, convênios e SUS (BELO HORIZONTE, 2017).

### **1.3 A Equipe de Saúde da Família Mantiqueira, seu território e sua população**

O Centro de Saúde Mantiqueira, local em que o autor faz parte da equipe de trabalho, está localizado na Rua Maria Luiza Lara. A unidade atende cerca de 40 anos no local, sendo que, atualmente, possui uma população de 19.000 habitantes na área de abrangência. Conta com seis equipes: amarela, vermelha, verde, azul, dourada e rosa. Todas as equipes contam com a presença de um médico, uma enfermeira, uma técnica de enfermagem e quatro agentes comunitários de saúde. Apresenta o apoio de uma pediatra; um clínico de apoio; um ginecologista; uma psiquiatra; duas psicólogas; duas ESB que atendem as Equipes de Saúde da Família. Conta com o apoio do serviço do Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) que possui no quadro de profissionais: dois fisioterapeutas, dois nutricionistas, assistente social, farmacêutico fonoaudióloga e terapeuta ocupacional.

Além disso, há o pessoal do administrativo e de serviços gerais e um agente de segurança. A unidade funciona de segunda a sexta feira, de 07:00 às 18:00 horas. Localiza-se numa área que apresenta uma estrutura de saneamento urbano básico. Parte significativa da comunidade vive em moradias com boas estruturas. O analfabetismo ainda ocorre em menor porcentagem, principalmente entre os maiores de 50 anos. A população conserva hábitos e costumes próprios da população urbana brasileira.

A área destinada à recepção é pequena se comparada com o fluxo de habitantes. Isso faz com que haja um tumulto nos horários de pico de atendimento (manhã). Isto dificulta, em muito, o atendimento e é motivo de queixas de usuários e profissionais de saúde. Muitos usuários têm de aguardar em pé, já que não existe espaço nem cadeiras para todos. Essa situação sempre é lembrada nas discussões sobre humanização do atendimento. Existe um local de reuniões, área de vacinas, farmácia, sala de curativos, sala de coleta do material de exame, sala de procedimentos para atendimento de urgências, área de esterilização do material, nove consultórios e área de cozinha. A unidade atualmente possui equipamentos e recursos adequados para o trabalho da equipe.

Nossa equipe, denominada dourada, conta com oito profissionais (um médico, um enfermeiro, dois auxiliares de enfermagem, quatro ACS), com atendimento a um total de 3073 usuários e 904 famílias cadastradas. O horário de atendimento da Equipe Dourada inicia de 09:00 horas às 12horas e de 13horas às 18 horas. O horário da manhã está ocupado quase que exclusivamente com as atividades de atendimento à demanda espontânea. No turno da tarde, tem atendimento para pacientes que incluem demanda programada como pré-natal, puericultura, prevenção do câncer de mama e do útero, atendimento individual a doenças crônicas como hipertensos e diabéticos.

#### **1.4 Problemas de saúde do território e da comunidade**

A equipe possui pacientes com várias comorbidades, especialmente, as cardiovasculares, doença renal, câncer, hipertensos e diabéticos, sendo atualmente o câncer e as complicações cardiovasculares, as mais frequentes causas de óbito. Há um total de 109 diabéticos e 367 hipertensos.

#### **1.5 Priorizações dos problemas**

Foi realizado um diagnóstico situacional da equipe Dourada, junto com os membros da equipe, para identificar os principais problemas existentes na área de abrangência, a fim de eleger aquele que tiver maior prioridade para intervenção por parte da equipe. Foi eleita a elevada descompensação de hipertensos, muitas vezes, com baixa adesão ao tratamento.

## 2 JUSTIFICATIVA

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) se destaca na transição epidemiológica, sendo apontada a predominância das doenças crônicas não transmissíveis, como a principal causa de morbimortalidade na população. Além disso, é um dos principais fatores de risco para doenças cardíacas e descontrola das mesmas (BRASIL, 2013).

