

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

**ARIEL JIMENEZ RUIZ.**

**ACOMPANHAMENTO DOS PACIENTES HIPERTENSOS DA EQUIPE  
DE SAÚDE DA FAMÍLIA FRATERNIDADE NO MUNICÍPIO  
GOVERNADOR VALADARES/MG 2014 – 2015.**

Governador Valadares/MG. 2015

**ARIEL JIMENEZ RUIZ.**

**Acompanhamento dos pacientes hipertensos da equipe de saúde da família fraternidade no município governador valadares/mg 2014 – 2015.**

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.

Orientador: Prof. Natalia Madureira Ferreira.

Governador Valadares/MG. 2015

**ARIEL JIMENEZ RUIZ.**

**ACOMPANHAMENTO DOS PACIENTES HIPERTENSOS DA EQUIPE  
DE SAÚDE DA FAMÍLIA FRATERNIDADE NO MUNICÍPIO  
GOVERNADOR VALADARES/MG 2014 – 2015.**

**Banca examinadora:**

Examinador 1: Prof. Natalia Madureira Ferreira – Universidade Federal de Uberlândia - UFU.

Examinador 2: Prof. Regina Maura Rezende – Universidade Federal do Triângulo Mineiro - UFTM.

Aprovado em Belo Horizonte: 15/06/2016.

## RESUMO

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é uma doença crônica com alta prevalência na população brasileira e mundial, com elevado custo econômico e social, principalmente em decorrência de suas complicações, sendo caracterizada como um dos principais fatores de risco para o desenvolvimento de doença vascular cerebral, insuficiência renal e cardíaca e doença arterial coronariana. A causa exata na maioria dos casos de hipertensão não é identificada, porém sabe-se que é uma condição multifatorial. Vários são os fatores de risco que associados entre si e a outras condições favorecem o aparecimento desta patologia, sendo eles: idade, sexo, hereditariedade, raça, obesidade, estresse, anticoncepcionais orais, dieta rica em sódio e gordura e Diabetes Mellitus. Este trabalho tem como objetivo acompanhar os pacientes portadores de Hipertensão Arterial visando à melhoria da qualidade na assistência prestada pela Equipe de Saúde de Família Fraternidade no município Governador Valadares/MG. O trabalho foi realizado através de três etapas: diagnóstico situacional, revisão de literatura e elaboração do plano de intervenção. Concluiu-se que a elaboração do plano de intervenção na assistência que é prestada aos pacientes portadores de hipertensão arterial na área de abrangência da ESF Fraternidade, foi extremamente importante para traçar as ações que devem ser executadas pela equipe multiprofissional, juntamente com os parceiros, almejando, assim, que com a implantação de planos de intervenção seja atendido o nosso objetivo que é manter os níveis pressóricos dentro dos limites que são preconizados pelo Ministério de Saúde e melhorar a qualidade de vida dos pacientes hipertensos.

**Palavras-chave:** Hipertensão; Estilo de Vida; Atenção Básica; Prevenção Primária.

## **ABSTRACT**

The systemic arterial hypertension (SAH) is a chronic disease with high prevalence in Brazilian and world population, with high economic and social cost, mainly as a result of its complications, is characterized as one of the main risk factors for disease development stroke, kidney failure and heart failure and coronary artery disease. The exact cause in most cases of hypertension is not identified, however it is known that is a multifactorial condition. There are several risk factors that are associated with each other and to other conditions favor the occurrence of this pathology, being they: age, sex, heredity, race, obesity, stress, and oral contraceptives, diet rich in sodium and fats and diabetes mellitus. This work aims to This study aims to monitor patients with Hypertension aimed at improving the quality of care provided by Health Team Family Fraternity in the city Governador Valadares / MG. The work was carried out through a literature review. Concluding that the preparation of the Plan Intervention assistance that is provided to patients with hypertension in the area of Family Health Strategy Fraternidade was extremely important to outline the actions that must be performed by the multidisciplinary team together with partners, craving so that with the implementation of the intervention plan is met our goal is to maintain blood pressure levels that are within the limits established by the Ministry of health and improve health and quality of life of hypertensive patients.

**Keywords:** Hypertension; Life Style; Primary Health Care; Primary Prevention.

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

BVS- Biblioteca Virtual em Saúde.

CRASE- Centro de Referência de Assistência Social.

CAPS AD- Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas.

CVV- Centro Viva Vida.

CADEF- Centro de Apoio aos Deficientes Físicos.

CREDENP'S- Centro de Referência Doenças Endêmicas e Programas Especiais.

CEREST - Centro de Referência em Saúde do Trabalhador.

CROS- Centro de Referencia Em Oftalmologia Social.

ESF- Estratégia de Saúde da Família.

HIPERDIA- Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos.

HAS- Hipertensão Arterial Sistólica.

NASF- Núcleo de Apoio em Saúde da Família.

OMS- Organização Mundial da Saúde.

PES- Planejamento Estratégico Situacional.

SCIELO- Scientific Eletronic Library Online.

SIAB- Sistema de Informação de Atenção Básica.

