

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

ANISLEY CARIDAD BLANCO RODRIGUEZ

**PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA DIMINUIR A INCIDÊNCIA DE
HIPERTENSAO ARTERIAL NA POPULAÇÃO COM MAIS DE 60 ANOS
DO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA 3 DO CENTRO DE SAÚDE
VISTA ALEGRE/BELO HORIZONTE-MINAS GERAIS**

BELO HORIZONTE/MINAS GERAIS

2018

ANISLEY CARIDAD BLANCO RODRIGUEZ

**PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA DIMINUIR A INCIDÊNCIA DE
HIPERTENSAO ARTERIAL NA POPULAÇÃO COM MAIS DE 60 ANOS
DO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA 3 DO CENTRO DE SAÚDE
VISTA ALEGRE/BELO HORIZONTE-MINAS GERAIS**

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

Orientadora: Prof.^a Dra. Paula Cambraia de Mendonça Vianna

BELO HORIZONTE/ MINAS GERAIS

2018

ANISLEY CARIDAD BLANCO RODRIGUEZ

**PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA DIMINUIR A INCIDÊNCIA DE
HIPERTENSAO ARTERIAL NA POPULAÇÃO COM MAIS DE 60 ANOS
DO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA 3 DO CENTRO DE SAÚDE
VISTA ALEGRE/BELO HORIZONTE-MINAS GERAIS**

Banca Examinadora

Prof.^a Dra. Paula Cambraia de Mendonça Vianna - UFMG

Prof.^a Dra. Matilde Meire Miranda Cadete- UFMG

Aprovado em Belo Horizonte, em 04de julho 2018.

DEDICO

Aos pacientes idosos com hipertensão arterial, usuários do Centro de Saúde Vista Alegre.

AGRADECIMENTOS

À Prof.^a Dra. Paula Cambraia de Mendonça Vianna por sua dedicação e paciência.

À minha família por seu apoio e confiança.

A todos aqueles que, de uma forma ou de outra, tornaram possível a construção de meu trabalho.

RESUMO

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é a doença crônica não transmissível mais frequente no mundo, afetando as pessoas de todas as idades. A existência da hipertensão está associada a fatores de risco como tabagismo, consumo abusivo de álcool, excesso de peso, níveis elevados de colesterol, baixo consumo de frutas e verduras, uma alimentação inadequada e sedentarismo. Este estudo tem como objetivo elaborar um projeto de intervenção para diminuir a incidência de hipertensão descompensada em idosos atendidos pelo Programa Saúde da Família³ do Centro de Saúde Vista Alegre/Belo Horizonte-Minas Gerais. Para o desenvolvimento do plano de intervenção, usamos o Método do Planejamento Estratégico Situacional. Foi realizada uma revisão bibliográfica sobre o tema, utilizando as seguintes bases de dados: PubMed e Biblioteca Virtual em Saúde, com publicações nos idiomas português e espanhol. Os resultados deste estudo proporcionarão à equipe de saúde um maior conhecimento sobre o idoso com HAS em nossa área de abrangência, o que permitirá o desenvolvimento de ações de saúde visando melhorar a qualidade de vida dessa faixa etária.

Palavras chave: Hipertensão. Saúde da Família. Idoso.

ABSTRACT

Systemic Arterial Hypertension (SAH) is the most common noncommunicable chronic disease in the world, affecting people of all ages. The existence of hypertension is associated with risk factors such as smoking, alcohol abuse, overweight, high cholesterol levels, low consumption of fruits and vegetables, inadequate diet and sedentary life style. This study aims to develop an intervention Project to reduce the incidence of uncompensated hypertension in the elderly served by PSF 3 of the Vista Alegre / Belo Horizonte-Minas Gerais Health Center. For the development of the intervention plan, we used the Strategic Situational Planning Method. A bibliographic review was carried out on the subject, using the following data bases: PubMed and VHL, with publications in the Portuguese and Spanish languages. The results of this study will provide the health team with a greater knowledge about the elderly with hypertension in our area of abagence, which will allow the development of health actions aimed at improving the quality of life of this age group.