A hipertensão arterial é a doença circulatória mais prevalente e é frequentemente associada a alterações metabólicas, que conduzem ao maior risco para desenvolvimento de doenças cardiovasculares fatais e não fatais insuficiência renal e outras complicações (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

Ao avaliar, junto aos profissionais da equipe, a descompensação da HAS, foi considerada o maior desafio para enfrentamento. Em nossa área de abrangência existem 367 pacientes hipertensos, destes, 63 pacientes apresentam hipertensão sem controle, sendo a primeira causa de descompensação, a falta de adesão ao tratamento, totalizando 34 pacientes.

Diante disso, é necessário realizar um plano de ação que permita reverter esse problema, conscientizando os pacientes da importância do uso correto dos medicamentos prescritos, proporcionando uma maior qualidade de vida aos pacientes.

### **3 OBJETIVO**

Elaborar projeto de intervenção para reduzir os hipertensos descompensados da equipe dourada, da UBS Mantiqueira, localizada no município de Belo Horizonte, Minas Gerais.

## 4 METODOLOGIA

Este trabalho se caracteriza como um projeto de intervenção que visa reduzir o número de usuários hipertensos descompensados da equipe dourada, da UBS Mantiqueira, localizada no município de Belo Horizonte, Minas Gerais. Para isso, foi realizado um diagnóstico situacional da área de abrangência da equipe. Este diagnóstico foi elaborado, a partir do método de Estimativa Rápida, uma das etapas do Planejamento Estratégico Situacional (PES), para posterior elaboração do plano de ação. O PES possui dez passos, conforme proposto no Módulo Planejamento e Avaliação das Ações de Saúde (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010)

Foi realizada também pesquisa bibliográfica, por meio de busca narrativa na literatura, no período de 2007 a 2017, na base de dados da *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), edições do Ministério da Saúde e outros. Para nortear a busca foram utilizados os seguintes descritores: Hipertensão, Doenças Crônicas, Atenção Primária à Saúde e Saúde da Família.

Para realizar este projeto de intervenção foi necessário articular parcerias com unidades de atenção secundária; secretaria de saúde; garantir a distribuição dos medicamentos necessários para o controle adequado da doença.

## 5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

A hipertensão arterial é considerada uma doença crônica não transmissível, tendo prevalência entre 15% e 20% na população adulta e mais de 50% na população idosa (LIMA, 2016). De acordo com o documento da 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão entende-se como hipertensão arterial sistêmica (HAS):

Hipertensão arterial (HA) é condição clínica multifatorial caracterizada por elevação sustentada dos níveis pressóricos  $\geq 140$  e/ou 90 mmHg. Frequentemente se associa a distúrbios metabólicos, alterações funcionais e/ou estruturais de órgãos-alvo, sendo agravada pela presença de outros fatores de risco (FR), como dislipidemia, obesidade abdominal, intolerância à glicose e diabetes melito (DM) (SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO, 2016, p.7).

A doença hipertensiva pode ser classificada da seguinte forma, segundo a VI Diretriz de Hipertensão Arterial>

Quadro 2 - Classificação da pressão arterial de acordo com a medida casual no consultório (> 18 anos).

<b>Classificação</b>	<b>Pressão sistólica (mmHg)</b>	<b>Pressão diastólica (mmHg)</b>
Ótima	< 120	< 80
Normal	< 130	< 85
Limítrofe*	130–139	85–89
Hipertensão estágio 1	140–159	90–99
Hipertensão estágio 2	160–179	100–109
Hipertensão estágio 3	$\geq 180$	$\geq 110$
Hipertensão sistólica isolada	$\geq 140$	< 90

Fonte: Sociedade Brasileira de Hipertensão (2010)

Apointa-se que quando as pressões sistólicas e diastólicas se situam em categorias diferentes, a maior deve ser utilizada para classificação da pressão arterial.

