

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

**MÔNICA MONTEIRO BARBOSA**

**ORGANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA AOS PORTADORES DE  
HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA: plano de intervenção**

**FORMIGA-MG  
2014**

**MÔNICA MONTEIRO BARBOSA**

**ORGANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA AOS PORTADORES DE  
HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA: plano de intervenção**

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

Orientadora: Ms.Eulita Maria Barcelos

**FORMIGA-MG  
2014**

**MÔNICA MONTEIRO BARBOSA**

**ORGANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA AOS PORTADORES DE  
HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA: plano de intervenção**

Banca Examinadora

---

Prof. Ms. Eulita Maria Barcelos(UFMG)

---

Prof.

Aprovado em:

Belo Horizonte, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2014.

Dedico este trabalho a Deus e aos meus familiares, que sempre me apoiaram com palavras e gestos nesta jornada.

## **AGRADECIMENTOS**

A Deus, pela oportunidade de vida que com certeza sempre esteve ao meu lado, proporcionando mais uma vez um desafio ao qual consegui vencer, devido a sua proteção.

Aos colegas, amigos, tutores, orientador, funcionários, professores, alunos e todas outras pessoas que de alguma forma contribuíram para elaboração deste trabalho.

*“Há três coisas na vida que nunca voltam atrás:  
a flecha lançada, a palavra pronunciada e a  
oportunidade perdida.”*

Provérbio Chinês

## LISTA DE ABREVIATURAS

- HAS - Hipertensão arterial sistêmica
- ACS - Agente comunitários de saúde
- NASF - Núcleo de Apoio a Saúde da Família
- PA - Pressão arterial
- SUS - Sistema Único de Saúde
- ESF - Estratégia de Saúde da Família
- UBS - Unidade Básica de Saúde
- PAS - Pressão Arterial Sistólica
- PAD - Pressão Arterial Diastólica
- MAPA - Monitorização Ambulatorial da Pressão Arterial

## LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 – Problema priorizado - 2014.....	26
QUADRO 2 – Delineamento das operações - 2014.....	27
QUADRO 3 – Recursos críticos - 2014.....	28
QUADRO 4 - Plano operativo – 2014.....	29



## RESUMO

A hipertensão arterial ou "pressão alta" é a elevação da pressão arterial para números acima dos valores considerados normais. Esta elevação anormal pode causar lesões em diferentes órgãos do corpo humano, tais como cérebro, coração e rins. As causas do problema, selecionadas como nós críticos, foram: a ausência de programação e sistematização das atividades desenvolvidas pela equipe, não utilização do protocolo clínico e de organização do serviço para hipertensão arterial e desigualdade na distribuição das consultas. A elaboração deste plano de ação possibilitou perceber o quanto é significativo utilizar um método de planejamento como instrumento para organização do processo de trabalho. Com a implantação do plano de ação haverá um acompanhamento mais ativo dos portadores de hipertensão.

Palavras-chave: Hipertensão arterial. Plano de ação. Portadores de hipertensão.

## **ABSTRACT**

Hypertension or "high pressure" is the elevation of blood pressure above normal values numbers. This abnormal elevation can cause injuries in different body organs such as brain, heart and kidneys. The causes of the problem, as critics we selected were: the lack of effective programming of the works; not use the clinical protocol and service organization for high blood pressure and unequal distribution of queries. The preparation of this action plan enabled realize how significant it is to use a method of planning as a tool for organization of the work process. What with this that there is a more active monitoring of patients with hypertension.

Key words: Hypertension. Plan of action. Suffering from hypertension.

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>11</b>
<b>2</b>	<b>JUSTIFICATIVA.....</b>	<b>15</b>
<b>3</b>	<b>OBJETIVOS.....</b>	<b>17</b>
<b>4</b>	<b>METODOLOGIA.....</b>	<b>18</b>
<b>5</b>	<b>REFERENCIAL TEÓRICO.....</b>	<b>19</b>
<b>6</b>	<b>PLANO DE AÇÃO.....</b>	<b>25</b>
6.1	Identificação e priorização dos problemas.....	25
6.2	Identificação dos “Nós” críticos.....	26
6.3	Operações.....	27
6.4	Recursos críticos e atores.....	28
<b>7</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>30</b>
	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>31</b>

## 1 INTRODUÇÃO

Cana Verde é um município brasileiro do estado de Minas Gerais, sua população estimada em 5.589 habitantes.

Cidade pequena, porém bela, algumas atrações como as cachoeiras, a Pedra da Laje, Porto do Cedro enchem os olhos de quem visitam estes lugares pela sua beleza. Hoje os turistas não param de visitar nossa margem do Lago de Furnas com construções de belos ranchos e passeios de barcos, lanchas e jet-ski.

A população vive basicamente da produção rural através da agricultura e da pecuária, e existe uma grande evasão da mesma para as zonas urbanas devido à baixa renda e a procura por melhores condições de vida.

Em relação à saúde, a cidade procura atender com eficiência toda a população, urbana e rural.

Na década de 70, foram implantados em Cana Verde os primeiros serviços de saúde em pequeno posto saúde, com baixa complexidade e com profissionais generalistas. Ao decorrer dos anos e dos mandatos políticos, esses serviços foram se desenvolvendo e se aprimorando com a contratação de novos profissionais, sendo alguns deles especialistas. Os casos mais complexos que necessitavam de um acompanhamento com especialidades são encaminhados aos centros secundários, hospitais ou atendimentos particulares nas cidades vizinhas (<http://www.canaverde.mg.gov.br/2014>).