Key words: Hypertension. Family Health. Old man.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACE	Agente de Combate a Endemias
ACS	Agente Comunitário de Saúde.
AVC	Acidente Vascular Cerebral.
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde.
CEFET-MG	Centro Federal de Educação Tecnológica de Minas Gerais
DCNT	Doença crônica não transmissível.
DRA	Doenças Respiratórias Agudas.
FJP	Fundação João Pinheiro.
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.
IC	Insuficiência Cardíaca
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família.
PIB	Produto Interno Bruto.
PNS	Plano Nacional de Saúde.
PubMed	Publicações Médicas.
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência.
SUP	Serviço de Urgência Psiquiátrica
UPA	Unidade de Pronto Atendimento.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

- Quadro 1** – Distribuição de Idosos por Faixa Etária no PSF 3 do Centro de Saúde Vista Alegre, município de Belo Horizonte. **14**
- Quadro 2**-Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à equipe de Saúde 3, Unidade Básica de Saúde Vista Alegre, município de Belo Horizonte, estado de Minas Gerais. **15**
- Tabela 1** - Classificação da PA de acordos com a medição casual ou no consultório a partir de 18 anos. **21**
- Quadro 3:** Operações sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema, alta incidência de HAS em pacientes maior de 60 anos na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família 3 do município BH estado de Minas Gerais. **24**
- Quadro 4:** Operações sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema, alta incidência de HAS em pacientes maior de 60 anos na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família 3 do município BH estado de Minas Gerais. **25**
- Quadro 5:** Operações sobre o “nó crítico 3” relacionado ao problema, alta incidência de HAS em pacientes maior de 60 anos na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família 3 do município BH estado de Minas Gerais. **26**

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
1.1 Caracterizações do município de Belo Horizonte	11
1.2 O sistema municipal de saúde	12
1.3 A Equipe de Saúde da Família 3, seu território e sua população	13
1.4. Características gerais da Unidade Básica de Saúde Vista Alegre, município de Belo Horizonte.....	14
1.5 Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade (primeiro passo)	15
1.6Priorização dos problemas: a seleção do problema para plano de intervenção (segundo passo).....	Erro! Indicador não definido.
2 JUSTIFICATIVA.....	17
3 OBJETIVO	18
4 METODOLOGIA	19
5 REVISÃO DA LITERATURA	20
6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO	23
6.1 Descrição do problema selecionado (terceiro passo)	23
6.2- Explicação do problema (quarto passo)	23
6.3- Identificação dos “nós críticos” (quinto passo).....	23
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	27
REFERÊNCIAS.....	28

1 INTRODUÇÃO

1.1 Caracterizações do município de Belo Horizonte

Belo Horizonte é a capital do Estado de Minas Gerais e considerada o terceiro principal centro urbano do país em termos econômicos, com uma população de 2.523.794 habitantes (IBGE, 2017). Em Minas Gerais, Belo Horizonte é a maior cidade em termos populacionais e se localiza na região Sudeste, a 716 km de Brasília, 586 km de São Paulo, 444 km do Rio de Janeiro e a 850 metros acima do nível do mar. É servida por extensas malhas viárias e ferroviárias que a ligam aos principais centros urbanos e portuários do país (BELO HORIZONTE, 2017).

Possui o quinto maior parque produtivo da América do Sul, com destaque para a indústria automobilística e de autopeças, siderurgia, eletrônica e construção civil. Um dos maiores centros financeiros do Brasil, caracterizada pela predominância do setor terciário em sua economia. Mais de 80% da economia do município se concentra nos serviços, com destaque para o comércio, serviços financeiros, atividades imobiliárias e administração pública. Segundo dados do IBGE, em 2006 o setor agropecuário representou apenas 0,0005% de todas as riquezas produzidas na cidade. O município está entre os sete municípios com a melhor infra-estrutura do país. Posicionada em um eixo logístico do Brasil é servida por uma malha viária e ferroviária que a liga aos principais centros e portos do país. Recebe voos regionais, nacionais e internacionais pelo Aeroporto de Confins e voos nacionais e regionais pelo Aeroporto da Pampulha (IBGE, 2017).