A HAS é considerada um fator de risco para as doenças cardiovasculares que são as causas mais comuns de morbidade e mortalidade em todo o mundo. Entre as complicações estão: morte súbita; edema agudo de pulmão; insuficiência renal; infarto agudo do miocárdio (IAM) e acidente vascular encefálico (AVE) (SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO, 2016).

A doença é considerada silenciosa, sendo na maioria das vezes de evolução lenta e assintomática. Isso faz com que ela se torne perceptível somente quando um evento cardiovascular ocorre, com implicações na qualidade de vida, ou mesmo morte do indivíduo. Desta forma, por ter essa característica, faz com que a HAS não traga preocupações acerca do seu cuidado, o que desencadeia uma baixa adesão ao tratamento com aumento do risco de complicações (LIMA, 2016).

O tratamento da hipertensão arterial se divide em dois grandes grupos: o medicamentoso e o não medicamentoso. O tratamento medicamentoso é relevante para obter um bom controle da pressão arterial. O médico deve considerar que o medicamento deve ser tolerado pelo paciente, que o tratamento deve iniciar com as menores doses preconizadas para cada indivíduo, podendo ser aumentadas gradativamente. Além disso, deve respeitar o prazo mínimo de 4 semanas para realizar o aumento da dose e ou a associação de outras drogas. É relevante orientar o paciente sobre a doença, sobre os efeitos colaterais dos medicamentos utilizados e sobre a planificação e os objetivos terapêuticos. Há seis grandes grupos de anti-hipertensivos cada um com mecanismos de ações diferentes. São eles: Diuréticos; Inibidores adrenérgicos; Vasodilatadores diretos; Inibidores da enzima conversora da angiotensina; antagonistas dos canais de cálcio; antagonistas do receptor da angiotensina II (SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO, 2016).

O tratamento não medicamentoso se inscreve nos principais fatores ambientais modificáveis da hipertensão arterial, dentre os quais podemos listar os hábitos alimentares inadequados, principalmente alimentação rica em sal e baixo consumo de vegetais, inatividade física, obesidade, uso exagerado de álcool. Todos esses fatores mencionados, se sanados, reduzem a pressão arterial e diminuem, portanto, o risco cardiovascular (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2007).

As mudanças no estilo de vida são de grande importância na redução da pressão arterial. Porém, estudos demonstram que indivíduos com hipertensão não percebem a necessidade de modificar hábitos de vida, sejam àqueles relacionados ao trabalho, ao meio social e à dinâmica familiar, até que apareçam as complicações provocadas pela doença (COSTA e SILVA et al.,2008)

Realizar uma dieta com baixa ingestão de sódio e baseada em verduras e legumes, frutas, cereais integrais, leite e derivados desnatados, leguminosas, além de pouco consumo de gorduras saturadas e trans. tem demonstrado ser capaz de prevenir e reduzir a pressão arterial. Outro ponto da literatura muito relatado é o de que a prática de atividade física regular reduz o risco de cardiopatia e acidente vascular encefálico. Isso ocorre pelo exercício físico melhorar o metabolismo da glicose e reduzir o nível de gordura, além de reduzir a pressão arterial. Alterar ou modificar o estilo de vida é algo difícil, no entanto, a educação em saúde é uma opção fundamental para conduzir as pessoas a essas modificações (SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO, 2016).

Costa e Silva et al. (2008, p. 501) dizem:

A adesão de portadores ao tratamento da doença está submetida a influências, podendo estar relacionada à própria enfermidade, com suas características de cronicidade e sintomatologia inespecífica, e ao tratamento que envolve mudanças no estilo de vida, além do uso constante de medicamentos. Outros fatores condizentes com a adesão são as questões institucionais associadas à dispensação de medicamentos e, ainda, a dificuldade de acesso às ações de controle

Em resumo, o principal objetivo do tratamento da hipertensão arterial é reduzir a morbimortalidade. Assim, os anti-hipertensivos e o tratamento não medicamentoso devem diminuir os níveis de pressão arterial e os eventos cardiovasculares fatais e não-fatais, possibilitando assim, a diminuição da taxa de mortalidade. Percebe-se

que há necessidade da implantação de projetos que estimulem a prevenção e o tratamento das condições crônicas. Nesse sentido, o espaço da Atenção Primária à Saúde (APS) tem papel essencial para promover ações de prevenção e promoção à saúde com vistas a melhorar a qualidade de vida da população (COSTA e SILVA et al., 2008).