## SUMARIO

1. INTRODUÇÃO.....	08
2. JUSTIFICATIVA.....	11
3. OBJETIVOS.....	12
4. METODOLOGIA.....	13
5. REVISÃO DA LITERATURA.....	15
6. PROPOSTA DE INTERVENÇÃO.....	19
7. RESULTADOS.....	28
8. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	29
REFERÊNCIAS.....	30

## INTRODUÇÃO

A cidade de Governador Valadares, fundada em 30 de janeiro de 1938, encontra-se no interior do estado de Minas Gerais. Sua população estimada pelo IBGE até setembro de 2014 era de 276,995 habitantes, sendo assim o nono mais populoso do estado de Minas Gerais e o primeiro de sua mesorregião e microrregião. A população de Governador Valadares é predominantemente urbana, tendo apenas 3,94% de pessoas vivendo no campo. Governador Valadares conta com 10 centros de referência: CRASE, CERSAN, CAPS AD, CVV, POLICLINICA, CADEF, CREDENP'S, CEREST, CROS, CENTRO DE CONVIVÊNCIA.

O município possui 151 estabelecimentos de saúde, sendo 78 deles privados e 73 municipais entre hospitais, pronto-socorro, postos de saúde e serviços odontológicos. A cidade possui 180 leitos para internação em estabelecimentos de saúde. Na cidade, existem 2 hospitais especializados (ambos privados) e 7 gerais, sendo 1 público, 2 filantrópicos e 4 privados. Governador Valadares conta ainda com 152 médicos cirúrgicos, 175 clínicos, 52 complementares, 73 obstétricos, 146 pediátricos e 1 de outra especialidade, totalizando 599. No ano de 2006, foram registrados 4.156 de nascidos vivos, sendo que a Taxa Bruta de Natalidade é de 16,0. O município ainda possui outros hospitais particulares, como a Casa de Saúde Maternidade Santa Teresinha, Beneficência Social Bom Samaritano, Instituto do Coração do Leste Mineiro, Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região do Médio Rio Doce, HEMOMINAS, a Casa de Saúde Nossa Senhora das Graças, o Hospital Samaritano, Hospital Infantil Unimed Criança, Hospital São Lucas, Hospital São Vicente de Paula, dentre outros de relevância regional.

A maior parte da população encontra trabalho na indústria, agricultura e comércio, com renda familiar média per capita de R\$ 547,00. A taxa de alfabetização corresponde ao 88,8 % da população. A maioria dos domicílios é de alvenaria, com acesso a energia elétrica e água tratada e 100% usam fossa séptica e fossa rudimentar. Segundo dados do cadastro familiar e do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB, 2015), estamos com 3.529 habitantes cadastrados com um total de 974 domicílios. Segundo dados do cadastro familiar do SIAB 50,37% da população são femininos e 49,62% da população são masculinos. A população desta área é constituída por 1,06% menores de 1 ano e 5,13% de crianças de 1 a 4 anos, 6,79% na faixa etária de 5 a 9 anos, 7,71% de 10 a 14 anos, 8,19% são na



faixa de 15 a 19 anos, 56,06% são entre 20 a 59 anos e 15,03% são maiores de 60 anos. Temos um total de 405 pacientes com Hipertensão e 112 pacientes com diabetes acompanhados (SIAB, 2015).

A equipe é formada por médico, enfermeira, técnica de enfermagem, seis agentes comunitários de saúde, dentista, auxiliar de saúde bucal, serviços gerais e possui adesão ao Núcleo de Apoio a Saúde da Família-NASF, sendo formado por fisioterapeuta, psicóloga, nutricionista, assistente social e educadora física.

Nossa equipe realiza o acompanhamento de pessoas com Hipertensão Arterial Sistêmica, Diabetes, Tuberculose e Hanseníase e todas as doenças que os pacientes precisarem. Os atendimentos são realizados através da demanda espontânea e organizada através dos programas como Hiperdia, atendimentos especializados e de acordo com o número e aumento de nossa população.

A Hipertensão Arterial Sistêmica é um mal silencioso que afeta tanto pessoas adultas como jovens e pode ser conceituada como uma doença crônico-degenerativa de natureza multifatorial (SANTOS *et al.*, 2013). Na grande maioria dos casos é assintomática e compromete fundamentalmente o equilíbrio dos sistemas vasodilatadores e vasoconstritores, que mantêm o tônus vasomotor, o que leva a uma redução da luz dos vasos e danos aos órgãos por eles irrigados.

Na prática, a HAS é caracterizada pelo aumento dos níveis pressóricos acima do que é recomendado para uma determinada faixa etária. No mundo são 600 milhões de hipertensos (OMS, 2013). No Brasil, estima-se que haja 30 milhões de hipertensos, cerca de 30% da população adulta; entre as pessoas com mais de 60 anos, mais de 60% têm hipertensão (GOMES; SILVA; SANTOS, 2010).

No município de Governador Valadares a HAS é uma das doenças crônicas de maior incidência e prevalência, a equipe de saúde da família Fraternidade totaliza em média 14,5% da população maior de 15 anos, que sofre com a doença, segundo dados do SIAB (2014), e esse número é crescente e seu aparecimento está cada vez mais precoce. A carga de doenças representada pela morbimortalidade devido à doença é muito alta e por tudo isso a Hipertensão Arterial é um problema grave de saúde no Brasil e no mundo (BRASIL, 2006).

