

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO  
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM ESTRATÉGIA SAÚDE  
DA FAMÍLIA**

**THARSIO BRAGA MELO**

**PROTOCOLO DE ATENDIMENTO AO PACIENTE DE SAÚDE  
MENTAL HIPERTENSO NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA  
SÃO GERALDO NA CIDADE DE SETE LAGOAS/MG.**

**BELO HORIZONTE/ MINAS GERAIS**

**2017**

**THARSIO BRAGA MELO**

**PROTOCOLO DE ATENDIMENTO AO PACIENTE DE SAÚDE  
MENTAL HIPERTENSO NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA  
SÃO GERALDO NA CIDADE DE SETE LAGOAS/MG.**

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

Orientador: Professor(a). Dr<sup>a</sup> Isabel Aparecida Porcatti de Walsh

**BELO HORIZONTE /MINAS GERAIS**

**2017**

**THARSIO BRAGA MELO**

**PROTOCOLO DE ATENDIMENTO AO PACIENTE DE SAÚDE  
MENTAL HIPERTENSO NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA  
SÃO GERALDO NA CIDADE DE SETE LAGOAS/MG.**

**Banca examinadora**

Examinador 1: Professor(a).-Isabel Aparecida Porcatti de Walsh - Universidade Federal do Triângulo Mineiro -UFTM

Examinador 2 – Professor(a). – Ms Zilda Cristina dos Santos - Universidade Federal do Triângulo Mineiro -UFTM

Aprovado em Belo Horizonte, em \_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_, de 2017.

## **DEDICATÓRIA**

Dedico esse trabalho às famílias e pessoas cadastradas na unidade de atenção básica, na qual exerço minha profissão.

## **AGRADECIMENTOS**

A Universidade Federal do Triângulo Mineiro, por oportunizar o curso.

A minha orientadora, pelo suporte nesse pouco tempo que lhe coube, pelas suas correções e incentivos.

A todos que direta ou indiretamente fizeram parte da minha formação, o meu muito obrigado.

“Que o desejo de ajudar o próximo consiga sempre superar o egoísmo e a falta de esperança no ser humano”.

Andresa Martins Vicentini

## RESUMO

A Hipertensão arterial sistêmica é um problema de saúde pública e de múltiplas causas, assim seu entendimento e sua relação com a psiquiatria torna-se necessário. Este trabalho objetivou esclarecer dúvidas a respeito de como tratar um paciente psiquiátrico com hipertensão arterial, prevenindo de outras comorbidades e propor ações para a melhoria do atendimento. Após análise criteriosa dos trabalhos, esse estudo observou que se faz necessário uma atuação mais criteriosa com pacientes de saúde mental hipertensos, não só devido à gravidade da doença, mas visto que há dificuldade do paciente manter um vínculo com a atenção básica sem ser educado para este fim e instruído de forma correta. Assim, criou-se uma proposta de protocolo de atendimento ao paciente de saúde mental hipertenso na estratégia de saúde da família São Geraldo na cidade de Sete Lagoas/MG. Através desse protocolo foi possível verificar que são necessárias mudanças de atitude e posicionamento por parte dos profissionais de saúde não só em relação à atuação com esses pacientes, mas também quanto ao seu papel frente aos recursos disponíveis na atenção básica e na execução do processo de trabalho cotidiano juntamente com o auxílio de outras equipes multiprofissionais.

Palavras-chave: Saúde mental, Hipertensão, Neuropsiquiatria

## **ABSTRACT**

Systemic arterial hypertension is a public health problem and multiple causes, so your understanding and your relationship with psychiatry becomes necessary. This study aimed to clarify doubts about how to treat a psychiatric patient with hypertension, preventing other comorbidities and propose actions to improve care. After a careful analysis of the studies, this study observed that it is necessary to perform a more careful work with hypertensive mental health patients, not only due to the severity of the disease, but since it is difficult for the patient to maintain a bond with the primary care without being educated to This end and instructed correctly. Thus, a proposal for a protocol for the care of the hypertensive mental health patient in the health strategy of the São Geraldo family in the city of Sete Lagoas / MG was created. Through this protocol it was possible to verify that changes in attitude and positioning by the health professionals are necessary not only in relation to the work with these patients, but also in relation to their role in relation to the resources available in basic care and in the execution of the process Of daily work together with the help of other multiprofessional teams.

Key words: Mental health, Hypertension, Neuropsychiatry



## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
ESF	Estratégia Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
MS	Ministério da Saúde
NAPS	Núcleo de Atenção Psicossocial
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OMS	Organização Mundial de Saúde
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
SAAE	Serviço Autônomo de Água e Esgoto
SUS	Sistema Único de Saúde

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 – Operações sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema “Aumento no índice de pacientes psiquiátricos portando hipertensão arterial sistêmica”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família	30
Quadro 2 – Operações sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema “Aumento no índice de pacientes psiquiátricos portando hipertensão arterial sistêmica”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família	32
Quadro 3 – Operações sobre o “nó crítico 3” relacionado ao problema “Aumento no índice de pacientes psiquiátricos portando hipertensão arterial sistêmica”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família	34

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b>	
1.1 O sistema de saúde e cuidados primários	12
1.2 Equipe de Saúde da Família	14
1.3 Importância de integrar o paciente psiquiátrico portador de hipertensão arterial nos cuidados primários	15
1.4 O Município de Sete Lagoas	17
1.5 Sistema de saúde do Município de Sete Lagoas	17
<b>2 JUSTIFICATIVA</b>	19
<b>3 OBJETIVOS</b>	20
3.1 Objetivo geral	20
3.2 Objetivos específicos	20
<b>4 METODOLOGIA</b>	21
<b>5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA</b>	22
5.1 Saúde mental e Estratégia Saúde da Família	22
5.2 Hipertensão arterial sistêmica (HAS)	23
5.3 Ações de acompanhamento para saúde mental	24
5.4 O paciente psiquiátrico hipertenso	25
<b>6 PLANO DE INTERVENÇÃO</b>	27
6.1 Descrição do problema selecionado (terceiro passo)	27
6.2 Explicação do problema (quarto passo)	28
6.3 Seleção dos nós críticos (quinto passo)	28
6.5 Desenho das operações (sexto passo)	29
<b>7 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	36
<b>REFERÊNCIAS</b>	37

## 1 INTRODUÇÃO

### 1.1 O sistema de saúde e cuidados primários

Com o desenvolvimento e consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) através de movimentos sociais e através dos usuários, trabalhadores e gestores das três esferas de governo criou-se a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). No Brasil, a Atenção Básica deve ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e centro de comunicação com toda a Rede de Atenção à Saúde, pois é desenvolvida com o mais alto grau de descentralização. Por isso, é fundamental que ela se oriente pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social (BRASIL, 2012).

As Unidades Básicas de Saúde são instaladas perto de onde as pessoas moram, trabalham, estudam e vivem; desempenham um papel central na garantia à população de acesso a uma atenção à saúde de qualidade. Dotar estas unidades da infraestrutura necessária a este atendimento é um desafio que o Brasil está enfrentando com os investimentos do Ministério da Saúde (MS) (BRASIL, 2012).

A Estratégia Saúde da Família (ESF) visa a reorganização da atenção básica. De acordo com os preceitos do SUS, a ESF é tida pelo MS, gestores estaduais e municipais como estratégia de expansão, qualificação e consolidação da atenção básica por favorecer uma reorientação do processo de trabalho com maior potencial de aprofundar os princípios, diretrizes e fundamentos da atenção básica, de ampliar a resolutividade e impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades, além de propiciar uma importante relação custo-efetividade (BRASIL, 2012).