## **6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO**

Uma proposta de intervenção é uma ferramenta de trabalho que garante uma melhor qualidade durante o processo de atendimento, e permite um grupo de ações futuras. Segundo Campos, Farias e Santos (2010), um plano de ação está em constante transformação, devendo orientar a equipe que planeja.

### **6.1. Identificação dos problemas**

Após a realização do diagnóstico de saúde da nossa área de abrangência foi possível identificar os principais problemas que afetam nossa população:

- ✓ Pacientes hipertensos descompensados, por falta de adesão ao tratamento.
- ✓ Alta incidência de sífilis
- ✓ Alta incidência de doenças de saúde mental.
- ✓ Uso indiscriminado de antidepressivos e ansiolíticos.

### **6.2. Priorização do Problema**

O problema de maior relevância foi a alta incidência de pacientes hipertensos descompensados por falta de adesão ao tratamento. Além disso, outro aspecto muito importante é que os pacientes têm um alto número de medicamentos em seu tratamento e não se consegue seu controle. No quadro 3, a seguir, foram analisados a importância, a urgência e o grau de enfrentamento do problema dos problemas identificados, sendo priorizado àquele de maior relevância.

Quadro 3- Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adstrita à equipe de Saúde Dourada, Centro de Saúde Mantiqueira, Belo Horizonte, Minas Gerais.

<b>Problemas</b>	<b>Importância*</b>	<b>Urgência**</b>	<b>Capacidade de enfrentamento***</b>	<b>Seleção/ Priorização****</b>
Alta incidência de pacientes Hipertensos descompensados por falta de adesão ao tratamento.	Alta	10	Parcial	1
Alta incidência da sífilis.	Alta	6	Parcial	2
Alta incidência de doenças mentais	Alta	5	Parcial	3
Uso indiscriminados de antidepressivos e ansiolíticos	Alta	3	Parcial	4

\*Importância

\*\* Urgência

\*\*\*Capacidade de enfrentamento

\*\*\*\*Seleção de priorização

### **6.3. Descrição do problema**

Em nossa área de abrangência existem 367 pacientes hipertensos, destes, 63 pacientes apresentam hipertensão sem controle sendo a primeira causa de descompensação, a falta de adesão ao tratamento totalizando 34 pacientes.

### **6.4. Explicação do problema**

O descontrole da hipertensão está relacionado com a falta de interesse por parte do paciente ocasionando baixa adesão ao tratamento, baixo conhecimento acerca do tratamento e complicações da HAS; o alto número de medicamentos em seu

tratamento e baixa oferta de ações preventivas e promotoras à saúde relacionadas a HAS.

### **6.5. Identificação e Seleção dos Nós Críticos.**

- Falta de conhecimento dos usuários sobre a doença.
- Uso incorreto dos medicamentos.
- Hábitos e estilos de vida inadequados

A partir deste momento no texto, os próximos passos do PES serão desenvolvidos em um quadro para cada nó crítico.

Quadro 4 – Operações sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema “ Alto índice de pacientes hipertensos descompensados por falta de adesão ao tratamento”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família, Dourado, da UBS: Mantiqueira, do município Belo Horizonte, estado de Minas Gerais.