Modificações de estilo de vida são de fundamental importância no processo terapêutico e na prevenção da Hipertensão. Alimentação adequada, sobretudo quanto a consumo de sal, controle de peso, prática de atividade física, tabagismo e

uso excessivo de álcool são fatores de risco que devem ser abordados e controlados (BRASIL, 2006).

A Hipertensão é um dos mais importantes fatores de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, que é outra doença que prevalece em nossa população além de doenças cerebrovasculares e renal, sendo responsável por pelo menos 40% das mortes por acidente vascular cerebral, por 25% das mortes por doenças arterial coronária e em combinação com o diabetes, 50% dos casos de insuficiência renal terminal (BRASIL, 2006).

O problema escolhido para o Projeto de Intervenção é a Hipertensão Arterial Sistêmica já que com este projeto podemos modificar modo e estilo de vida destes pacientes, e lograr um melhor controle e autocontrole da HAS prevenindo as complicações, sequelas e mortes que causam, além de ajudar à diminuição da sua incidência e prevalência, já que os pacientes que participaram na intervenção seriam promotores de saúde dos conhecimentos aprendidos. O projeto está de acordo com os interesses da comunidade e da unidade da saúde, já que é uma das principais doenças que apresenta nossa população com um elevado número de pacientes.

## **JUSTIFICATIVA**

Este trabalho justifica-se pela alta incidência e prevalência de Hipertensão Arterial entre a população da comunidade de Fraternidade, pelo grande número de hipertensos com níveis pressóricos não controlados e pelo risco cardiovascular, cerebrovasculares, renal e tissular periférico aumentado e suas consequências.

A equipe participou da análise dos problemas levantados e considerou que os problemas priorizados têm grande importância e um bom nível de enfrentamento, além de que, no nível local, temos recursos humanos e materiais para fazer um Projeto de Intervenção, portanto a proposta é viável.

Com este projeto de intervenção espera-se obter um melhor controle da Hipertensão Arterial evitar complicações, sequelas e a morte, acredita-se ser possível sensibilizar os usuários para uma mudança de hábito e estilo de vida, além de assumir-se como coparticipe do seu tratamento.

**OBJETIVO GERAL:**

Acompanhar os pacientes portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica cadastrados na Estratégia de Saúde da Família Fraternidade no município Governador Valadares/MG.

**OBJETIVOS ESPECÍFICOS:**

- ✓ Desenvolver um protocolo de acompanhamento para pacientes hipertensos na ESF Fraternidade.
- ✓ Implementar uma agenda programada para atendimento a pacientes hipertensos.
- ✓ Estruturar um cronograma de atividades do Grupo Operativo de Hipertensão para os pacientes da ESF Fraternidade.

## **METODOLOGIA**

Inicialmente foi realizado um diagnóstico situacional da área de abrangência da ESF Fraternidade. Para isso utilizou-se a Estimativa Rápida. “A Estimativa Rápida é um método utilizado para elaboração de um diagnóstico de saúde de determinado território” (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010, p.35).

A Estimativa Rápida constitui um modo de se obterem informações sobre um conjunto de problemas e dos recursos potenciais para o seu enfrentamento, num curto período de tempo e sem altos gastos, constituindo importante ferramenta para apoiar um processo de planejamento participativo. Seu objetivo é envolver a população na identificação das suas necessidades e problemas e também os atores sociais, autoridades municipais, organizações governamentais e não governamentais que controlam recursos para o enfrentamento dos problemas (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010, p.36). x

Após a realização do diagnóstico situacional foi realizada uma revisão de literatura em bases de dados eletrônicas como Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e Scientific Electronic Library Online (SCIELO) por meio dos seguintes descritores: hipertensão, fatores de risco, estilo de vida e saúde da família.

Por fim, com as informações do diagnóstico situacional e da revisão de literatura foi proposto um plano de ação realizado através do método Planejamento Estratégico Situacional (PES).

O acompanhamento e avaliação do Plano de Intervenção foi realizado por meio de oficinas temáticas com os pacientes hipertensos cadastrados na Estratégia de Saúde da Família (ESF) Fraternidade. Estas oficinas ratificaram as recomendações da literatura e das próprias necessidades levando aos pacientes hipertensos informações sobre a doença, explicando a sua condição fisiopatológica e conscientizar a adesão ao tratamento e a adoção de estilos de vida mais saudáveis. O trabalho foi feito no período de setembro de 2014 até setembro de 2015. Os grupos operativos foram realizados mensalmente nas terças-feiras das 8h às 10h com temas previamente estabelecidos, referentes à prevenção, tratamento, riscos da Hipertensão e estímulo a hábitos de vida saudáveis, com a participação da equipe multiprofissional (médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem, nutricionista, fisioterapeuta, educador físico, dentre outros) de acordo com o tema estabelecido para o grupo. Nos encontros, além da abordagem em educação em saúde, foi realizado a mensuração de pressão arterial, peso, altura, IMC e medição da

circunferência abdominal. Uma vez ao mês foi feito reuniões com deferentes profissionais tais como Nutricionista, Fisioterapeuta, Psicólogo.

## REVISÃO DA LITERATURA

### Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS)

“A HAS é definida como pressão arterial sistólica maior ou igual a 140 mmHg e uma pressão arterial diastólica maior ou igual a 90 mmHg, em indivíduos que não estão fazendo uso de medicação anti-hipertensiva” (BRASIL, 2006, p.14).