Os insumos como água, energia elétrica e serviços de coleta e tratamento de resíduos são fornecidos e prestados por empresas concessionárias e estas, para cumprirem suas missões, precisam de expressivos investimentos em infra-estrutura de suas redes de distribuição. Apresenta 96.2% de domicílios com esgotamento sanitário adequado, 82.7% de domicílios urbanos em vias públicas com arborização e 44.2% de domicílios urbanos em vias públicas com urbanização adequada (presença de bueiro, calçada, pavimentação e meio-fio) (BELO HORIZONTE, 2017).

O fator educação do Índice de Desenvolvimento Urbano (IDH) atingiu em 2000, a marca de 0,929, patamar consideravelmente elevado, em conformidade aos padrões do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD) ao passo que a taxa de analfabetismo indicada pelo último censo demográfico do IBGE

foi de 4,6%, superior apenas à porcentagem verificada nas cidades de Curitiba, Porto Alegre, Florianópolis, Rio de Janeiro e Vitória (IBGE, 2017).

Em 2015, os alunos dos anos iniciais da rede pública da cidade tiveram nota média de 6.2 no Índice de Desenvolvimento da Educação Básica (IDEB). Para os alunos dos anos finais, essa nota foi de 4.4. Na comparação com cidades do mesmo estado, a nota dos alunos dos anos iniciais colocava esta cidade na posição 341 de 853. Considerando a nota dos alunos dos anos finais, a posição passava a 517 de 853. A taxa de escolarização (para pessoas de 6 a 14 anos) foi de 97.6 em 2010. Isso posicionava o município na posição 448 de 853 dentre as cidades do estado e na posição 2733 de 5570 dentre as cidades do Brasil (IBGE, 2017).

No que diz respeito ao trabalho e rendimento, Belo Horizonte, em 2016, tinha o salário médio mensal de 3.5 salários mínimos. A proporção de pessoas ocupadas em relação à população total era de 53.1%. Na comparação com os outros municípios do estado, ocupava as posições 9 de 853 e 5 de 853, respectivamente. Já na comparação com cidades do país todo, ficava na posição 67 de 5570 e 40 de 5570, respectivamente. Considerando domicílios com rendimentos mensais de até meio salário mínimo por pessoa, tinha 27.8% da população nessas condições, o que o colocava na posição 825 de 853 dentre as cidades do estado e na posição 5051 de 5570 dentre as cidades do Brasil (IBGE, 2017).

Quanto ao território e ambiente, Belo Horizonte apresenta 96.2% de domicílios com esgotamento sanitário adequado, 82.7% de domicílios urbanos em vias públicas com arborização e 44.2% de domicílios urbanos em vias públicas com urbanização adequada, ou seja, presença de bueiro, calçada, pavimentação e meio-fio (IBGE, 2017).

1.2 O sistema municipal de saúde

A rede Básica de Saúde de Belo Horizonte conta com 148 centros de saúde, distribuídos nos nove Distritos Sanitários: Barreiro, Centro-Sul, Leste, Nordeste, Noroeste, Norte, Oeste, Pampulha e Venda Nova. As unidades básicas de saúde são responsáveis pelas ações voltadas para a população da área de abrangência. Os centros de saúde são a porta de entrada do sistema e configuram-se como a base das Equipes de Saúde da Família (BH Vida). São 523 equipes, em 2018, formadas por um médico de família, um enfermeiro, dois auxiliares de enfermagem, quatro a seis agentes comunitários de saúde e equipes de zoonoses (responsáveis

por controlar as doenças transmitidas por mosquitos e outros animais). Dos 148 centros da capital, 58 possuem equipes de Saúde Mental e 141 oferecem atendimento odontológico (BELO HORIZONTE, 2017).