O posto de saúde com o passar do tempo foi decaindo pela falta de recursos disponíveis, desde o ano 2000, neste período começaram a ser implantadas as equipes de saúde da família (urbana e rural) reorganizando os serviços de saúde da cidade para benefício de toda população, pois aumentaram os recursos disponíveis e os profissionais foram qualificados, diminuindo assim a procura por recursos primários em outras cidades e efetivando o direito à saúde de toda população.

Com a reorganização das equipes de saúde da família, a população canaverdense pôde aumentar o seu vínculo com os profissionais devido à relação mais duradoura. A implantação do Conselho Municipal de Saúde, permitiu, o aumento da participação da comunidade nos interesses em saúde.

Após a reformulação da atenção primária em Cana Verde, aumentou-se a articulação com unidades secundárias e terciárias de outras cidades, constituindo uma rede de serviços para proporcionar assistência integral das ações com a

utilização dos serviços de referência e contra referência.

Os procedimentos de média complexidade que não são resolvidos são encaminhados para os outros municípios, conforme a PPI (Programação Pactuada Integrada).

Os procedimentos de alta complexidade são destinados à microrregião a qual Cana Verde faz parte.

Cana Verde hoje dispõe de um serviço de atenção básica qualificado com duas equipes de PSF, o centro de saúde, o centro de fisioterapia, a farmácia básica e um posto de coleta de materiais para exames laboratoriais, utilizando para isso um variado quadro de recursos humanos.

A cidade ainda deixa a desejar em relação aos casos de urgência e emergência, problemas de saúde fora do horário de funcionamento do PSF, internação e cirurgias, que vão para a cidade de Campo Belo, em sua maioria, e também para Perdões e Lavras. Mas isso se deve ao tamanho da cidade e aos recursos disponíveis que não suportam alguns procedimentos de média complexidade e os de alta complexidade. Contudo a área da saúde foi a que mais evoluiu em relação as demais áreas: comércio e indústria . Com o passar do tempo vem se aperfeiçoando e melhorando cada dia mais, para benefício de toda população.

A unidade funciona em um prédio novo e abriga à equipe rural e urbana, os espaços são suficientes, mas os equipamentos estão um pouco desgastados, mas mesmo assim são utilizados por todos.

O PSF Alceu Cardoso foi inaugurado em 2002 e abrange uma população de 1780 habitantes da zona rural, sendo 840 homens e 940 mulheres, está situado na Rua José Carlos de Almeida no centro da cidade de Cana Verde. Trata-se de um prédio próprio que abriga duas equipes de PSF rural e urbano. O prédio conta com 01 recepção, banheiro masculino e feminino para os usuários e funcionários, sala de observação, consultório médico, 02 salas ginecológicas, sala de curativo, imunização, ECG, reuniões, expurgo, esterilização, cozinha e lavanderia. O PSF funciona das 07:00 às 17:00 horas. Os ACS se revezam durante a semana seguindo uma escala, em atividades como recepção e arquivo, apesar de reconhecermos que estas funções não são deles, daí conclui-se que faltam funcionários para exercerem estas funções.

O atendimento médico é somente de manhã onde ocorre o horário de pico da unidade. O atendimento em sua maioria é feito voltado para a demanda espontânea, mas também são realizadas atividades de puericultura, preventivos de câncer de colo uterino, pré-natal, grupos operativos com os pacientes hipertensos e diabéticos, gestantes, atividades de saúde bucal e visitas domiciliares.

Apesar do pequeno número de habitantes, a extensão territorial é muito grande, e cada micro área possui localidades distintas ao redor da zona urbana.

As comunidades são divididas da seguinte maneira:

- Micro área 01: Comunidade do Cerradinho;
- Micro área 02: Comunidades do Antunes, Afonso e Laje;
- Micro área 03: Comunidades do Letrado, Cardoso, Morembá e Cachoeira;
- Micro área 04: Comunidade do Rio Grande e Américos;
- Micro área 05: Comunidade da Estação, BR 354 e Córrego Dantas;

Somente a comunidade do Cerradinho, que é a maior, possui uma unidade de apoio onde são realizados alguns procedimentos. As outras comunidades recebem atendimentos na unidade central que se localiza na zona urbana do município de Cana Verde, encontrando assim dificuldades no que se refere ao transporte.

Um dos problemas de saúde da população adulta atendida é a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS).

A hipertensão é vista como um problema de saúde pública por sua proporção, risco e dificuldades no seu controle (MOLINA *et al.*, 2003).

Sua progressão clínica é lenta, possui inúmeros fatores e se não forem tratados corretamente, acarretarão serias complicações, transitórias ou permanentes. Estas complicações acarretam um alto custo financeiro aos cofres do governo quando estes agravos são crônicos ou agudos graves que exigem internações procedimentos técnicos de alta complexidade, levando a ausências no trabalho, óbitos e aposentadorias precoces, diminui a qualidade de vida dos grupos sociais por tempo indeterminado como doença cerebrovascular, doença arterial coronária, insuficiência cardíaca e renal crônicas, doença vascular de extremidades (TOLEDO; RODRIGUES; CHIESA, 2007).