De acordo com a Sociedade Brasileira de Cardiologia (2010) a HAS é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial (PA). Associa-se frequentemente a alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo e a alterações metabólicas, com consequente aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2006).

Por ser uma doença crônica, ela pode ser controlada, mas não curada (ARAÚJO; GARCIA, 2006). A HAS é um dos mais importantes problemas de saúde pública. Apesar de apresentar alta prevalência, ainda existe uma grande porcentagem de indivíduos que desconhecem serem portadores da HAS (PEDROSA; DRAGER, 2010). Segundo pesquisa do Ministério da Saúde, aproximadamente 24,3% da população brasileira tem Hipertensão Arterial (SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO, 2013).

A HAS é uma doença basicamente assintomática, pois a maioria dos casos é diagnosticada após vários anos de existência no organismo. Desta forma, torna-se muito importante a investigação clínica, identificando a etiologia da Hipertensão, o grau de comprometimento dos órgãos alvos envolvidos e outros fatores de risco associados, que possam influenciar no prognóstico (CUPPARI, 2005).

Os fatores de risco para a HAS podem ser classificados em dois grupos: os fatores não modificáveis e os fatores modificáveis. Dentre os fatores não modificáveis estão a hereditariedade, a idade e a raça e entre os fatores modificáveis estão o sedentarismo, o tabagismo, a ingestão de sal e de álcool, a obesidade e o estresse (MINAS GERAIS, 2006).

“Mudanças no estilo de vida são recomendadas na prevenção primária da HAS, notadamente nos indivíduos com PA limítrofe” (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010, p.3). “As principais recomendações não medicamentosas para prevenção primária da HAS são: alimentação saudável, consumo controlado de

sódio e álcool, ingestão de potássio, combate ao sedentarismo e ao tabagismo” (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010, p.3).

Uma dieta com conteúdo reduzido de teores de sódio (< 2,4 g/dia), baseada em frutas, verduras e legumes, cereais integrais, leguminosas, leite e derivados desnatados, quantidade reduzida de gorduras saturadas, trans e colesterol mostrou ser capaz para prevenir e reduzir a HAS (BRASIL, 2006). Além disso, pessoas fisicamente ativas apresentam menor probabilidade de desenvolver Hipertensão quando comparadas a pessoas sedentárias (GONÇALVES *et al.* 2007). Por isso, a mudança no estilo de vida é uma das ferramentas mais importante para a redução efetiva da PA (OLMOS; BENSENOR, 2001).

### **Diagnóstico e Classificação da HAS**

Segundo a Sociedade Brasileira de Cardiologia (2010, p.4) a HAS é “diagnosticada pela detecção de níveis elevados e sustentados de pressão arterial (PA) pela medida casual. A PA deve ser realizada em toda avaliação por médicos de qualquer especialidade e demais profissionais da saúde”.

É importante considerar no diagnóstico da HAS, além dos níveis tensionais, o risco cardiovascular global estimado pela presença dos fatores de risco, a presença de lesões nos órgãos-alvo e as comorbidades associadas. Deve-se ter cautela antes de rotular alguém como hipertenso, não só pelo risco de um diagnóstico falso-positivo, mas também pela repercussão na própria saúde do indivíduo e o custo social resultante (BRASIL, 2006).

Os procedimentos de medida da pressão são simples e de fácil realização. Algumas condutas podem evitar erros, como o preparo apropriado do paciente, o uso de técnica padronizada e de equipamento calibrado (OGIHARA *et al.* apud SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

Para a medida confiável da pressão arterial algumas considerações são importantes, como por exemplo, certificar-se de que o paciente não tenha fumado, ou ingerido café e bebidas alcoólicas, não esteja com a bexiga cheia, etc. além de deixá-lo no mínimo 5 minutos de repouso antes de efetuar a medida (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

A medida da PA pode ser realizada pelo método indireto, com técnica auscultatória com uso de esfigmomanômetro de coluna de mercúrio ou aneroide, ou



com técnica oscilométrica pelos aparelhos semiautomáticos digitais de braço validados, estando todos calibrados (SOCIEDAD BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

A linha demarcatória que define HAS considera valores de PA sistólica  $\geq 140$  mmHg e/ou de PA diastólica  $\geq 90$  mmHg em medidas de consultório (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010). Na tabela 1 estão apresentados os valores que classificam os indivíduos acima de 18 anos.

**Tabela 1** - Classificação diagnóstica da Hipertensão Arterial em maiores de 18 anos.

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

Fonte: Adaptado de Sociedade Brasileira de Cardiologia (2010, p.8).

### **Prevenção Primária**

Mudanças no estilo de vida são recomendadas na prevenção primária da HAS. Segundo a Sociedade Brasileira de Cardiologia (2010), hábitos saudáveis de vida devem ser adotados desde a infância e adolescência.

A HAS pode ser controlada através de medidas medicamentosas e não medicamentosas. Dentre as medidas não medicamentosas, a mudança no estilo de vida é considerada uma terapia definitiva para alguns indivíduos e uma terapia coadjuvante para todos os outros indivíduos hipertensos. Mesmo que as mudanças diárias não consigam o completo controle da pressão arterial elas poderão ajudar a aumentar a eficácia dos agentes farmacológicos (MAHAN; SCOTT-STUMP, 2002).