Ao final da década de 1980 e início da década de 1990, são criadas instituições com atuação na atenção básica como o Centro e Núcleo de Atenção Psicossocial (CAPS e NAPS). Isso porque após o processo de reforma psiquiátrica em âmbito nacional, na década de 1980, com a proposta de ruptura do modelo clínico-psiquiátrico centrado na referência hospitalar iniciou-se um processo de reconstrução da atenção à pessoa com transtorno psiquiátrico (NEVES, 2010). O CAPS e NAPS são destinados a acolher pacientes com intenso sofrimento psíquico

decorrente de transtornos psiquiátricos graves e persistentes, incluindo aqueles relacionados ao uso de substâncias psicoativas e outras situações clínicas que impossibilitam estabelecer laços sociais e realizar projetos de vida. Os CAPS foram divididos em categorias de acordo com o número de habitantes e período de funcionamento: período diurno (CAPS I e II) e 24 horas (CAPS III), para atendimento de crianças e adolescentes (CAPSi) e para atendimento de usuários de álcool e outras drogas (CAPSad). Os CAPS são constituídos por equipe multiprofissional: psicólogos, psiquiatras, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, assistentes sociais, etc. e oferecem diversas atividades terapêuticas, acompanhamento psiquiátrico, visitas domiciliares, atividades de orientação e inclusão das famílias e atividades comunitárias. Os usuários podem passar o dia todo na unidade, frequentar uma parte do dia ou comparecer apenas para uma consulta. O CAPS trabalha articulado com a ESF com o suporte e supervisão à rede básica, além de envolver-se em ações inter setoriais: educação, trabalho, esporte, cultura, lazer, etc. na busca de reinserção dos seus membros em todas as áreas da vida cotidiana (PORTAL EDUCAÇÃO, 2013). Dessa forma, seu objetivo junto a ESF é de estimular a integração social e familiar através dos atendimentos multiprofissionais e apoiar os pacientes em suas iniciativas de busca da autonomia, oferecendo-lhes atendimento médico e psicossocial, atingindo assim não só a doença, como também suas necessidades físicas e emocionais, para que aos poucos esses pacientes possam ser reintroduzidos na sociedade (OLIVEIRA, SILVEIRA, REINALDO, 2012).

Em 2008 foi criado o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) que se configura também com equipes multiprofissionais que atuam de forma integrada com as equipes de Saúde da Família na construção conjunta de projetos terapêuticos, ações de educação permanente, prevenção, promoção da saúde, discussão do processo de trabalho das equipes e etc. (PORTAL DO DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA, 2012).

Desse modo, juntamente a esses serviços, a ESF se torna fundamental, pois passa a ser também responsável por esses pacientes e poderá sempre recorrer a esses serviços para referência, apoio e supervisão. Serviços essenciais a este nível primário incluem a identificação precoce de transtornos psiquiátricos, o tratamento desses transtornos mais comuns, a gestão de pacientes psiquiátricos estabilizados, a referência para outros níveis quando necessário, a atenção às

necessidades de saúde mental de pessoas com problemas físicos e a promoção e prevenção de saúde mental. Em países desenvolvidos os cuidados primários são prestados principalmente por médicos, enquanto em países de baixo e médio rendimento, os enfermeiros prestam a maior parte dos cuidados primários (OMS; WONCA, 2009).

## **1.2 Equipe de Saúde da Família**

A Equipe de Saúde da Família tem composição multiprofissional e deve possuir, no mínimo, um médico generalista ou especialista em saúde da família ou médico de família e comunidade, um enfermeiro generalista ou especialista em saúde da família, um auxiliar ou técnico de enfermagem, doze agentes comunitários de saúde (ACS), os profissionais de saúde bucal: um cirurgião-dentista generalista ou especialista em saúde da família e um auxiliar e/ou técnico em Saúde Bucal. Cada equipe de Saúde da Família deve ser responsável por, no máximo, 4.000 pessoas de uma determinada área. Estas pessoas passam a ter corresponsabilidade no cuidado com a saúde. O número de ACS deve ser suficiente para cobrir 100% da população cadastrada, com um máximo de 750 pessoas por agente (BRASIL, 2012).

As atribuições dos profissionais das equipes de Saúde da Família, de saúde bucal e de Agentes Comunitários de Saúde estão previstas na Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011 (BRASIL, 2012).

Em relação especificamente à saúde mental espera-se que a equipe de saúde da família possa atuar no cuidado com a família e não no indivíduo doente, trabalhe com conceitos de vigilância à saúde e no enfoque sobre o risco, desenvolva atividades que incluam a prevenção e a promoção de saúde mental, politize as ações em saúde de modo a lidar com os determinantes sociais do adoecimento, realize práticas inter setoriais e desenvolva o exercício da cidadania (NUNES *et al.*, 2007).

Como apoio à equipe de saúde da família, o NASF deve atuar de maneira integrada, compartilhando as práticas e saberes em saúde nos territórios sob responsabilidade destas equipes, fazendo com que a equipe de saúde da família amplie seus conhecimentos e, com isso, aumente a resolutividade da própria atenção básica. Não se constitui como unidade física e para exercer suas atividades

deve ocupar o espaço físico da unidade a qual está vinculado. O intuito é ampliar a abrangência e o escopo das ações da atenção básica. O NASF possui uma equipe composta por profissionais de diferentes áreas, é bem heterogêneo, inclui desde psicólogo, médico psiquiatra, assistente social, educador físico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo a médico acupunturista e profissional formado em arte e educação. No entanto, sua composição é definida pelos gestores municipais e pelas próprias equipes de saúde da família. Um NASF pode ser vinculado de 5 a 9 ESFs. Alguns exemplos de ações seria a discussão de casos, atendimentos compartilhados com a equipe, atendimentos individuais do usuário, construção conjunta de projetos terapêuticos, ações de educação permanente, ações de prevenção e promoção de saúde, discussão do processo de trabalho das equipes e etc. (PORTAL DO DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA, 2012).

### **1.3 Importância de integrar o paciente psiquiátrico portador de hipertensão arterial nos cuidados primários**

A importância de integrar a saúde mental nos cuidados primários é promover uma atuação conjunta para ambas às necessidades de um indivíduo, podendo ele resolver problemas de saúde mental e saúde física, além da diminuição do déficit entre a prevalência de transtornos psiquiátricos e o número de pessoas que recebem tratamento e cuidado (OMS; WONCA, 2009).

Os transtornos psiquiátricos estão presentes em todas as sociedades. Eles criam uma carga pessoal substancial para os indivíduos afetados e as suas famílias, e produzem dificuldades econômicas e sociais substanciais que afetam a sociedade no seu todo. Muitas pessoas sofrem tanto de problemas de saúde física como mental. Os serviços de cuidados primários integrados podem ajudar a assegurar que as pessoas sejam tratadas de uma maneira holística, respondendo às necessidades de saúde mental das pessoas com doenças físicas, assim como às necessidades de saúde física das pessoas com transtornos psiquiátricos (OMS; WONCA, 2009).

Os problemas de saúde mental variam desde um aumento do stress, problemas na vida familiar e profissional, preocupação em relação a uma doença até transtornos psiquiátricos diagnosticáveis (ARGYRIADOU *et al.*, 2001).