Por ser uma doença silenciosa, ela dificulta a percepção dos portadores desta enfermidade. Torna-a assim cruel por sua invisibilidade, e redução da qualidade de vida.

O Ministério da Saúde, em suas atuais políticas de promoção e proteção à saúde, tem promovido ações multiprofissionais na atenção primária à saúde, como o combate à hipertensão arterial. Nesse contexto, insere-se a Estratégia de Saúde da Família (ESF), onde a atenção está voltada para a família, está estruturada em uma unidade de saúde, e a população atendida está sob a responsabilidade de equipe multiprofissional (BRASIL, 2002).

Para Araújo e Guimarães, (2007) a organização da assistência, com competências bem definidas e integradas entre os membros da equipe multiprofissional, é centralizada no binômio médico-enfermeiro e engloba também o agente comunitário de saúde. O agente é o elo importante entre o domicílio e a Unidade de Saúde e representa a principal diferença entre a atuação desse programa e a atividade usual da Unidade Básica de Saúde (UBS), nos modelos de atuação tradicional. Esses modelos assistenciais sugerem uma organização de ações multiprofissionais mais integradas da equipe, e elege a família como núcleo coo-participativo da assistência e a sua vinculação direta com a unidade assistencial possibilitando o alcance da melhoria dos resultados esperados (ARAUJO; GUIMARÃES, 2007).

O modelo e a assistência que é citada por Araújo e Guimarães (2007) é o que deveria ser na organização do trabalho. Neste sentido com o intuito de organizar a assistência aos portadores de hipertensão arterial pretende-se elaborar um plano de ação que deverá ser executado pela equipe do PSF Alceu Cardoso.

## 2 JUSTIFICATIVA

A assistência aos portadores de hipertensão arterial foi escolhida como prioritária a ser abordada pelo fato de ser muito frequente em nosso meio. É aparentemente simples por ser assintomática, mas que tem um alto potencial de fatores multicausais e que se não forem tratadas adequadamente poderão causar vários danos à saúde dos indivíduos, sequelas irreversíveis e muitas vezes pode levar ao óbito.

O problema pode prejudicar significativamente a qualidade de vida das pessoas.

Soma-se a essa questão a ausência de médico no posto, por um longo período de tempo, que causou a falta de uma assistência adequada. Outro fator que também prejudicou os usuários hipertensos foi a ausência de enfermeira deixando a unidade desprovida de dois profissionais essenciais na assistência do paciente hipertenso deixando a unidade de saúde esvaziada.

A falta desses profissionais na UDS contribuiu para o afastamento de muitos usuários. A unidade passou a ser vista apenas como um local de vacinação pela maior parte da comunidade.

Com o retorno dos profissionais foi discutido a necessidade urgente de retomar a assistência aos hipertensos bem como organizar o processo de trabalho.

Visto que a mortalidade por doença cardiovascular (DCV) aumenta progressivamente com a elevação da PA a partir de 115/75 mmHg de forma linear, contínua e independente. As DCV são ainda responsáveis por alta frequência de internações, ocasionando custos médicos e socioeconômicos elevados. Como exemplo, em 2007 foram registradas 1.157.509 internações por DCV no Sistema Único de Saúde (SUS). Em relação aos custos, em novembro de 2009 ocorreram 91.970 internações por DCV, resultando em um custo de R\$ 165.461.644,33 (DATASUS, 2013).

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é diagnosticada pela detecção de níveis elevados e sustentados de PA pela medida casual. A medida da PA deve ser realizada em toda avaliação por médicos de qualquer especialidade e demais profissionais da saúde. Dessa forma é justificável que todos os membros da equipe participem na descoberta e controle dos doentes, aumentando, assim, as chances de sucesso para se alcançar os objetivos estabelecidos (MANO, 2007).



No PSF Alceu Cardoso, estão cadastrados 1780 hipertensos, destes 940 são mulheres, demonstrando que o número de mulheres é maior, e a faixa etária predominante é acima dos 60 anos, apesar da hipertensão o estado de saúde era bom não apresentando nenhuma complicação decorrente da hipertensão.

E para que seja revertido este quadro é preciso que estes pacientes recebam tratamento com qualidade. A equipe necessita realizar um trabalho de prevenção para que assim o diagnóstico seja precoce e o tratamento seja implementado rapidamente.

Estes fatos vem reforçar a urgência em elaborar um plano de ação para melhorar a assistência aos hipertensos.

### **3 OBJETIVO**

Elaborar um projeto de ação que seja capaz de facilitar o acompanhamento e monitoramento dos pacientes portadores de pressão arterial.

#### 4 METODOLOGIA

Para alcançar o objetivo proposto neste trabalho realizou o diagnóstico situacional, utilizando o método da Estimativa Rápida, que consiste no levantamento de dados apoiando-se nos métodos da coleta de dados e obtenção de informações.

Os dados levantados pelo método da Estimativa Rápida foram coletados nas formas de registros escritos e fontes secundárias, entrevistas com informantes-chave e observação ativa da área.

Na observação ativa os principais pontos observados foram famílias que vivem em condições precárias de higiene e moradia e animais soltos.