“Dentre as principais recomendações não medicamentosas para prevenção primária da HAS pode-se citar: alimentação saudável, consumo controlado de sódio

e álcool, ingestão de potássio, combate ao sedentarismo e ao tabagismo” (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010, p.3).

Dentre as modificações do estilo de vida pode-se citar: controle do peso; redução da ingestão de sódio; aumento da ingestão de potássio; redução ou abandono da ingestão de álcool; prática de exercícios físicos e suplemento de cálcio e magnésio (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 1998).

O peso deve ser mantido na faixa ideal, aferido pelo índice de massa corporal (peso em quilogramas dividido pelo quadrado da altura em metros), entre 20 kg/m<sup>2</sup> e 25 kg/m<sup>2</sup>. A ingestão diária de sódio deve ser no máximo de 2,4 g de sódio ou 6 g de cloreto de sódio. Recomenda-se que a ingestão diária de potássio fique entre 2 g e 4 g, contidos em uma dieta rica em frutas e vegetais frescos. O consumo diário de álcool deve ser abandonado ou limitado a 30 ml de etanol para os homens (720 ml de cerveja, 240 ml de vinho e 60 ml de bebida destilada) e à metade dessas quantidades para as mulheres. Deve-se praticar exercícios físicos aeróbios, de 30 a 45 minutos por dia, três ou mais vezes por semana e manter a ingestão adequada de cálcio e magnésio (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 1998).

Além disso, recomenda-se também interromper o tabagismo. Sua interrupção reduz o risco de acidente vascular encefálico, de doença isquêmica do coração e de doença vascular arterial periférica, além de evitar seus outros efeitos deletérios (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 1998).

## PLANO DE AÇÃO.

### Identificação dos problemas:

Após realização do diagnóstico situacional da área de abrangência da ESF Fraternidade e após análise e discussão com a equipe de saúde foi possível identificar diferentes problemas, os quais são:

- 1- Alta incidência e prevalência de HAS.
- 2-Pacientes diabéticos em tratamento irregular.
- 3-Uso excessivo de ansiolíticos e antidepressivos na população.
- 4-Falta de adesão da população a atividade de promoção de saúde e prevenção de doenças.
- 5-Tabagismo.

### Priorização dos Problemas:

Após a identificação dos problemas, os mesmos foram classificados de acordo com a sua importância, urgência e capacidade de enfrentamento. O quadro 1 apresenta a priorização dos problemas identificados.

**Quadro 1:** Priorização dos problemas identificados no diagnóstico situacional da área de abrangência da ESF “Fraternidade” de Governador Valadares/MG, 2014:

Principais Problemas	Importância	Urgência	Capacidade de enfrentamento	Seleção
Alta incidência e prevalência de HAS.	Alta	7	Parcial	1
Pacientes Diabéticos em tratamento irregular.	Alta	6	Parcial	2
Falta de adesão da população a atividade de promoção de saúde e prevenção de doenças.	Alta	5	Parcial	3

Uso excessivo de ansiolíticos e antidepressivos na população.	Media	5	Parcial	4
Tabagismo.	Media	4	Parcial	5

**Fonte:** RUIZ, 2016.

### **Descrição do Problema:**

A equipe definiu o elevado número de hipertensos como o problema prioritário depois de constatar que mais de 14,5% da população maior de 15 anos sofre com a doença. Além disso, constitui uma das causas mais frequentes de assistência a consulta médica.

### **Explicação do problema:**

A HAS constitui um importante problema de saúde pública no Brasil e no mundo e é um fator de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais. Além disso, é responsável por pelo menos 40% das mortes por AVC e 25% das mortes por doença arterial coronariana e, em combinação com o diabetes, é responsável por aproximadamente 50% dos casos de insuficiência renal terminal (BRASIL, 2006).

Considero muito importante avaliar este problema, pois a HAS tem alta prevalência na área de abrangência da ESF Fraternidade. Em nossa área de abrangência são muito frequentes fatores de risco que tem influência na aparição da HAS como o excesso de peso, hábitos alimentares inadequados, o uso excessivo de álcool, o tabagismo e o sedentarismo. Além disso, é possível verificar problemas relacionados à estrutura dos serviços de saúde e ao processo de trabalho da equipe.

### **Identificação dos nós críticos, operações, resultados esperados e recursos necessários:**

Nós críticos definidos para o problema enfrentado: Alta incidência e prevalência de HAS na população assistida na ESF “Fraternidade” de Governador Valadares/MG, 2015.

- 1- Processo de trabalho da equipe de saúde.
- 2- Estruturas dos serviços de saúde

3- Hábitos e estilos de vida.

4- Nível de informação.