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma síndrome multifatorial, na qual interações complexas entre fatores genéticos, ambientais e psicossociais causam elevação da pressão arterial, consequência da alta prevalência nacional e mundial; é considerada como um dos principais fatores de risco cardíaco, cerebrovasculares e de complicações renais (WILLIAMS, 2010). Estratégias como mudanças no estilo de vida e nos hábitos alimentares são de fundamental importância para evitar os fatores de risco determinantes da hipertensão. Por isso, o diagnóstico precoce dessa patologia é de grande interesse para prevenir as suas complicações (ÁVILA *et al.*, 2010).

Dados que permitem conhecer o nível de implementação das ações de saúde mental na atenção básica ainda são muito incipientes no Brasil, mas segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) esses pacientes são pouco identificados, referidos ou tratados e tendem a ser subestimados por profissionais de saúde (OMS, WONCA, 2009). A negligência global da saúde mental está bem documentada, apesar das evidências sobre a alta prevalência de transtornos psiquiátricos e os custos substanciais que estes transtornos impõem aos indivíduos, famílias, comunidades e sistemas de saúde quando não tratados ou encaminhados para hospitais psiquiátricos (JACOB *et al.*, 2007; FUNK *et al.*, 2004).

Algumas falhas e necessidades comuns da Estratégia Saúde da Família (ESF) foram apontadas pelo estudo de Koga *et al.* (2006) em relação a pacientes com transtorno psiquiátrico: falta de preparação dos profissionais para atender esses pacientes; necessidade de ampliar e se integrar aos demais programas de saúde; necessidade de fornecer informações sobre os medicamentos psiquiátricos e dar orientações e suporte aos familiares cuidadores; conscientizar os próprios pacientes sobre sua condição de saúde; aumentar a participação ativa desses pacientes e a responsabilidade com o próprio tratamento, a fim de evitar o abandono dos medicamentos e as consequentes hospitalizações repetidas.

Levando em consideração essas falhas quanto ao atendimento do paciente de saúde mental da ESF, pode-se considerar que uma síndrome multifatorial e com alta prevalência como a HAS não está sendo tratada da maneira correta. A partir disso, ressalta-se a importância de programar um protocolo de atendimento que permita uma atuação adequada da equipe de saúde.



#### **1.4 O Município de Sete Lagoas**

A cidade de Sete Lagoas, localizada na região central do Estado de Minas Gerais, a 72 quilômetros da capital Belo Horizonte possui população estimada em 2016 de 234.221 pessoas, área de unidade territorial estimada em 2015 de 536,644 km<sup>2</sup>, sua área de influência abrange mais 34 municípios e possui densidade demográfica estimada em 2010 de 398,32 hab/km<sup>2</sup> (IBGE, 2010). Em sua economia, o município conta com diversas empresas e indústrias que estão concentradas na extração de calcário, mármore, ardósia, argila, areia e na produção de ferro-gusa (65% da produção total em Minas). Fábricas de peças automotivas e linhas de montagem de caminhões e veículos de defesa também se fazem presentes (IBGE, 2010). A cidade possui um total de 23 empresas siderúrgicas (PREFEITURA DE SETE LAGOAS, 2014). Quanto aos aspectos socioeconômicos, o índice de desenvolvimento humano (IDH) é de 0,760, considerado alto e o 25º do estado de Minas Gerais. O Serviço Autônomo de Água e Esgoto (SAAE) é o órgão responsável pela distribuição de água potável e pela coleta de esgoto sanitário em toda a cidade de Sete Lagoas. O sistema de abastecimento de água tem características bem específicas e diferentes da maioria das cidades, pois a captação de água é subterrânea. Segundo dados de 2012 da SAAE, a população atendida com abastecimento de água é de 216.183 habitantes e a atendida com coleta de esgoto é de 205.580 habitantes (PREFEITURA DE SETE LAGOAS, 2014).

#### **1.5 Sistema de Saúde do Município de Sete Lagoas**

A Rede de Atenção Primária à Saúde de Sete Lagoas conta com 45 ESFs e 8 Centros de Saúde funciona de segunda a sexta-feira, de 7 às 17h. Possui 4 equipes de Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) que coordena vários grupos operativos de saúde. Alguns deles são: grupo de caminhada e práticas corporais, Diabetes e Hipertensão, reeducação alimentar, dentre outros. Os profissionais que compõem o NASF são: Fisioterapeuta, Assistente Social, Educador Físico, Psicólogo, Nutricionista, terapeuta ocupacional e fonoaudiólogo. A Atenção Especializada se resume em Pontos de Atenção que oferecem consultas, exames, procedimentos e tratamentos especializados. O acesso às consultas e exames

especializados é feito através de um pedido dos médicos dos Serviços de Atenção Básica. O agendamento da consulta ou do exame especializado é feito através da Central de Marcação de Consultas de segunda a sexta-feira, de 7 às 16h. As consultas ou exames especializados não oferecidos em Sete Lagoas podem ser encaminhados para outras cidades. Sete Lagoas é referência para 34 cidades, além dos seus distritos. A cidade ainda possui 3 Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), sendo um para atendimento de adultos, um para atendimento de crianças e adolescentes e um para atendimento de usuários com dependência ao álcool e drogas. O CAPS de atendimento a adulto, também chamado de CAPS II presta atendimento individual e em grupos (psicoterapia, atendimento psiquiátrico, oficinas terapêuticas, atendimento às famílias e outros) em regime de atenção diária. O atendimento pode ser feito por encaminhamento pela Equipe de Saúde Mental da Atenção Primária, por livre demanda (diretamente ao serviço ) em casos de crise e encaminhado pelo SAMU e Polícia Militar. A cidade ainda conta com 2 hospitais, 3 pronto atendimentos e SAMU (PREFEITURA MUNICIPAL DE SETE LAGOAS, 2014).

Dentre as ESFs, a ESF São Geraldo, localizada no bairro São Geraldo foi criada no ano de 2012. O horário de funcionamento é de 7 às 17 horas. A equipe é composta por 1 médico clínico geral, 1 enfermeira, 1 técnico de enfermagem, 6 ACSs, 1 auxiliar de portaria, 1 auxiliar de limpeza e não possui equipe de saúde bucal. Em relação à estrutura a unidade é composta por 2 consultórios, 1 sala de espera, 1 sala de portaria, 1 sala de arquivo, 1 sala dos ACS, 1 banheiro para usuário, 1 banheiro para funcionário, 1 cozinha e 1 quintal onde ocorre atividades coletivas. Os equipamentos básicos disponíveis são estetoscópio, esfigmomanômetro, macas e material de enfermagem. Os serviços de atendimento na unidade são basicamente consultas, pré-natal, puericultura, curativos, controle de pressão arterial e glicemia e preventivo Papanicolau. A ESF possui 3200 usuários inscritos na comunidade sendo que 2048 são mulheres e 1152 são homens. Dentre os usuários há 12 gestantes, cerca de 50 bebês menores de 1 ano, 241 portadores de diabetes, 810 usuários com HAS e 212 são cadastrados como pacientes psiquiátricos.

## 2 JUSTIFICATIVA

Dados científicos credíveis têm revelado as múltiplas ligações multidirecionais existentes entre a saúde e a doença mental e física (PRINCE, 2007). Os pensamentos, sentimentos e comportamentos de saúde têm um grande impacto no estado de saúde física. Pelo outro lado, o estado de saúde física tem considerável influência sobre o bem-estar e a saúde mental (OMS; WONCA, 2009).