Nas entrevistas com os informantes-chave foram levantados vários problemas e apresentadas sugestões. Dentre estes estão problemas como pressão alta, depressão, problemas comportamentais nas adolescentes, uso de drogas, atividade sexual precoce, automedicação, dificuldade das pessoas de fazerem o tratamento correto das doenças, falta de trabalho social com idosos, falta de higiene e problemas mentais. As sugestões são: contratação de uma psicóloga, intensificar os trabalhos com os adolescentes nas escolas e mais oportunidades de emprego e lazer. Aumentar o número de palestras e visitas na comunidade. Maior articulação dos pacientes com a equipe de saúde, melhorar a assistência aos hipertensos.

Foi escolhido o problema da alta incidência da hipertensão arterial, agravando com a falta de uma assistência adequada.

Para conhecer um pouco mais sobre a hipertensão arterial foi necessário a revisão de literatura. Foram selecionados artigos, dissertações e teses nas bases de dados LILACS, Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), através das palavras-chave: saúde; hipertensão arterial sistêmica; unidade de saúde.

Na sequência foi elaborado o plano de ação utilizando o método de Planejamento Estratégico Situacional, (PES), definindo-se operações (projetos) para atuar nos nós críticos, com detalhamento de resultados e produtos esperados e os recursos necessários para cada item.

O PES foi estudado na Unidade Didática I, no Módulo de Planejamento e Avaliação das Ações em Saúde de autoria de Campos; Faria e Santos (2010).

Para apoio metodológico foi utilizado o Módulo de Iniciação à metodologia: textos científicos de Corrêa; Vasconcelos e Souza (2013).

## 5 REFERENCIAL TEÓRICO

Para Mano (2007) a hipertensão Arterial Sistêmica é uma patologia que não tem sintomas perceptíveis pelo paciente até um período tardio de sua instalação no indivíduo. Hoje não se pode considerar apenas como uma condição clínica em que os níveis pressóricos estão acima dos preconizados pelo Ministério de Saúde.

Segundo o mesmo autor a hipertensão apresenta várias alterações funcionais dos sistemas: nervoso autônomo simpático, renal, renina-angiotensina, alterações estruturais do sistema cardiovascular que causam dano cardiovascular e outros mecanismos humorais e de disfunção endotelial.

De acordo com Nobre e Lima, (2000) após investigação, o paciente hipertenso pode ser diagnosticado como tendo hipertensão arterial de duas origens. A primeira é a hipertensão arterial essencial ou primária de causas desconhecidas. Ocorre em 90 a 95% dos hipertensos, e um exemplo é a hipertensão familiar. A segunda é a hipertensão arterial secundária, que em alguns casos pode ser revertida e até curada, dependendo do diagnóstico precoce que evite a cronificação e as lesões hipertensivas. O segundo grupo, o da hipertensão secundária, como já vimos, é a minoria.

Em se tratando do diagnóstico de hipertensão arterial é um ato médico que, baseado num procedimento relativamente simples, a medida da pressão arterial, envolve a grande responsabilidade de decidir se um paciente é normotenso ou hipertenso. As consequências de um diagnóstico errôneo são desastrosas. O diagnóstico de normotenso, num hipertenso, irá privá-lo dos benefícios do tratamento, ao passo que o de hipertensão, num normotenso, irá submetê-lo aos malefícios do tratamento desnecessário. O diagnóstico em hipertensão arterial é baseado na anamnese, exame físico e exames complementares que auxiliam na realização do diagnóstico da doença propriamente dita, sua etiologia, grau de comprometimento de órgãos-alvo e na identificação dos fatores de risco cardiovasculares associados (MION *et al.*, 1996).

Em relação aos fatores de risco para hipertensão podem ser classificados em modificáveis e não modificáveis.

Os não modificáveis compreendem a idade, o sexo, a raça e a história familiar e os modificáveis, a ingesta excessiva de sal, gordura, uso de bebida alcoólica,

tabagismo e sedentarismo, condição sócio econômica, pois é sabido que indivíduos que são submetidos a emoções constantes como preocupação, raiva, tristeza, ansiedade ou insônia, podem apresentar aumento nos níveis tensionais (BRASIL, 2002; BARROS *et al.*, 2005; AFONSO; SICHIERI, 2002).

Junto com a HAS, as dislipidemias e o DM são considerados as principais entidades mórbidas com implicações nos altos índices de morbidade e mortalidade cardiovascular (AQUINO; SILVA, 2005).

Abordando as complicações clínicas, de acordo com Lomba e Lomba (2005) a hipertensão geralmente tem seu curso lento, e na maioria das vezes, sua descoberta é ocasional. O indivíduo consulta um médico por qualquer outro motivo e descobre ser hipertenso. Este constitui um dos maiores problemas porque geralmente esta descoberta se dá muito tempo após a instalação da patologia. A hipertensão vai aos poucos lesando órgãos vitais ao bom funcionamento do organismo humano

Para Lomba e Lomba, (2005) a PA elevada crônica leva a lesão vascular. As lesões do coração, rins e cérebro são decorrentes das lesões vasculares destes órgãos.

A lesão característica da hipertensão no coração é a hipertrofia, levando à isquemia miocárdica. Isto pode ser medido pelo eco cardiograma e mais raramente pelo eletrocardiograma. Em fases avançadas da doença cardiovascular hipertensiva ou outras lesões associadas, podemos encontrar desde o aumento das cavidades com disfunção ventricular até o clássico quadro de insuficiência cardíaca congestiva (LOMBA e LOMBA, 2005).

O cérebro talvez seja o órgão mais afetado pela hipertensão arterial crônica ou súbita.