**Quadro 2:** Desenho de operações para resolução dos nós críticos.

Nos críticos	Operação /projeto	Resultado Esperado	Produtos	Recursos necessários
Processo de Trabalho da Equipe de Saúde da Família.	<b>Linha de Cuidado</b> Implantar a linha de cuidado segundo protocolo para atenção à pacientes hipertensos, incluindo os mecanismos de referência e contra referência.	Cobertura de 100% da população com adoecimento por Hipertensão Arterial.	Criação de protocolos; Capacitação de recursos humanos; Regulação implantada; Implantar gestão da linha de cuidado.	<b>Cognitivo:</b> elaboração de projeto da linha de cuidado e de protocolos; <b>Político:</b> articulação entre os setores da saúde e adesão dos profissionais; <b>Organizacional:</b> adequação de fluxos (referência e contra referência).
Estrutura dos Serviços de Saúde.	<b>Cuidar Melhor</b> Melhorar a estrutura do serviço para o atendimento dos portadores de Hipertensão Arterial.	Garantia de medicamentos e exames previstos nos protocolos para os pacientes hipertensos.	Profissionais de saúde capacitados para oferecer aos hipertensos serviços de qualidade.	<b>Político:</b> decisão de recursos para estruturar o serviço; <b>Organizacional:</b> envolvimento da equipe; <b>Financeiros:</b> aumento da oferta de exames, consultas e medicamentos.

Hábitos e estilo de vida.	<b>+ Saúde</b> Modificar hábitos e estilos de vida.	Aumentar o número de hipertensos fisicamente ativos e com alimentação equilibrada.	Aumento da prática de atividade física através de grupos operativos (grupos de caminhada, dança, etc.); grupos operativos para orientação nutricional.	<b>Cognitivo:</b> informação sobre o tema e estratégias de comunicação; <b>Político:</b> conseguir local, mobilização social, articulação inter setorial com a rede; <b>Organizacional:</b> organizar as palestras de educação em saúde nos grupos operativos; <b>Financeiros:</b> para a aquisição de recursos audiovisuais, folhetos educativos, etc.
Nível de informação.	<b>Saber +</b> Aumentar o nível de conhecimento da população sobre a HAS.	População mais informada sobre, prevenção, riscos e complicações da HAS.	Campanhas educativas através de grupos operativos; campanhas educativas na rádio local; capacitação dos ACS.	<b>Cognitivo:</b> conhecimento sobre o tema e sobre estratégias de comunicação e pedagógicas <b>Político:</b> articulação inter setorial (parceria com o setor da educação) e mobilização social; <b>Organizacional:</b>

				organização da agenda; Financeiros: para a aquisição de recursos audiovisuais, folhetos educativos, etc.
--	--	--	--	---

**Fonte:** RUIZ, 2016.

O processo de transformação da realidade sempre consome algum tipo de recurso. Entretanto, essa transformação vai depender da disponibilidade de determinados recursos, a favor ou contra as mudanças desejadas (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

**Quadro 3:** Recursos críticos para enfrentamento dos problemas apresentados.

<b>Operação/Projeto</b>	<b>Recursos críticos</b>
<b>Linha de Cuidado</b> Implantar a linha de cuidado segundo protocolo para atenção à pacientes hipertensos, incluindo os mecanismos de referência e contra referência.	<b>Político:</b> articulação entre os setores da saúde e adesão dos profissionais.
<b>Cuidar Melhor</b> Melhorar a estrutura do serviço para o atendimento dos portadores de Hipertensão Arterial.	<b>Político:</b> decisão de aumentar os recursos para estruturar o serviço; <b>Financeiros:</b> aumento da oferta de exames, consultas e medicamentos.
<b>+ Saúde</b> Modificar hábitos e estilos de vida.	<b>Político:</b> mobilização social e articulação inter setorial com a rede de ensino e a rádio comunitária; <b>Financeiro:</b> para a aquisição de recursos audiovisuais, folhetos educativos, etc.
<b>Saber +</b> Aumentar o nível de conhecimento da população sobre a HAS.	<b>Político:</b> articulação inter setorial (parceria com o setor da educação) e mobilização social; <b>Financeiros:</b> para a aquisição de recursos audiovisuais, folhetos

educativos, etc.

**Fonte:** RUIZ, 2016**Análise da Viabilidade:**

No Planejamento Estratégico Situacional (PES), o plano é entendido como um instrumento para ser utilizado em situações de baixa governabilidade. Para analisar a viabilidade de um plano, inicialmente devem ser identificadas três variáveis fundamentais: quais são os atores que controlam recursos críticos das operações que compõem o plano; quais recursos cada um desses atores controla; qual a motivação de cada ator em relação aos objetivos pretendidos com o plano (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010, p.68).

**Quadro 4:** Proposta de ação para motivação dos atores.

Operação/ Projeto	Recursos críticos	Controle de recursos críticos		Ações Estratégicas
		Ator que controla	Motivação	
<b>Linha de Cuidado</b> Implantar a linha de cuidado segundo protocolo para atenção à pacientes hipertensos, incluindo os mecanismos de referência e contra referência.	<b>Político:</b> articulação entre os setores da saúde e adesão dos profissionais.	Secretária Municipal de Saúde.	Favorável.	Plano de Cuidado de prevenção para portadores de Hipertensão Arterial.
<b>Cuidar Melhor</b> Melhorar a estrutura do serviço para o atendimento dos portadores de Hipertensão Arterial.	<b>Político:</b> decisão de aumentar os recursos para estruturar o serviço; <b>Financeiros:</b> aumento da oferta de exames, consultas e medicamentos.	Prefeita Municipal de Saúde; Secretária Municipal de Saúde.	Favorável.	Apresentar projeto de estruturação da rede.