<b>Nó crítico 1</b>	Falta de conhecimento dos usuários sobre a doença.
<b>Operação</b> (operações)	<b><i>Espaço de Saúde</i></b>
<b>Projeto</b>	<p>Criar grupos operativos em parceria com equipe do NASF para aumentar o nível de conhecimento sobre a doença e fatores de risco.</p> <p>Reforçar as orientações em momentos oportunos (demanda espontânea e demanda programada) sobre a hipertensão, incentivando o controle com a medicação e aferição da pressão arterial com frequência.</p> <p>Capacitar a equipe de saúde</p>
<b>Resultados esperados</b>	Menor número de pacientes hipertensos descompensados em prazo de 1 ano.
<b>Produtos esperados</b>	Grupos educativos com informações simples, sobre a causa, fatores de risco e tratamento.
<b>Recursos necessários</b>	<p>Estrutural: Espaço físico para realizar os grupos educativos</p> <p>Cognitivo: Informação sobre o tema e estratégias de comunicação;</p> <p>Financeiro: Para a aquisição de recursos didáticos e audiovisuais.</p> <p>Político: mobilização social</p>
<b>Recursos críticos</b>	<p>Estrutural: : Espaço físico para realizar os grupos educativos</p> <p>Político: Mobilização social</p>
<b>Controle dos recursos críticos</b>	Equipe de saúde da Família
<b>Prazo</b>	Três meses para o início das atividades
<b>Responsável (eis) pelo acompanhamento das operações</b>	Médico da Equipe
<b>Processo de monitoramento e avaliação das operações</b>	Contínuo, por meio de planilhas de monitoramento

Quadro 5 – Operações sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema “Alto índice de pacientes hipertensos descompensados por falta de adesão ao tratamento”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família, Dourado, da UBS: Mantiqueira, do município Belo Horizonte, estado de Minas Gerais.

<b>Nó crítico 2</b>	Uso incorreto dos medicamentos
<b>Operação</b> (operações)	<b><i>Uso correto da medicação</i></b>
<b>Projeto</b>	Trabalhar em parceria com a farmacêutica para orientação individual com aqueles pacientes que apresentam dificuldade em fazer uso correto da medicação.  Orientar os familiares dos pacientes para administrar a medicação de acordo com a prescrição médica.  Capacitar a equipe de saúde
<b>Resultados esperados</b>	Melhora no controle da doença com uso correto da medicação.
<b>Produtos esperados</b>	Grupos e atendimentos individuais com farmacêutica agregando familiares;  Atendimento individual médico com foco na tomada de medicações
<b>Recursos necessários</b>	Estrutural: Espaço físico para realizar atendimento individual e familiar. Cognitivo: Informação sobre o tema e estratégias de comunicação; Financeiro: Para a aquisição de recursos didáticos e audiovisuais. Político:
<b>Recursos críticos</b>	Estrutural: espaço físico para realizar atendimento individual e familiar Político: Mobilização social
<b>Controle dos recursos críticos</b>	Médica Farmacêutica
<b>Prazo</b>	Três meses para o início das atividades
<b>Responsável (eis) pelo acompanhamento das operações</b>	Médico da Equipe
<b>Processo de monitoramento e avaliação das operações</b>	Contínuo, por meio de planilhas de monitoramento

Quadro 6 – Operações sobre o “nó crítico 3” relacionado ao problema “ Alto índice de pacientes hipertensos descompensados por falta de adesão ao tratamento”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família, Dourado, da UBS: Mantiqueira, do município Belo Horizonte, estado de Minas Gerais.

<b>Nó crítico 3</b>	Hábitos e estilo de vida inadequados
<b>Operação</b> (operações)	<b><i>Mais Saúde</i></b>
<b>Projeto</b>	Modificar hábitos e estilos de vida dos usuários. Capacitar as equipes de saúde
<b>Resultados esperados</b>	Diminuir o número de sedentários, obesos e tabagistas no prazo de 1 ano.
<b>Produtos esperados</b>	Grupos educativos sobre hábitos e estilos de vida saudáveis; Grupo de caminhadas.
<b>Recursos necessários</b>	Estrutural: espaço físico para realizar os grupos educativos e de caminhada Cognitivo: informação sobre o tema e estratégias de comunicação; Financeiro: para a aquisição de recursos didáticos e audiovisuais. Político: mobilização social e articulação com NASF para organizar as caminhadas, exercícios.
<b>Recursos críticos</b>	Estrutural: Espaço físico para realizar os grupos educativos e de caminhada Político: mobilização social
<b>Controle dos recursos críticos</b>	Equipe de saúde da Família NASF
<b>Prazo</b>	Três meses para o início das atividades
<b>Responsável (eis) pelo acompanhamento das operações</b>	Médico da Equipe Enfermeiro
<b>Processo de monitoramento e avaliação das operações</b>	Contínuo, por meio de planilhas de monitoramento