A trombose e a hemorragia são episódios geralmente agudos. Podemos encontrar micro infartos cerebrais que cursam assintomáticos e que são revelados pelo quadro clínico de demência discreta, observados na tomografia computadorizada e outros exames mais sofisticados (LOMBA e LOMBA, 2005).

Os rins são órgãos que sofrem muito com a hipertensão arterial levando a diminuição progressiva de sua função na maioria das vezes silenciosa. O principal achado clínico é o aumento na excreção de albumina, diminuindo a função de filtração do mesmo, levando à insuficiência renal franca, Diabetes Mellitus essa lesões são precoces e mais intensas (LOMBA e LOMBA, 2005).

A hipertensão é por vezes chamada de “o homicida silencioso”, porque as pessoas que a têm mostram-se, com frequência, isentas de sintomas, mas pode-se optar por um tratamento, mesmo não tendo os sintomas se manifestado (MION *et al.*, 1996).

As medidas não farmacológicas recomendadas por Brandão (2005), são as modificações de estilo de vida de comprovado valor na redução da pressão arterial:

- Redução do peso
- Redução da ingestão de sódio, maior ingestão de potássio, uma dieta rica em frutas e vegetais e alimentos com pouco teor de gordura,
- Diminuição ou abolição do álcool
- Atividade física.
- Alimentos ricos em cálcio atualmente são preconizados em conjunto com toda a série de medidas dietéticas já citadas, que juntas são benéficas para a redução da PA.
- A interrupção do fumo não interfere diretamente sobre a redução da pressão, no entanto trata-se de importante fator de risco cardiovascular e deve ser incentivada.
- As modificações do estilo de vida são aplicáveis a todos os pacientes que se propõem a diminuição do risco cardiovascular, incluindo os normotensos, e necessárias também quando se impõe o tratamento farmacológico da hipertensão.

Seguem comentários específicos sobre cada medida de acordo com Brandão (2005):

- Sal: os pacientes hipertensos podem ser divididos em sensíveis e não sensíveis ao sal. Apesar da resposta heterogênea a restrição de sódio é recomendável de uma forma geral uma ingestão de sal menor que 6g/dia ou cerca de 2,3g de sódio.
- Redução do peso: os mecanismos envolvidos na redução da pressão arterial relacionados à perda de peso incluem: a redução da atividade adrenérgica, do colesterol plasmático e da resistência insulínica. Mesmo reduções pequenas de peso possuem efeito protetor sobre o risco cardiovascular.
- Potássio: há evidências de proteção para AVE e menor necessidade de medicamentos para o controle da PA com a ingestão do potássio.
- Cálcio, magnésio, proteínas e ácidos graxos monoinsaturados: estudos são

controversos quanto à redução da PA. Não há suporte até o momento para indicação de uso isolado de alguma dessas substâncias com fim de redução de PA.

- Dieta DASH: o VII JNC menciona o trabalho DASH (Dietary Approaches to Stop Hypertension) como um plano dietético benéfico. A dieta utilizada preconiza vegetais, frutas, baixo consumo de gorduras (saturadas e total), sendo rica em potássio e cálcio. A adoção da dieta DASH, com medidas alimentares mais completas, possui um efeito hipotensor muito maior que a restrição isolada do sódio e do uso isolado de qualquer outra medida.
- Álcool: o uso excessivo de álcool está relacionado com o aumento da pressão arterial. No entanto em baixas doses o álcool pode se mostrar hipotensor e até protetor de eventos coronarianos. Dessa forma, a melhor orientação aos pacientes que ingerem álcool habitualmente é que o façam em pequenas quantidades, preferencialmente apenas nas refeições, não sendo necessária a recomendação de interrupção, salvo nos pacientes que possuam indicações para tal, como nos com história de dependência alcoólica, nos hepatopatas e nos portadores de deficiências imunológicas.
- Atividade física: exercício físico não isométrico tem se relacionado com redução da pressão arterial, independentemente dos efeitos de aumento de sensibilidade a insulina e redução de peso. Ocorre ainda redução das taxas de colesterol total e diminuição na taxa de mortalidade por todas as causas. O mecanismo direto de redução da PA está relacionado com a diminuição da atividade simpática refletida por vaso dilatação persistente pós-exercício.
- Estresse: ativa o sistema nervoso simpático, participando da patogênese da hipertensão. Acredita-se que pacientes estressados necessitam de maior quantidade de medicação para controle. Não há nenhuma técnica comprovada de redução de estresse que se relacione com a redução da PA.

A V Diretriz Brasileira de HAS (2010) recomenda que o hábito alimentar dos hipertensos deve incluir:

- Redução da quantidade de sal na elaboração de alimentos; retirada do sal da mesa; restrição das fontes industrializadas de sal: molhos prontos, sopas em pó, embutidos, conservas, enlatados, congelados, defumados e salgados de pacote tipo *snacks* ;

- Uso restrito ou abolição de bebidas alcoólicas;
- Preferência por temperos naturais como limão, ervas, alho, cebola, salsa e cebolinha, em substituição aos similares industrializados;
- Redução de alimentos de alta densidade calórica, substituindo doces e derivados do açúcar por carboidratos complexos e frutas, diminuindo o consumo de bebidas açucaradas e dando preferência a adoçantes não calóricos; inclusão de, pelo menos, cinco porções de frutas/verduras no plano alimentar diário, com ênfase em vegetais ou frutas cítricas e cereais integrais;
- Opção por alimentos com reduzido teor de gordura, eliminando as gorduras hidrogenadas (“trans”) e preferindo as do tipo mono ou poli-insaturadas, presentes nas fontes de origem vegetal, exceto dendê e coco;
- Ingestão adequada de cálcio pelo uso de produtos lácteos, de preferência, desnatados;
- Busca de forma prazerosa de preparo dos alimentos: assados, crus e grelhados;
- Plano alimentar que atenda às exigências de uma alimentação saudável, do controle do peso corporal, das preferências pessoais e do poder aquisitivo do indivíduo/família.