As unidades contam com o apoio dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) que tem uma equipe composta por profissionais de diferentes áreas de conhecimento como, Médico Acupunturista, Assistente Social, Farmacêutico, Fisioterapeuta, Fonoaudiólogo, Médico Ginecologista/Obstetra, Médico Homeopata, Nutricionista, Médico Pediatra, Psicólogo, Médico Psiquiatra, Terapeuta Ocupacional e Médico Internista (clínica médica) que devem atuar de maneira integrada e apoiando os profissionais das Equipes de Saúde da Família (BELO HORIZONTE, 2017).

Nos centros de saúde, o usuário pode-se consultar agendar consultas especializadas, fazer pré-natal, realizar acompanhamento de doenças crônicas, vacinar-se, retirar medicamentos com receita médica, fazer consultas odontológicas, receber orientações sobre saúde em geral, além de outros serviços.

A rede de Urgência e Emergência é composta por nove Unidades de Pronto-Atendimento (UPA), um Serviço de Urgência Psiquiátrica (SUP) e pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) (BELO HORIZONTE, 2017).

1.3 A Equipe de Saúde da Família 3, seu território e sua população

A Regional Oeste situa-se na bacia do Ribeirão Arrudas, sendo a maior parte de seu território interceptada por afluentes, entre os quais se destacam os córregos Biqueiras e Marinho, que já foram canalizados, constituindo as avenidas Barão Homem de Melo e Silva Lobo, e o Córrego do Cercadinho. Ocupa 36,14 km² do território do município de Belo Horizonte.

Conta com uma população de 308.549 habitantes, distribuída nos 67 bairros e vilas da região. Grande parte da população está concentrada entre a Avenida Amazonas, Anel Rodoviário e Avenida Teresa Cristina. Possui uma ciclovia na Avenida Teresa Cristina e duas Estações de Metrô: Calafate e Gameleira (BELO HORIZONTE, 2010)

Na área de educação, a região Oeste possui 16 escolas municipais, 25 escolas estaduais, uma escola federal (CEFET/MG) e 52 escolas particulares de ensino fundamental, médio e superior.

1.4. Características gerais da Unidade Básica de Saúde Vista Alegre, município de Belo Horizonte.

O Centro de Saúde Vista Alegre, local de realização deste estudo, está sediado na região oeste de Belo Horizonte. A Equipe de Saúde da Família Azul pertence a este Centro de Saúde.

Está localizado na Rua Sêneca, nº 9, bairro Nova Cintra/Belo Horizonte. Funciona no horário de 7às 18 horas. Possui cinco equipes de saúde da família e conta com o seguinte quadro de profissionais: enfermeira, auxiliar de enfermagem, agente comunitário de saúde (ACS), médico da família, equipes de saúde bucal, equipes de apoio: ginecologista, pediatra, clínico de apoio, agente de combate a endemias (ACE), Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), equipe de saúde mental e de zoonose.

A ESF3/ Equipe Azul do Centro de Saúde Vista Alegre conta com um médico, uma enfermeira, dois auxiliares de enfermagem, quatro agentes comunitários de saúde e um dentista. Atende a uma população total de 2736 pacientes (pertencentes a 1146 famílias), com 1238 pacientes masculinos (45,24%) e 1498 femininos (54,75%). Nossa equipe de saúde tem 433 pacientes acima de 60 anos, sendo 253 homens e 180 mulheres.

Quadro 1 – Distribuição de Idosos por Faixa Etária no PSF3 do Centro de Saúde Vista Alegre, município de Belo Horizonte

Idosos por faixa etária	Homens	Mulheres	Total
• 60 a 64 anos	67	61	128
• 65 a 69 anos	52	39	91
• 70 a 74 anos	41	31	72
• 75 a 79 anos	35	20	55
• Maior ou igual a 80 anos	58	29	87
• Total Idosos	253	180	433

Fonte: Dados fornecidos pela ESF 3 (2017).