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A hipertensão arterial é uma doença que afeta todas as classes econômicas e não faz distinção de qual tipo de pessoa que poderá desenvolvê-la. As altas taxas de prevalência e reduzido controle adequado na atenção básica de saúde são motivos pelos quais se deve pensar em intervenções eficazes para a minimização do problema. Durante a intervenção se realizará um seguimento contínuo dos resultados obtidos, para poder avaliar o impacto da estratégia.

Espera-se que haja alguma transformação positiva decorrente do projeto de intervenção havendo por parte dos pacientes um incremento dos conhecimentos sobre a doença. Com isso, possibilita-se transformar o modo e estilo de vida em mais saudáveis e, assim, modificar os principais fatores de risco, permitindo uma melhor adesão ao tratamento. Considera-se que com um melhor acompanhamento familiar e seguimentos padronizados em consultas com a comunidade, teremos um controle satisfatório da doença que evite as complicações.

Com o plano de ação para o enfrentamento ao principal problema de saúde foram utilizadas várias abordagens, por exemplo: Inclusão dos pacientes em grupos operativos específicos para a HAS; incremento dos conhecimentos sobre a doença, principais fatores de risco e estilos de vida saudáveis; importância do uso correto e mantido dos medicamentos prescritos para o controle da doença; abordagens dos principais sintomas e complicações da doença; abordagem da família para apoio ao paciente ao uso correto e contínuo dos medicamentos.

## REFERENCIAS

BELO HORIZONTE. **Plano Municipal de Saúde de Belo Horizonte**. 2017 Disponível em: <<https://prefeitura.pbh.gov.br/sites/default/files/estrutura.../saude/.../2017.pdf>>. Acesso em: 21 jun.2017.

CAMPOS, F. C.; FARIA, H. P.; SANTOS, M. A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. 2 ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010. Disponível em:<<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/3872.pdf>>. Acesso em: 14 jun. 2017.

COSTA e SILVA, M.E.D. *et al.* As representações sociais de mulheres portadoras de Hipertensão Arterial. **Rev Bras Enferm**, v. 61, n.4, p. 500-7, 2008. Disponível em: [www.scielo.br/pdf/reben/v61n4/17](http://www.scielo.br/pdf/reben/v61n4/17)

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **IBGE @Cidades**. Belo Horizontes. 2017 Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/belo-horizontes/panorama>>. Acesso em: 18 sep. 2017.

LIMA D.B.S et al. Associação entre Adesão ao Tratamento e Tipos de Complicações Cardiovasculares em Pessoas com Hipertensão Arterial. **Texto Contexto Enferm**, v. 25, n. 3, p. e0560015, 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v25n3/pt>> Acesso em: 15 fev. 2017.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo, v. 89, n. 3, p. e24-e79, Sept. 2007

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial. **Arq. Bras. Cardiol.**, v.107, n.3016, supl.3, 2016. Disponível em: <[http://publicacoes.cardiol.br/2014/diretrizes/2016/05\\_HIPERTENSAO\\_ARTERIAL.pdf](http://publicacoes.cardiol.br/2014/diretrizes/2016/05_HIPERTENSAO_ARTERIAL.pdf)>. Acesso em: 12 out. 2017.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. Sociedade Brasileira de Hipertensão. Sociedade Brasileira de Nefrologia. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Arq. Bras. Cardiol.**, v.95, n.1, suppl.1, p.51, 2010