Em relação às medidas farmacológicas segundo Brandão, (2005), o tratamento farmacológico se impõe quando as medidas não farmacológicas não são suficientes para o controle da pressão arterial, nos pacientes com hipertensão em fase I, conforme a classificação do VII Joint, e imediatamente após o diagnóstico nos pacientes com alto risco cardiovascular ou hipertensão em fase II, qualquer que seja o subgrupo de risco. Em qualquer caso o tratamento não farmacológico sempre deve ser mantido.

São drogas de primeira linha para o tratamento da Hipertensão Arterial Sistêmica, todos com resultado benéfico comprovado em vários trabalhos na prevenção de complicações cardiovasculares: os diuréticos tiazídicos, os bloqueadores dos canais de cálcio, os betabloqueadores e os inibidores da enzima conversora da angiotensina e os bloqueadores AT1 (BRANDÃO, 2005).

De todas essas o diurético tiazídico tem demonstrado o melhor resultado no prognóstico cardiovascular, sendo também promotor de melhor resposta anti-hipertensiva em regimes com várias drogas. Assim, isoladamente ou em combinação



é a melhor droga como primeira opção (BRANDÃO, 2005).

O importante é que o paciente tenha uma boa adesão aos medicamentos prescritos e um acompanhamento periódico.

## 6 PLANO DE AÇÃO

A proposta de plano de ação é facilitar o acompanhamento e monitoramento dos pacientes portadores de pressão arterial.

O Plano de Ação consiste numa ferramenta indispensável para o trabalho das Equipes de Saúde da Família.

O diagnóstico situacional foi a etapa inicial, que permitiu levantar os problemas, as necessidades da população da área de abrangência.

Neste tópico está descrito a elaboração do plano de ação realizado utilizando-se o método do Planejamento Estratégico Situacional (PES) simplificado, conforme indica Campos; Faria e Santos (2010).

### 6.1 Identificação e priorização dos problemas

Para Campos; Faria e Santos (2010) para priorizar os problemas devem ser utilizados os critérios da importância do problema na comunidade, o grau de urgência que o problema apresenta, a capacidade de enfrentamento do problema pela equipe e o impacto sobre a população assistida. Os autores descrevem o problema como a insatisfação de um ator frente a componentes da realidade que ele quer e pode modificar.

O PSF Alceu Cardoso atende 1780 pessoas. E a doença que mais acomete a população atendida é a hipertensão arterial.

De acordo com registros da população da área de abrangência, pôde-se observar que os principais problemas apresentados são:

- ❖ acompanhamento deficiente aos portadores de hipertensão arterial,
- ❖ carência de equipamentos e materiais,
- ❖ informações armazenadas no sistema de informação atinentes aos atendimentos e procedimentos não estavam de acordo com a realidade.

Após a caracterização dos problemas, é preciso selecionar ou priorizar os problemas a serem enfrentados, pois nem todos poderão ser solucionados ao mesmo tempo, especialmente, pela ausência de recursos (financeiros e materiais).

**Quadro 1 – Problema priorizado- 2014**

<b>Principais problemas</b>	<b>Importância</b>	<b>Urgência</b>	<b>Capacidade de enfrentamento</b>	<b>Seleção</b>
Alto índice de hipertensos e acompanhamento deficitário	Alta	7	Parcial	1
Processo de trabalho desorganizado	alta	7	total	1
Carência de equipamentos e materiais.	Alta	4	Fora	2
Desacordo das informações armazenadas no sistema de informação com a realidade	Alta	3	Parcial	3

**Fonte: Dados da pesquisa**

Desse modo fica claro que os problemas selecionados pela equipe como prioritários foram todos acima mencionados exceto a carência de equipamentos e materiais.

## **6.2 Identificação dos “Nós” críticos**

Depois de identificar e priorizar os problemas, é necessário levantar as principais razões que originam o problema que necessitam ser enfrentadas, que são conhecidas como nós críticos.

Segundo Campos; Faria e Santos (2010, p.65)

“Nó crítico” é um tipo de causa de um problema que, quando atacada, é capaz de impactar o problema principal e efetivamente transformá-lo. O nó crítico traz também a ideia de algo sobre o qual eu posso intervir, ou seja, que está dentro do meu espaço de governabilidade. Ou então, o seu enfrentamento tem possibilidades de ser viabilizado pelo ator que está planejando.

Para este trabalho foi observados três “nós” críticos que estão relacionados com o processo de trabalho da equipe e que interferem no atendimento e acompanhamento dos pacientes hipertensos.