A literatura científica atual aponta para uma clara correlação entre transtornos psiquiátricos e doenças cardiovasculares. A importância destas comorbidades reside no fato de existir uma dificuldade dos clínicos gerais e especialistas encontrarem o diagnóstico e tratamento de transtornos psiquiátricos em seus pacientes (AMARAL, *et al.*, 2005). Dessa forma, essa relação demanda cuidados prévios como prevenção e detecção para posteriormente realizar tratamentos específicos.

Portanto, este trabalho facilitará a compreensão e um maior conhecimento de como tratar o paciente psiquiátrico hipertenso na ESF. Há necessidade de entender porque surgem problemas de saúde física em pacientes com transtornos psiquiátricos na ESF e as possíveis dificuldades de uma equipe de saúde da família para tratar e referenciar esses pacientes.

### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 Objetivo geral**

Elaborar um plano de intervenção para melhoria do atendimento ao paciente psiquiátrico com hipertensão arterial sistêmica do município de Sete Lagoas - MG, no ESF São Geraldo.

#### **3.2 Objetivos específicos**

- Realizar uma revisão de literatura para esclarecer dúvidas a respeito de como tratar um paciente psiquiátrico portador de hipertensão arterial, prevenindo outras comorbidades.

- Propor diretrizes para melhoria do atendimento ao paciente psiquiátrico com hipertensão arterial sistêmica do município de Sete Lagoas, no ESF São Geraldo.

- Criar novas ações para acompanhamento de pacientes psiquiátricos portadores de hipertensão arterial.

- Propor um protocolo de atendimento ao paciente de saúde mental hipertenso da ESF São Geraldo no município de Sete Lagoas, Minas Gerais.

#### **4 METODOLOGIA**

Foi realizada uma revisão de literatura nacional e internacional baseada em periódicos localizados nas seguintes bases: Biblioteca Virtual em Saúde, Lilacs (Centro latino-americano e do Caribe de informação em ciências da saúde), Scielo (Scientific Electronic Library Online) e Pubmed. Para busca dos artigos foram utilizados os descritores a partir do DeCS (Descritores em Ciências da Saúde): saúde mental, hipertensão, neuropsiquiatria e psiquiatria comunitária. Os critérios para seleção dos artigos não se ateve a selecionar datas, apesar da escolha por artigos mais atuais, nos idiomas inglês e português, priorizando-se os assuntos mais adequados ao objetivo da pesquisa e foi realizada uma leitura minuciosa dos artigos. Após o levantamento bibliográfico e a escolha dos artigos pertinentes ao assunto, foi realizada uma leitura exploratória e seletiva, de acordo com as normas da ABNT (Associação Brasileira de Normas Técnicas).

Em seguida foi elaborado um plano de intervenção para melhoria do atendimento ao paciente psiquiátrico portador de hipertensão arterial, baseado no entendimento da literatura atual.

## 5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

### 5.1 A saúde mental na Estratégia Saúde da Família

Os transtornos psiquiátricos constituem um grave problema de saúde a nível mundial e afetam pessoas de todas as idades, culturas e nível socioeconômico. Podem ser classificados em não psicóticos como transtornos de humor, transtornos por abuso de substâncias e transtornos de ansiedade, alimentares e somatoformes (GONÇALVES, KAPCZINAK, 2008). Estima-se que a depressão severa, por exemplo, representa atualmente a quarta causa de incapacidade e está próxima a ser a segunda causa de incapacidade em escala mundial (OLIVEIRA, *et al.*, 2009).

Pesquisas que estimam a prevalência de transtornos psiquiátricos na atenção primária são pouco comuns no Brasil. Um estudo multicêntrico realizado no Brasil verificou que a taxa de transtornos psiquiátricos nos usuários do Rio de Janeiro, São Paulo, Fortaleza e Porto Alegre foram, respectivamente, 51,9%, 53,3%, 64,3% e 57,7%. Problemas de saúde mental foram especialmente altos em mulheres, desempregados, em pessoas com baixa escolaridade e com baixa renda. Dadas as iniciativas do governo brasileiro para o desenvolvimento dos cuidados primários e para reorganização da política pública de saúde mental, é importante considerar os transtornos psiquiátricos comuns como uma prioridade tal como outras morbidades crônicas (GONÇALVES *et al.*, 2014).

A ESF como é a porta de entrada do sistema de saúde, é uma das parceiras para integração das ações de saúde mental. Deve trabalhar não só com os programas estabelecidos pelo Ministério da Saúde, mas com a totalidade de assistência que lhe é permitida, por meio de recursos físicos, materiais e humanos disponíveis (BRASIL, 2010).

Baixos resultados terapêuticos, adesão insuficiente, maior número de visitas ao clínico ou especialista, aumento de exames e procedimentos, perda da qualidade de vida, prejuízo nas atividades profissionais e aumento da morbimortalidade são características observadas em pacientes não adequadamente diagnosticados com transtorno psiquiátrico (AMARAL *et al.*, 2005).

Nunes *et al.* (2007) e Jucá *et al.* (2009) investigaram como profissionais de uma ESF compreendiam os transtornos psiquiátricos. Os profissionais apontaram causas muito variadas para o sofrimento mental, mencionaram muito a depressão e

não houve menções a alcoolismo e uso de drogas. Estes estudos também recolheram dados sobre como profissionais desenvolviam intervenções em saúde mental. Notaram ausência de registro em prontuários; dificuldades de estabelecer vínculos com os usuários; temor da equipe quanto à violência do bairro e quanto a possíveis comportamentos agressivos dos usuários.

Os usuários investigados por Koga *et al.* (2006) declararam que as intervenções dos profissionais pareciam produzir poucas transformações nas relações entre famílias e usuários, pois houve evidências de que as orientações sobre medicação psicotrópica transmitidas por agentes comunitários de saúde não eram satisfatórias e de que essas orientações não eram fornecidas por outros membros das equipes.

Agentes de saúde foram avaliados por Barros *et al.* (2009) e forneceram respostas heterogêneas sobre transtornos psiquiátricos e as práticas relatadas foram caracterizadas por distanciamento cognitivo, afetivo e físico com o usuário.

Severo *et al.* (2007) entrevistaram 121 familiares-cuidadores e cerca de 70% eram mulheres. De forma geral, a experiência de cuidar era entendida como tarefa difícil, envolvia desgaste emocional e físico, gerava sobrecarga na rotina familiar e financeira, a cuidadora costumava adoecer e isso levava a possíveis internações do usuário.

Apesar de nem todos os municípios possuírem modelos de assistência à saúde mental como CAPS, é preciso que exista a parceria com outros serviços como o NASF, mesmo se estiver em outras localidades. A equipe da ESF deve ser capacitada por uma equipe de saúde mental, seja esta do próprio município ou de um município próximo (que seja referência), a fim de qualificar os profissionais para o atendimento de pacientes com transtornos psiquiátricos: distúrbio bipolar, esquizofrenia, depressão, drogas, alcoolismo, pacientes que fazem uso de benzodiazepínicos, tentativa de suicídio, entre outros (OLIVEIRA *et al.*, 2009).

## **5.2 Hipertensão arterial sistêmica (HAS)**

A HAS é uma doença crônica na qual as altas prevalências de morbimortalidades são advindas de doenças cardiovasculares. Estima-se seu envolvimento com os óbitos por doença isquêmica do coração e acidente vascular encefálico (SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO ARTERIAL;

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2010).