<b>+ Saúde</b> Modificar hábitos e estilos de vida.	<b>Político:</b> mobilização social e articulação inter setorial com a rede de ensino e a rádio comunitária; <b>Financeiros:</b> para a aquisição de recursos audiovisuais, folhetos educativos, etc.	Secretaria de educação; Secretaria de Saúde.	Favorável.	Promover educação e saúde através do grupo operativo de hipertensos.
<b>Saber +</b> Aumentar o nível de conhecimento da população sobre HAS.	<b>Político:</b> articulação Inter setorial (parceria com o setor da educação) e mobilização social; <b>Financeiros:</b> para a aquisição de recursos audiovisuais, folhetos educativos, etc.	Secretaria de Educação Secretaria de Saúde.	Favorável.	Promover educação e saúde através de divulgação na rádio, escolas e do grupo operativo.

Fonte: RUIZ, 2016.

### Elaboração do Plano Operativo:

A principal finalidade do plano operativo é a designação de responsáveis pelos projetos e operações estratégicas, além de estabelecer os prazos para o cumprimento das ações necessárias. O gerente de uma operação/projeto é aquele que se responsabilizará pelo acompanhamento da execução de todas as ações definidas, o que não significa que deva executá-las. O seu papel principal é garantir que as ações sejam executadas de forma coerente e sincronizadas, prestando contas do andamento do projeto nos espaços definidos para o sistema de gestão do plano (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010, p.71).

### Quadro 5: Elaboração do plano operativo.

Operações	Resultados	Produtos	Ações Estratégicas	Responsável	Prazo
-----------	------------	----------	--------------------	-------------	-------

<p><b>Linha de Cuidado</b> Implantar a linha de cuidado segundo protocolo para atenção à pacientes hipertensos, incluindo os mecanismos de referência e contra referência.</p>	<p>Cobertura de 100% da população com adoecimento por Hipertensão Arterial.</p>	<p>Criação de protocolos; Capacitação de recursos humanos; Regulação implantada; Implantar gestão da linha de cuidado.</p>	<p>Plano de Cuidado da Prevenção para portadores de Hipertensão Arterial.</p>	<p>Equipe de saúde e coordenadora APS.</p>	<p>Início em três meses e finalização em doze meses.</p>
<p><b>Cuidar Melhor</b> Melhorar a estrutura do serviço para o atendimento dos portadores de Hipertensão Arterial.</p>	<p>Garantia de medicamento s e exames previstos nos protocolos para os pacientes hipertensos.</p>	<p>Profissionais de saúde capacitados para oferecer aos hipertensos serviços de qualidade.</p>	<p>Apresentar projeto de estruturação da rede.</p>	<p>Equipe de saúde e coordenadora APS.</p>	<p>Início em quatro meses.</p>
<p><b>+ Saúde</b> Modificar hábitos e estilos de vida.</p>	<p>Aumentar o número de hipertensos fisicamente ativos e com alimentação equilibrada.</p>	<p>Aumento da prática de atividade física através de grupos operativos (grupos de caminhada, dança, etc.); grupos operativos para orientação nutricional.</p>	<p>Promover Educação e Saúde através do grupo operativo de hipertensos.</p>	<p>Equipe de Saúde da Família.</p>	<p>Início em três meses.</p>
<p><b>Saber +</b> Aumentar o nível de</p>	<p>População mais informada</p>	<p>Campanhas educativas através de</p>	<p>Promover Educação e Saúde</p>	<p>Equipe de Saúde da</p>	<p>Três meses para o início das</p>

conhecimento da população sobre a HAS.	sobre, prevenção, riscos e complicações da HAS.	grupos operativos; campanhas educativas na rádio local; capacitação dos ACS.	através do grupo operativo de hipertensos.	Família.	atividades.
--	---	--	--	----------	-------------

**Fonte:** RUIZ, 2016.

## RESULTADOS

A manutenção de um modelo curativista, enfatizado pela gestão municipal resulta na ESF Fraternidade em um processo de trabalho desorganizado. A partir deste problema foi elaborado um projeto, cujas operações visam melhorar o acompanhamento dos hipertensos pela Equipe de Saúde da Família. A implementação de uma agenda programada baseada na realização de grupos operativos/educativos para hipertensos; consultas complementares de enfermagem; consultas de acompanhamento médico, sendo consultas domiciliares no caso de usuários acamados; e visitas domiciliares do ACS para todos os pacientes hipertensos cadastrados.

Na reavaliação prevista após três meses de acompanhamento verificamos que dos 405 pacientes hipertensos cadastrados, após exame clínico e de laboratório, 29 pacientes ainda permaneciam com pressão arterial descontrolada, por não tomar a medicação indicada e não fazer a dieta adequada. Todos eles foram novamente medicados, orientados e foram novamente reavaliados após três meses e obtivemos um 99% de controle dessa patologia. O desenvolvimento da proposta de intervenção ocorreu conforme calendário previamente discutido com a equipe de saúde, e apresentada na Secretaria de Saúde do Município.