- ❖ Ausência de programação eficiente dos trabalhos (agendas cheias, demoras nos atendimentos, frequentes desmarcação de consultas);
- ❖ Não utilização do protocolo clínico;
- ❖ Desorganização do serviço para atendimento do paciente portador de hipertensão arterial;
- ❖ Desigualdade na distribuição das consultas.

### 6.3 Operações

Segundo Campos; Faria e Santos, (2010, p.34) nesta etapa é delineada as ações para solução dos “nós” críticos do problema levantado. São objetivos desta etapa:

- Descrever as operações para o enfrentamento das causas selecionadas como “nós” críticos;
- Identificar os produtos e resultados para cada operação definida;
- Identificar os recursos necessários para a concretização das operações.

**Quadro 2 – Delineamento das operações - 2014**

<b>Nó crítico</b>	<b>Operação/projeto</b>	<b>Resultados esperados</b>	<b>Produtos esperados</b>	<b>Recursos necessários</b>
Ausência de programação eficiente dos trabalhos.	<b><u>Organização do processo de trabalho</u></b>  Reunir com a equipe e discutir a organização do processo de trabalho, definindo os atendimentos, priorizando e distribuindo tarefas. Elaborar agenda programada: Organizar a agenda de acordo com as orientações do plano diretor da atenção primária à saúde.	Agendas organizadas. Atendimento com horário delineado, sem pacientes extras. Atividades sendo realizadas de forma planejada e organizada. Satisfação dos usuários e melhor adesão. Otimização do trabalho dos profissionais	Processo de trabalho organizado e funcionando adequadamente	Organizacional: estruturação das atividades da equipe e estabelecimento da agenda programada.  Financeiro: para adquirir agendas
Não utilização do protocolo clínico	<b><u>Capacitação</u></b> Capacitar a equipe para utilizar os protocolos: Adotar a linha guia: Saúde do Adulto — hipertensão e diabetes como referência.	Utilização dos procedimentos padronizados e processo de trabalho organizado.	Protocolo utilizado e estabelecido, de acordo com as necessidades.	Cognitivo: conhecimento do protocolo clínico Financeiro: não é necessário.
Alto índice de hipertensos e acompanhamento deficitário	<b><u>Acompanhamento e monitoramento</u></b> - Implantar o acolhimento - estimular a busca ativa dos usuários com hipertensão - Ativar o hiperdia	Hipertensos acompanhados de forma satisfatória, com aumento do vínculo profissional-paciente. Consultas médicas melhor distribuídas e	Acolhimento: Acolher todos os pacientes que solicitarem atendimento na unidade. Os usuários serão avaliados pelo	Organizacional: Preparação da equipe para fazer o acompanhamento dos pacientes hipertensos

	<p>-Acompanhar os hipertensos no seu tratamento.</p> <p>-Formar grupos.</p> <p>-Promover atividades físicas.</p> <p>-Programar palestras sobre mudanças do estilo de vida.</p> <p>Programar as visitas domiciliares</p> <p>-Consultas médicas e de enfermagem</p>	demanda espontânea reduzida	enfermeiro (seguindo o protocolo de acolhimento da atenção básica e agendados de acordo com a severidade do caso.	Financeiro: recursos para confeccionar o fichário.
Desacordo das informações armazenadas no sistema de informação com a realidade	<u>Atualização de dados</u>	Desenvolver um fichário para hipertensos atualizado pelo agente comunitário para renovação da prescrição médica.	Monitoramento da prescrição médica. Fichário atualizado e operante	

Fonte: Dados da pesquisa

#### 6.4 Recursos críticos e atores

Nesta etapa do plano, delimita os recursos indispensáveis para que as operações e os atores para que as mesmas sejam implementadas.

Quadro 3 – Recursos críticos - 2014

Operação/projeto	Recursos críticos	Atores
<u>Organização</u>	<p>. Financeiro: para aquisição de cadernos para confecção de novas agendas.</p> <p>. Político: aprovação do projeto pelo coordenador da atenção primária.</p> <p>. Adesão dos profissionais de saúde para a agenda programada.</p>	<p>Médico e enfermeira</p> <p>Coordenador da Atenção Primária à Saúde</p>
<u>Capacitação</u>	<p>Financeiro: para adquirir recursos audiovisuais, folhetos.</p> <p>Político: Aprovação do projeto pelo Secretário de Saúde.</p>	<p>Coordenador da Atenção Primária a Saúde</p> <p>Secretário Municipal de Saúde</p> <p>Secretário Municipal de Saúde</p> <p>Lideranças locais</p>
<u>Acompanhamento e monitoramento.</u>	Financeiro: recursos para confeccionar do fichário.	Coordenador da Atenção Primária a Saúde

		Secretário Municipal de Saúde
--	--	-------------------------------

Fonte: Dados da pesquisa

**Quadro 4 - Plano operativo - 2014**

<b>Projeto</b>	<b>Responsáveis</b>	<b>Prazos</b>
<b><u>Organização</u></b>	Equipe	1 mês para organizar o processo de trabalho início imediato das ações
<b><u>Capacitação</u></b>	Médico e enfermeira	Início imediato Avaliação semestral
<b><u>Acompanhamento e monitoramento.</u></b>	Médico, enfermeira, técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde.	1 mês para organizar a demanda e em seguida início imediato das ações Reavaliação mensal
<b><u>Atualização de dados</u></b>	Enfermeira	Atualização semanal da planilha

De acordo com Campos; Faria e Santos (2010) a gestão do plano de ação é uma tarefa essencial e que não deve faltar em nenhum projeto é necessário contar com um sistema que consiga coordenar e acompanhar a execução das operações de forma a garantir a implantação do plano e, idealmente, seu sucesso. Pretende-se fazer a avaliação e monitoramento das projetos mensalmente.