O indivíduo é considerado hipertenso quando apresenta pressão arterial igual ou maior que 140 x 90mm/Hg (CHOBANIAN *et al.*, 2003). Inquéritos populacionais em cidades brasileiras nos últimos 20 anos apontaram uma prevalência de HAS acima de 30% (CESARINO *et al.*, 2008; ROSÁRIO *et al.*, 2009). Considerando valores de pressão arterial maiores que 140/90 mmHg, 22 estudos encontraram prevalências entre 22,3% e 43,9%, (média de 32,5%), com mais de 50% entre 60 e 69 anos e 75% acima de 70 anos (CESARINO *et al.*, 2008; ROSÁRIO *et al.*, 2009).

Entre os fatores que participam da gênese da HAS como a obesidade, a influência do sexo, a ingestão de sódio, o baixo consumo de potássio, o consumo exacerbado de álcool, a raça negra, o sedentarismo, a história familiar, a baixa escolaridade, o uso de medicamentos como os contraceptivos orais, ainda pode adicionar como fatores de risco os traços de personalidade, depressão e ansiedade (CHOBANIAN, *et al.*, 2003).

O elevado percentual de comorbidades da HAS surge com o diagnóstico tardio e tratamento insuficiente, demandando a necessidade de investigação das práticas voltadas ao cuidado das pessoas com este agravo (HOEPFENER, FRANCO, 2010). Dessa forma, quanto antes se fizer o diagnóstico em pacientes com transtornos psiquiátricos, melhor.

### **5.3 Ações de acompanhamento para saúde mental**

A inclusão das ações de saúde mental na ESF tem como objetivo promover a autonomia dos usuários, seu autocuidado e suas relações familiares e sociais, contemplando a atenção a transtornos de diferentes graus de severidade e persistência (SOUZA *et al.*, 2012)

Os profissionais da ESF ouvidos por Bittencourt, Mateus (2006) consideraram importante ter na equipe algum profissional capacitado em saúde mental e consideraram que o psicólogo poderia orientar a equipe quanto a questões técnicas e também quanto a seu próprio funcionamento interno, desenvolver atividades junto a grupos específicos (diabéticos, hipertensos, etc.), realizar visitas domiciliares e participar de “todas as atividades da Unidade”.



Severo *et al.* (2007) avaliaram que o suporte emocional fornecido às cuidadoras de pacientes psiquiátricos pode melhorar o tratamento e sugeriram que a família deve ser inserida efetivamente no projeto terapêutico, baseando-se no pressuposto de que as relações familiares e sociais são importantes agentes terapêuticos ao lado da medicação psiquiátrica.

Outra ação interessante para contornar um transtorno mental, no caso o estresse foi utilizar o lazer. Uma forma encontrada de diminuir os efeitos deletérios de eventos desagradáveis, especialmente por sua característica socializante (PONDE, CARDOSO, 2003). É uma necessidade psicossocial cujo exercício é influenciado pela subjetividade, dependente da objetividade social e cultural. É um prazer e, portanto, situa-se como um dos fatores fundamentais para o bem-estar e colabora para a saúde, sobretudo, para a saúde mental (JANUZZI, CINTRA, 2006). O lazer foi sentido e vivido por essas mulheres como forma de enfrentar a solidão, permitindo a socialização, o contentamento pela vida e, conseqüentemente, promovendo a saúde mental. Foi visto, também, como forma de enfrentamento e tratamento da HAS (BALDISSERA, BUENO, 2011).

É possível observar como o trabalho em grupo se torna um veículo importante para a promoção da saúde mental e o tratamento de doenças.

#### **5.4 O paciente psiquiátrico hipertenso**

Poucos estudos avaliam a prevalência de transtornos psiquiátricos associados à hipertensão. No entanto, um estudo transversal com 710 usuários de Unidades de Saúde da Família de Blumenau, Santa Catarina, avaliou a prevalência de transtornos psiquiátricos em pessoas com HAS e/ou diabetes, e mostrou que a alta prevalência está associada a fatores como o sexo, pois foi maior em mulheres e a baixa condição socioeconômica (HELENA *et al.*, 2010).

Depressão, ansiedade e deficiência cognitiva são as conseqüências mais comuns dos problemas de saúde física. Por exemplo, num estudo comunitário nacional de larga escala, 52% das pessoas com doença cardiovascular mostravam sintomas de depressão, e entre estas 30% preenchiam os critérios para um episódio depressivo maior (PUREBL *et al.*, 2006). A diabetes e a hipertensão coexistiram frequentemente com a depressão e demência (ARGYRIADOU *et al.*, 2001).

No estudo de Amaral *et al.*, (2007) foi encontrada uma prevalência de transtorno depressivo maior em pacientes hipertensos superior àquela encontrada na população geral. Isso aponta para uma necessidade de maior atenção ao diagnóstico dos transtornos depressivos em pacientes hipertensos em atendimento primário e ambulatorial. A depressão pode interagir com o prognóstico da hipertensão arterial por meio de vários mecanismos. Pacientes deprimidos colaboram menos com os tratamentos, pois, em virtude da falta de energia e de iniciativa, da desesperança e do déficit cognitivo associado à depressão, adotam menos as medicações e os exercícios. E assim como os anti-hipertensivos podem causar sintomas depressivos, que podem ser marcadores de hipertensões mais graves.

A concomitância de transtornos psiquiátricos, como ansiedade e depressão em hipertensos tem papel na determinação da aderência ao tratamento anti-hipertensivo (BARROS *et al.*, 2007).

Por outro lado, questões relativas à manutenção da saúde mental em virtude dos determinantes psicossociais descritos na literatura destaca em especial o estresse, que foi identificado como causa da elevação dos valores pressóricos e responsável pela gênese da HAS, uma vez que provoca o aumento da reatividade cardiovascular (SPARRENBERGER, MOREIRA, CANEPELE, 2004). Também se destacam as próprias restrições impostas pelo tratamento como desencadeantes de percepções desagradáveis que podem gerar estresse. Por sua vez, a qualidade de vida que se perde com o estresse influencia negativamente no desejo em manter o tratamento anti-hipertensivo por interferir no desejo de viver bem e melhor (LIPP, 2007).

## 6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

Para elaborar as etapas de um plano de intervenção ou ação é importante ter um entendimento mais abrangente do que é necessário avaliar previamente, pois são essas etapas prévias que auxiliam na eficácia da elaboração desse plano. O primeiro passo é realizado por uma equipe multiprofissional, intersetorial que planejará e executará o método da estimativa rápida, com a participação da comunidade. Este método consiste em examinar registros existentes, entrevistar informantes importantes e fazer observações sobre as condições de vida da comunidade que se quer conhecer. Dessa forma, elabora-se um diagnóstico de saúde de um determinado território (COSTA; FARIA; SANTOS, 2010).

Para a elaboração do plano de intervenção para a ESF São Geraldo na cidade de Sete Lagoas/Minas Gerais, entendeu-se o diagnóstico situacional como:

- Alto índice de pacientes psiquiátricos com hipertensão arterial sistêmica;
- Não referenciação e apoio adequado para tratamento da saúde geral desses pacientes;
- Falta de conhecimento desses pacientes sobre a importância do tratamento para hipertensão.

Feito isso, o segundo passo foi reunir a equipe para criar e discutir as intervenções que a mesma deveria fazer para enfrentar esses problemas da comunidade. Como a lista de problemas de uma comunidade provavelmente é diversificada estabeleceu-se coletivamente as prioridades. Como critérios para seleção dos problemas a equipe considerou: a importância do problema, sua urgência e a própria capacidade para enfrentá-los. Entendeu que problema priorizado foi o aumento no índice de pacientes psiquiátricos portando hipertensão arterial sistêmica.