Podemos afirmar que a intervenção foi oportuna e o objetivo proposto foi alcançado, visto que conseguimos acompanhar e melhorar a qualidade na assistência prestada aos portadores de Hipertensão Arterial. Além disso, acredita-se ser possível sensibilizar os usuários para uma mudança de hábito e estilo de vida. A mudança no estilo de vida e um tratamento disciplinado permite prevenir e retardar as complicações apresentadas aos hipertensos, tornando assim imprescindível. Através das oficinas realizadas, a adesão do paciente ao tratamento foi ampliada, além de assumir-se como co-partícipe do seu tratamento.

As atividades de Educação em Saúde realizadas pela equipe permitiram que os pacientes hipertensos fossem efetivamente tratados de acordo com as possibilidades da unidade de saúde em oferecer com melhor qualidade à prevenção dos agravos da hipertensão arterial, com a intenção de manter os níveis pressóricos adequados para os hipertensos da área adstrita da ESF fraternidade.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Concluiu-se que, a elaboração deste trabalho e do Plano de Intervenção na assistência prestada aos pacientes portadores de Hipertensão Arterial na área de abrangência da ESF “Fraternidade” foi extremamente importante para traçar as ações que devem ser executadas pela equipe multiprofissional, juntamente com os parceiros, visando atingir o objetivo final dentro dos prazos estabelecidos, pois a Hipertensão se tornou um grande problema de saúde pública. Ademais, seus agravos são considerados a maior causa das doenças cardiovasculares no Brasil.

É necessário que se coloque em prática medidas de prevenção e promoção a fim de amenizá-los. Como aprendizado, todo plano deve ser avaliado e implementado anualmente de acordo as necessidades e ser alterado quantas vezes se fizer necessário. Este aprendizado é de muita importância para buscar soluções aos problemas enfrentados pelas equipes da estratégia de saúde da família, sendo que muitas delas são de fácil resolução, mas fica difícil enxergar as alternativas para solucioná-los sem a elaboração do plano de ação que direcione as ações a serem executadas pela equipe do programa de saúde da família.

A sistematização da assistência ao paciente hipertenso com a implantação do protocolo e atuação da equipe multiprofissional gerou bons resultados no controle do paciente hipertenso. Mas exige qualificação da equipe e mudança no processo de trabalho.

## REFERÊNCIAS

ARAÚJO, G.B.S.; GARCIA, T.R. Adesão ao tratamento anti-hipertensivo: uma análise conceitual. Revista Eletrônica de Enfermagem, v.08, n.02, p.259-272, 2006.

BRASIL, M. da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de A. B. Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da saúde, 2006, p.10, p.14.

BRASIL, M. da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de A. B. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Citado na página15.

CAMPOS, F.C.; FARIA, H.P.; SANTOS, M.A. Planejamento e avaliação das ações em saúde. 2 ed. Belo Horizonte: Ed. UFMG, 2010.

CUPPARI, L. Nutrição clínica no adulto. 1ed, Barueri. São Paulo: Manole, 2005.

GONÇALVES, S. et al. Hipertensão arterial e a importância da atividade física. Estud. Biol.v.29, n.67, p.205 - 213, abr/jun, 2007.

MAHAN, K.; SCOTT-STUMP, S. Krause alimentos, nutrição & dietoterapia. São Paulo: Roca, 2002.

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

OGIHARA, T. et al. The Japanese Society of Hypertension Guidelines for the Management of Hypertension. Hypertension Research; v.32, p.11-23, 2009 citado por SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA.VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. Arquivos Brasileiros de Cardiologia. v.95, n.1, suppl.1, p. 1-51, 2010.

OLMOS, RD; BENSON, IM. Dieta e hipertensão arterial: Intersalt e estudo DASH. Revista brasileira de hipertensão, v.8, p. 221-224, 2001.

OPAS, O. P.-A. da S.; OMS, O. M. da S. Dia Mundial da Saúde 2013 destaca o controle da hipertensão. 2013. Disponível em: <<http://www.paho.org>>. Acesso em: 03 Jun. 2015. Citado na página 15.

RUIZ, João Álvaro. Metodologia Científica: Guia para eficiência nos estudos. 6ªed. São Paulo: editora Atlas. 2008.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. III Consenso Brasileiro de Hipertensão Arterial, 1998. Disponível em <http://departamentos.cardiol.br/dha/consenso3/consenso3.asp>. Acesso em: 29 10 14.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. 1. Arquivos Brasileiros de Cardiologia. P.1-48, 2006.

SBC, S. B. de C.; SBH, S. B. de H.; SBN, S. B. de N. Vi diretrizes brasileiras de hipertensão. Arq Bras Cardiol, v. 94, n. 1, p. 1–51, 2010. Citado 4 vezes nas páginas 3, 15, 16 e 17.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO SBH. Dados de hipertensão arterial por capital, 2013. Disponível em: <http://www.sbh.org.br/geral/noticias.asp?id=435>.

SIAB, D. de A. B. Sistema de Informação da Atenção Básica. 2015. Disponível em: <<http://siab.datasus.gov.br/>>. Acesso em: 30 Jan. 2015. Citado na página 9.

VASCONCELOS, Eduardo Mourão. Complexidade e Pesquisa interdisciplinar: Epistemologia e metodologia operativa. 2ª ed. Petrópolis: editora Vozes. 2004.