## **7 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O atendimento de qualidade só é possível quando a equipe está bem preparada, por essa razão a participação no Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família colaborou muito para a melhoria da qualidade da assistência prestada aos usuários da Unidade de Saúde Básica Alceu Cardoso, especialmente por meio da organização do processo de trabalho.

Este trabalho permitiu que a equipe analisasse como estava lidando com as demandas e como os trabalhos estavam sendo feitos de uma maneira desorganizada sem um momento crítico e reflexivo.

Ao desenvolver e implementar o plano de ação para solucionar o acompanhamento deficiente dos portadores de hipertensão pela unidade básica de saúde, a equipe compreendeu o quanto é importante fazer um diagnóstico situacional para ter noção dos problemas da área de cobertura e caracterizar quais são passíveis de resolução e, qual a prioridade de cada problema no dia-a-dia.

A utilização do plano de ação para desenvolver propostas de intervenção possibilitou a equipe estabelecer propostas fundamentadas em evidências e assim pode alcançar mudanças propostas no referido plano atendendo o objetivo do trabalho.

## REFERÊNCIAS

AFONSO, F. M.; SICHIERI, R. Associação do índice de massa corporal e da relação cintura/quadril com hospitalizações em adultos do município do Rio de Janeiro. **Rev. Bras. Epidemiol.** São Paulo, v.5, n.2, p.153-163, 2002.

AQUINO, R. C.; SILVA, F. A. Orientação dietética para pacientes portadores de hipertensão arterial sistêmica (HAS): desenvolvimento de uma lista de substituição de sal. In: **Congresso da Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo**, 25. Campos do Jordão, 2005, Universidade São Judas Tadeu, 2005.

ARAÚJO, C. G. S.; GUIMARÃES, T. R. Adesão ao tratamento anti-hipertensivo: uma análise conceitual. **Rev. Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v.8, n.2, 2007.

BARROS, M. V. L. et al. Perfil metabólico e social dos pacientes hipertensos estágios 2 e 3 atendidos no instituto nacional de cardiologia laranjeiras. Instituto Nacional de Cardiologia Laranjeiras. In: **Congresso da Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo**, 25. Campos do Jordão, 2005.

BRANDÃO, A. P. et al. Epidemiologia da hipertensão arterial. **Rev. Soc. Cardiol. Bras.** São Paulo, v.13, n.1, p.7-19, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Plano de reorganização da atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus**. Brasília: MS, 2002.

CAMPOS, Francisco Carlos Cardoso; FARIA, Horácio Pereira; SANTOS, Max André. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. 2 ed. Belo Horizonte: Ed. UFMG, 2010.

DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, V.; Campos do Jordão: **Sociedade Brasileira de Hipertensão, Sociedade Brasileira de Cardiologia, Sociedade Brasileira de Nefrologia**. São Paulo: BG Cultural, 2006. 48p.

LOMBA. A., LOMBA. M. Hipertensão arterial. In: **Objetivo saúde- Especialidades Médicas**. 2 ed. Olinda, Grupo Universo, 2005.

MANO, Reinaldo. Hipertensão Arterial Sistêmica. **Manuais de Cardiologia**. MS, nov. 2007. Disponível em: <<http://www.manuaisdecardiologia.med.br/has/has.htm>>. Acesso em: 07 de abril 2014.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Atenção a saúde do adulto: hipertensão e diabetes**. Belo Horizonte: SAS/MG, 2006. 198 p.

MION JR, Décio, et al. **Hipertensão arterial**. Medicina, Ribeirão Preto, Simpósio: 29: 193-198, abr./set. 1996.



MION JR Décio, SANTELO José Luiz - Seguimento clínico de portadores de hipertensão arterial – **Rev. SOCESP**; 11 - nº1 p.120-12

Disponível:

[http://www.fmrp.usp.br/revista/1996/vol29n2e3/diagnostico\\_da\\_hipertensao\\_arterial.pdf](http://www.fmrp.usp.br/revista/1996/vol29n2e3/diagnostico_da_hipertensao_arterial.pdf). Acesso em: 14 de mar de 2014.

MOLINA, Maria del Carmen Bisi; CUNHA, Roberto de Sá; HERKENHOFF, Luis Fernando e MILL, José Geraldo Hipertensão arterial e consumo de sal na população urbana. **Revista Saúde Pública**, 2003, v. 37, n. 6: p 743-750.

NOBRE, Fernando; LIMA, Nereida Kilza da Costa. Hipertensão Arterial: Conceito, Classificação e Critérios Diagnósticos In: **Manual de Cardiologia SOCESP** - Cap. 70; pág. 303 - Atheneu – 2000.

TOLEDO, Melina Mafra; RODRIGUES, Sandra de Cássia; CHIESA, Anna Maria. Educação em saúde no enfrentamento da hipertensão arterial: uma nova ótica para um velho problema. **Texto contexto Enfermagem**, 2007, v. 16, n. 2: p 233-238. Disponível em: [www.canaverde.mg.gov.br](http://www.canaverde.mg.gov.br) – Acesso em 25 de jul de 2014.