### 6.1 Descrição do problema selecionado (terceiro passo)

É válido ressaltar que a identificação e priorização dos problemas não são suficientes para que se possam definir as intervenções na perspectiva de solucioná-los. O terceiro passo deve avançar no entendimento ou explicação do problema, caracterizá-lo e descrevê-lo melhor, inclusive pela sua quantificação. Para isso é

necessário usar dados do próprio registro da equipe e complementá-los, se necessário, com outras fontes como estudos epidemiológicos e do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB). É um passo muito importante, pelo fato de afastar qualquer ambiguidade diante do problema que se quer enfrentar e por obter indicadores que serão utilizados para avaliar o impacto alcançado pelo plano (COSTA; FARIA; SANTOS, 2010).

No presente estudo, encontrou-se os indicadores:

- O aumento de casos de hipertensão arterial em pacientes psiquiátricos nas ESF se deve a não referência de tratamento adequado na atenção básica;
- Alguns obstáculos dificultam a promoção e tratamento da saúde mental ao nível de atenção básica, como: a falta de profissionais capacitados, a ausência de apoio e/ou referência dos NASF e CAPS próximos, além das dificuldades dos usuários em encontrar na rede básica a assistência em saúde física.

## **6.2 Explicação do problema selecionado (quarto passo)**

Após análise de dados descritos na literatura o problema selecionado é de grande interesse para a ESF, pois não são todos os municípios e ESF's que possuem profissionais de saúde capacitados para dar apoio à família ou ao cuidador de um paciente com transtorno mental e estabelecer meios de informar a importância do tratamento para hipertensão arterial sistêmica. Daí a necessidade de criar novas ações para acompanhamento desses pacientes psiquiátricos portadores de hipertensão arterial.

## **6.3 Seleção dos nós críticos (quinto passo)**

Causas ou situações que geram o problema prioritário:

- A ausência de referência, apoio e supervisão dos NASF e CAPS
- Não preocupação da ESF em diagnosticar problemas de saúde física em pacientes com transtornos psiquiátricos
- Ausência de programa educativo voltado para a prevenção de hipertensão em pacientes de saúde mental

#### **6.4 Desenho das operações (sexto passo)**

Com o problema bem explicado e identificação das causas mais importantes foi necessário pensar nas soluções e estratégias para o enfrentamento do problema. Dessa forma, o plano de ação propriamente dito tem como objetivos: descrever as operações para o enfrentamento das causas selecionadas como “nós críticos”, identificar os produtos e resultados para cada operação definida e identificar os recursos necessários para a concretização das operações (COSTA; FARIA; SANTOS, 2010).

As operações do plano de ação são conjuntos de ações que devem ser desenvolvidas durante a execução do plano. Essas operações consomem vários tipos de recursos: econômicos ou financeiros; organizacionais ou referente à estrutura física, recursos humanos e equipamentos; cognitivos ou referentes a conhecimentos disponíveis e acumulados; de poder ou referente a recursos políticos. Tradicionalmente, o recurso mais valorizado e requisitado é o recurso econômico. Muitas vezes, o fracasso de um plano está ligado justamente à baixa valorização atribuída aos outros recursos que são negligenciados (COSTA; FARIA; SANTOS, 2010) (Quadro 1, 2 e 3).

**Quadro 1-** Operações sobre o “nó crítico1”, relacionado ao problema "A ausência de referência, apoio e supervisão dos NASF e CAPS" na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família São Geraldo na cidade de Sete Lagoas/MG.

<b>Nó crítico 1</b>	A ausência de referência, apoio e supervisão dos NASF e CAPS
<b>Operação</b>	Poucos ESFs têm conhecimento que um NASF pode dar apoio a várias equipes de saúde da família. Dessa forma, é importante entrar em contato com o coordenador de saúde mental ou com a Secretaria de Saúde Municipal para pedir que o NASF e CAPS e seus profissionais especializados como psicólogo, enfermeiro especializado e psiquiatra atuem juntamente com a ESF.
<b>Projeto</b>	Atuação multiprofissional dos NASF e CAPS com a equipe de saúde da família por meio de reuniões educativas sobre a melhor abordagem para controlar por meio de medicação e melhora da qualidade de vida a HAS em pacientes com transtornos psiquiátricos. Além da participação conjunta em visitas domiciliares e em projetos comunitários voltados a melhora da qualidade de vida desses pacientes como estímulos a lazer e esclarecimento sobre a importância da medicação anti-hipertensiva.
<b>Resultados esperados</b>	Melhor identificação e controle da hipertensão nos pacientes psiquiátricos a fim de introduzir um cuidado mais eficaz da ESF
<b>Produtos esperados</b>	Relações ESF, NASF e CAPS mais próximas e diagnóstico precoce de problemas de saúde física em pacientes psiquiátricos.
<b>Recursos necessários</b>	Estrutural: Integração da ESF com NASF e CAPS Cognitivo: Reunião dessas equipes multiprofissionais externas com a equipe de saúde da família para esclarecimentos e estabelecimento das ações conjuntas para com os pacientes psiquiátricos hipertensos Financeiro: Aquisição de medicação anti-hipertensiva para os pacientes psiquiátricos Político: Se não puder haver apoio dos NAFS existentes, deverão fazer solicitação para criação de mais um NASF devido à necessidade da região.
<b>Recursos críticos</b>	Estrutural: A disponibilidade das equipes para essa integração Cognitivo: Entrosamento da equipe e motivação da mesma Financeiro: Adesão do gestor local em solicitar verba para aquisição de medicação Político: Recurso para a criação de nova equipe
<b>Controle dos recursos críticos</b>	O enfermeiro da equipe deve se posicionar com motivação maior para cumprir esse objetivo
<b>Ações estratégicas</b>	Reuniões da ESF com NASF e CAPS para esclarecimentos,

	<p>ensinamentos e treinamentos sobre a melhor abordagem para controlar por meio de medicação e melhora da qualidade de vida a HAS em pacientes com transtornos psiquiátricos</p> <p>Participação dessas equipes multiprofissionais, de acordo com sua atuação estabelecida em lei, em visitas domiciliares e em projetos comunitários voltados a melhora da qualidade de vida desses pacientes como reuniões específicas com esses pacientes, estímulos a lazer e importância à aderência e manutenção da medicação anti-hipertensiva para estabilização da HAS</p>
<b>Prazo</b>	6 meses
<b>Responsável (eis) pelo acompanhamento das operações</b>	Enfermeiro da ESF
<b>Processo de monitoramento e avaliação das operações</b>	Segurança da equipe em diagnosticar um transtorno mental, em diagnosticar, medicar e controlar a HAS, além do bom entrosamento dos novos profissionais tanto com a equipe de saúde da família quanto com os pacientes psiquiátricos e seus familiares ou cuidadores.

Fonte: Autoria própria, 2017

**Quadro 2** – Operações sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema “Não preocupação da ESF São Geraldo na cidade de Sete Lagoas/MG em diagnosticar problemas de saúde física em pacientes com transtornos psiquiátricos”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família.

<b>Nó crítico 2</b>	Não preocupação da ESF em diagnosticar problemas de saúde física em pacientes com transtornos psiquiátricos
<b>Operação</b>	Utilizar de profissionais especializados do NASF para esclarecer sobre alguns transtornos psiquiátricos que influenciam na HAS como ansiedade, depressão e estresse, que costumam ser negligenciados e educar a equipe a ter uma atenção maior quanto o diagnóstico de problemas de saúde física nesses pacientes e a importância de diagnosticá-los precocemente, visto a dificuldade desses pacientes em aderir a mais um controle medicamentoso
<b>Projeto</b>	Reuniões explicativas e esclarecedoras por parte de equipes multiprofissionais especializadas do NASF e/ou CAPS com a equipe de saúde da família sobre transtornos psiquiátricos e saúde física
<b>Resultados esperados</b>	Diminuir o risco de morbimortalidade por doenças cardiovasculares e evitar que novos casos de HAS apareçam sem o devido cuidado
<b>Produtos esperados</b>	Maior empenho, dedicação e cuidados da equipe de saúde da família com os pacientes psiquiátricos
<b>Recursos necessários</b>	Estrutural: União de ESF com NASF e/ou CAPS Cognitivo: Conversas, reuniões e orientações informativas quanto a importância em diagnosticar e controlar a saúde física em pacientes psiquiátricos Financeiro: Nenhum Político: Comunicação e integração da ESF com NASF e CAPS
<b>Recursos críticos</b>	Estrutural: Entrosamento das equipes Cognitivo: Informações claras e objetivas sobre o tema abordado Financeiro: Nenhum Político: Conseguir se comunicar com essas equipes. Deverá haver um interlocutor, um gestor que faça essa agregação
<b>Controle dos recursos críticos</b>	O enfermeiro da ESF deve tomar frente desse nó crítico para conseguir essa interlocução e apoio do NASF e/ou CAPS
<b>Ações estratégicas</b>	Programar e agendar reuniões com as equipes
<b>Prazo</b>	6 meses
<b>Responsável (eis) pelo acompanhamento das operações</b>	Enfermeiro e Médico do ESF, mas com o apoio e supervisão do NASF e/ou CAPS



<b>Processo de monitoramento e avaliação das operações</b>	Presença de toda a equipe nas reuniões com os profissionais especializados do NASF e/ou CAPS
--	--

Fonte: Autoria própria, 2017

**Quadro 3** – Operações sobre o “nó crítico 3” relacionado ao problema “Ausência de programa educativo voltado para a prevenção de hipertensão em pacientes de saúde mental”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família São Geraldo na cidade de Sete Lagoas/MG.

<b>Nó crítico 3</b>	Ausência de programa educativo voltado para a prevenção de hipertensão em pacientes psiquiátricos
<b>Operação</b>	Desenvolver uma ação educativa quanto à necessidade de uso da medicação anti-hipertensiva e comparecimento às reuniões programadas realizadas na ESF
<b>Projeto</b>	Os profissionais da equipe de saúde da família devem oferecer educação familiar: reuniões e guias informativos, quanto à medicação anti-hipertensiva para os pacientes psiquiátricos e o próprio entendimento desses pacientes quanto a importância de manter o controle da HAS
<b>Resultados esperados</b>	Os membros da família mais participativos e solidários além da própria conscientização dos pacientes psiquiátricos deve manter o controle da hipertensão
<b>Produtos esperados</b>	Prevenção de morbimortalidade por doença cardiovascular
<b>Recursos necessários</b>	Estrutural: Atuação de enfermeiro e médico nesse programa educativo Cognitivo: Reuniões projetadas especificamente ao fácil entendimento dessas questões pelo paciente psiquiátrico Financeiro: Impressão de guias educativos Político: Preparação da ESF por profissionais especializados advindos do NASF e/ou CAPS
<b>Recursos críticos</b>	Estrutural: Adesão da família e dos pacientes psiquiátricos ao programa educativo Cognitivo: Compreensão pela família e pelos pacientes psiquiátricos Financeiro: Recurso para custeio do serviço Político: Apoio e supervisão da ESF por meio do NASF e/ou CAPS
<b>Controle dos recursos críticos</b>	Quando a família ou os pacientes não puderem comparecer à unidade, as reuniões educativas deverão ser realizadas durante as visitas domiciliares
<b>Ações estratégicas</b>	Atitude carinhosa e acolhedora para com o usuário, a fim de conquistar sua confiança. Reuniões claras, objetivas e de fácil compreensão.
<b>Prazo</b>	6 meses
<b>Responsável (eis) pelo acompanhamento das operações</b>	Enfermeiro e Médico do ESF juntamente com o apoio e supervisão do NASF e CAPS.
<b>Processo de</b>	Reuniões da ESF com os profissionais do NASF e CAPS para conversarem

<b>monitoramento e avaliação das operações</b>	sobre o andamento do programa, além da verificação dos dados epidemiológicos da ESF quanto a aumento ou diminuição da HAS nos pacientes psiquiátricos.
--	--

Fonte: Autoria própria, 2017

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

É preciso seguir todas as etapas do plano de intervenção sugerido para que haja eficiência em sanar os nós críticos do problema. É necessária uma ação educativa com os profissionais de saúde da ESF para aumentar sua sensibilidade a sintomas psicológicos e assim poder estabelecer um cuidado mais eficaz no combate à associação de comorbidades, realizar intervenções educativas com os familiares/cuidadores e com o próprio paciente de saúde mental hipertenso, como forma de agregar maneiras para resolução do problema.

Pacientes psiquiátricos requerem um cuidado especializado que varia desde a própria compreensão e aceitação da doença e tratamento até a necessidade de intervenções ativas de profissionais especializados da área de saúde mental para trazer e/ou manter esse paciente em tratamento. Dessa forma, esse plano de intervenção é relevante por contribuir não só para o controle da HAS como para reduzir novos casos por meio dessa atenção diferenciada focada não só na doença psiquiátrica em si, mas com foco na saúde geral; levando em consideração que esses pacientes antes de possuírem a doença psiquiátrica são seres humanos e sujeitos a todo tipo de doença adquirida por rotinas, hábitos e hereditariedade.

Espera-se que essa proposta provoque ações reflexivas e de mudança de atitude e posicionamento por parte dos profissionais de saúde da ESF São Geraldo não só em relação à atuação com os pacientes psiquiátricos hipertensos dessa unidade, mas também quanto ao seu papel frente aos recursos disponíveis na atenção básica e na execução do processo de trabalho cotidiano juntamente com o auxílio de outras equipes multiprofissionais.

## REFERÊNCIAS

- AMARAL, G.F. *et al.* Depressão e doenças cardiovasculares - importância para o clínico. **Rev. Soc. Bras. Clín. Méd.**, v. 3, n. 4, p. 102-112, 2005.
- AMARAL, G.F. *et al.* Prevalência de transtorno depressivo maior em centro de referência no tratamento de hipertensão arterial. **Rev. Psiquiatr. RS**, v. 29, n. 2, p. 161-168, 2007.
- ARGYRIADOU, S. *et al.* In what extent anemia coexists with cognitive impairment in elderly: a cross-sectional study in Greece. **BMC Family Practice**, v. 2, p. 5, 2001.
- ARGYRIADOU, S. *et al.* Dementia and depression: two frequent disorders of the aged in primary healthcare in Greece. **Family Practice**, v. 18, p. 87-91, 2001.
- ÁVILA, A. *et al.* Conceituação, epidemiologia e prevenção primária. **J. Bras. Nefrol.**, v. 32, n. 1, p. 1-4, 2010.
- BALDISSERA, V.D.A., BUENO, S. M. V. O lazer e a saúde mental das pessoas hipertensas: convergência na educação para a saúde. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 46, n. 2, p. 380-387, 2012.
- BARROS, M.; CÉSAR, C.; CARANDINA, L.; TORRE, D. Associação entre síndrome metabólica e transtornos mentais. **Rev. psiquiatr. clín.**, v. 34, n. 1, p. 28-38, 2007.
- BARROS, M. M. M.; CHAGAS, M. I. O.; DIAS, M. S. A. Saberes e práticas do agente comunitário de saúde no universo do transtorno mental. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 227-232, 2009.
- BITTENCOURT, R. A. A.; MATEUS, M. L. F. Possibilidades de atuação do psicólogo no programa saúde da família: a experiência de Bonito-MS. **Psicologia Ciência e Profissão**, Brasília, v. 26, n. 2, p. 328-343, 2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <<http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>> Acesso em: 17 jan. 2017.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde Mental em Dados**, n. 12, 2010. Informativo eletrônico. Brasília. Disponível em: <[http://www.mhinnovation.net/sites/default/files/downloads/innovation/reports/Report\\_12-edicao-do-Saude-Mental-em-Dados.pdf](http://www.mhinnovation.net/sites/default/files/downloads/innovation/reports/Report_12-edicao-do-Saude-Mental-em-Dados.pdf)> Acesso em: 15 out. 2016.
- CAMPOS, F.C.C.; FARIA H. P.; SANTOS, M.A. Planejamento e avaliação das ações em saúde. **Nescon/UFMG**. 2ª ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010. Disponível em: <[https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/Planejamento\\_e\\_avaliacao\\_das\\_acoes\\_de\\_saude\\_2/3](https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/Planejamento_e_avaliacao_das_acoes_de_saude_2/3)>. Acesso em: 15 out. 2016.

CESARINO, C.B. *et al.* Prevalência e fatores sociodemográficos em hipertensos de São José do Rio Preto. **Arq. Bras. Card.**, v. 91, n. 1, p. 31-35, 2008.

CHOBANIAN, A.V. *et al.* The seventh report of the joint national committee on prevention, detection, evaluation and treatment of high blood pressure (VII JOINT). **JAMA**, v. 289, n. 19, p. 2560-2571, 2003.

FUNK, M. *et al.* Mental health policy and plans. **International Journal of Mental Health**, v. 33, p. 4–16, 2004.

GONÇALVES, D.A. *et al.* Brazilian multicentre study of common mental disorders in primary care: rates and related social and demographic factors. **Cad. Saúde Pública**, v. 30, n. 3, p. 623-632, 2014.

GONÇALVES, D.M.; KAPCZINSKI, F. Prevalência de transtornos mentais em indivíduos de uma unidade de referência para Programa Saúde da Família em Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 24, n. 9, p. 2043-2053, 2008.

HELENA, E.T.S. *et al.* Prevalência de transtornos mentais não-psicóticos e fatores associados em pessoas com hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes mellitus em Unidade de Saúde da Família em Blumenau, Santa Catarina. **Revista Brasileira de Medicina da Família e Comunidade**, v. 5, n. 17, 2010.

HOEPFNER, C.; FRANCO, S.C. Inércia clínica e controle da hipertensão arterial nas unidades de atenção primária à saúde. **Arq. Bras. Cardiol.**, v.95, p. 223-9, 2010.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo demográfico**, 2010. Disponível em: <<http://www.cidades.ibge.gov.br/v3/cidades/municipio/3167202>>. Acesso em: 17 de março de 2017.

JACOB, K.S. *et al.* Mental health systems in countries: where are we now? **The Lancet**, v. 370, p. 1061–1077, 2007.

JANNUZZI, F.F.; CINTRA, F.A. Atividades de lazer em idosos durante a hospitalização. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 40, n. 2, p. 179-87, 2006.

JUCÁ, V. J. S.; NUNES, M. O.; BARRETO, S. G. Programa de Saúde da Família e saúde mental: impasses e desafios na construção da rede. **Revista ciência & saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 173-182, 2009.

KOGA, M.; FUREGATO, A.R.F.; SANTOS, J.F.L. Opinions of the staff and users about the quality of the mental health care delivered at a family health program. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 14, n. 2, p. 163-169, 2006.

LIPP, M. Controle do estresse e hipertensão arterial sistêmica. **Rev. Bras. Hipertens.**, v. 14, n. 2 p. 89-93, 2007.

NEVES, H.G.; LUCHESE, R.; MUNARI D.B. Saúde mental na atenção primária: necessária constituição e competências. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 63, n. 4, p. 666-670, 2010.

NUNES, M.; JUCÁ, V. J.; VALENTIM, C. P. B. Ações de saúde mental no Programa Saúde da Família: confluências e dissonâncias das práticas com os princípios das reformas psiquiátrica e sanitária. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 10, p. 2375-2384, 2007.

OLIVEIRA, F. B. *et al.* Saúde mental e estratégia de saúde da família: uma articulação necessária. **Psychiatry online Brasil**, v. 14, n. 9, 2009.

OLIVEIRA, M. F.; SILVEIRA, B.V.; REINALDO, A.M.S. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, v.4, n.10, p.180-182, 2012.

OMS - Organização Mundial de Saúde; WONCA - Organização Mundial de Médicos de Família. **Integração da saúde mental nos cuidados de saúde primários: uma perspectiva global**, 250 p., 2009.

PONDE, M.P.; CAROSO, C. Lazer como fator de proteção da saúde mental. **Rev. Ciênc. Med.**, v. 12, n. 2, p. 163-72, 2003.

PORTAL DO DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA. **NASF**, 2012. Disponível em: < [http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape\\_nasf.php](http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_nasf.php)> Acesso em 15 out. 2016.

PORTAL EDUCAÇÃO. Tipos de atendimento em CAPS. **Psicologia**, 2013. Disponível em: < <https://www.portaleducacao.com.br/conteudo/artigos/psicologia/tipos-de-atendimento-em-caps/42432>>. Acesso em 15 out. 2016.

PREFEITURA MUNICIPAL DE SETE LAGOAS. INTRANET. **Secretaria Municipal de Saúde**, 2014. Disponível em: <<https://pmsl.setelagoas.mg.gov.br/19-secretarias-e-orgaos/44-secretaria-municipal-de-saude>> Acesso em: 17 de Março de 2017.

PRINCE M. *et al.* No health without mental health. **The Lancet**, v. 370, p. 859–877, 2007.

PUREBL, G. *et al.* The relationship of biological and psychological risk factors of cardiovascular disorder in a large-scale national representative community survey. **Behavioral Medicine**, v. 31, p. 133-139, 2006.

ROSÁRIO, T.M. *et al.* Prevalência, controle e tratamento da hipertensão arterial sistêmica em Nobres, MT. **Arq. Bras. Card.**, v. 93, n. 6, p. 672-678, 2009.

SEVERO, A. K. S. *et al.* A experiência de familiares no cuidado em saúde mental. **Arq. Bras. Psicol.**, Rio de Janeiro, v. 59, n. 2, p. 143-155, 2007.

SOUZA, L.G.S. *et al.* Saúde Mental na Estratégia Saúde da Família: revisão da literatura brasileira. **Saúde Soc.** São Paulo, v.21, n.4, p.1022-1034, 2012.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO ARTERIAL; SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. **Arq. Bras. Cardiol.**, v. 95, n. 1 Supl1, p. 1-51, 2010.

SPARRENBERGER, F.; MOREIRA, L.B.; CANEPELE, M.C.G.L. Associação entre estresse e hipertensão. **Hipertensão**, v. 7, n. 3, p. 96-99, 2004.

WILLIAMS, B. The year in hypertension. **JACC**, v. 55, n. 1, p. 66-73, 2010.

SBC - Sociedade Brasileira de Cardiologia. V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Arq. Bras. Cardiol.**, p. 1-48, 2006.