1.5 Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade (primeiro passo)

A partir do método de estimativa rápida, de acordo com orientações de Campos, Faria e Santos (2010), nossa equipe de saúde, em parceria com a comunidade, identificou os principais problemas e necessidades da população, por meio dos prontuários, questionários e observação do território. Foram listados os seguintes problemas, de acordo com a equipe de saúde:

- 1- Alta Incidência de HAS em pacientes maiores de 60 anos.
- 2- Alta prevalência de pessoas que sofrem de Diabetes Mellitus descompensado.
- 3- Abuso de benzodiazepínicos pela população.
- 4- Alta incidência de DRA na população, conseqüência da presença de poluição em toda extensão da área de abrangência;
- 5- Elevado número de tabagistas.
- 6- Conhecimento insuficiente sobre higiene sanitária e ambiental na população estudada.
- 7- Desconhecimento sobre a importância de participação em práticas promocionais de saúde pelo usuário, o que caracteriza a sua falta de responsabilidade em relação à sua própria saúde.

O problema priorizado pela equipe foi a incidência de HAS descompensada na população com mais de 60 anos.

1.6 Priorizações dos problemas: a seleção do problema para plano de intervenção (segundo passo)

Quadro 2 - Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à equipe de Saúde3, Unidade Básica de Saúde Vista Alegre, município de Belo Horizonte, estado de Minas Gerais.

Principais Problemas	Importância*	Urgência**	Capacidade de enfrentamento**	Prioridade ****
Alta incidência de HAS em pacientes maiores de 60 anos	Alta	7	Parcial	1

Alta prevalência de pessoas que sofrem de Diabetes Mellitus descompensado	Alta	6	Parcial	2
Abuso de benzodiazepínicos pela população.	Alta	5	Parcial	4
Alta incidência de DRA na população, consequência da presença de poluição em toda extensão da área de abrangência;	Alta	5	Fora	5
Elevado número de tabagistas.	Alta	3	Parcial	6
Conhecimento insuficiente sobre higiene sanitária e ambiental na população estudada	Alta	2	Parcial	7
Desconhecimento sobre a importância de participação em práticas promocionais de saúde pelo usuário, o que caracteriza a sua falta de responsabilização em relação à sua própria saúde.	Alta	2	Parcial	8

Fonte: Equipe de Saúde 3 (2017)

*Alta, média ou baixa

** Total dos pontos distribuídos até o máximo de 30

***Total, parcial ou fora

****Ordenar considerando os três itens

A equipe de saúde pretende, a partir deste plano de intervenção, conhecer quais são os fatores e riscos que afetam a comunidade, em especial as pessoas idosas portadoras de HAS descompensada, buscando melhorar a qualidade de vida e de saúde da população.

2 JUSTIFICATIVA

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é a doença crônica não transmissível mais frequente no mundo, afetando as pessoas de todas as idades. Além de ser uma doença silenciosa, ela é avaliada como o principal fator de risco para doenças cardiovasculares. A existência dessas doenças está associada a fatores de risco como tabagismo, consumo abusivo de álcool, sobrepeso e ou obesidade, hipercolesterolemia, baixo consumo de frutas e verduras e sedentarismo (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

Estudos epidemiológicos sugerem uma prevalência entre 50% e 70% da hipertensão em pessoas de 60 anos ou mais. No entanto, a HAS não deve ser considerada uma consequência normal do envelhecimento. Cerca de 40% da população adulta brasileira, o equivalente a 57,4 milhões de pessoas, possui pelo menos uma doença crônica não transmissível (DCNT) (BRASIL, 2011).

Zaitune et al. (2006, p.293), em estudo realizado em Campinas, São Paulo, encontraram que:

[...] a hipertensão arterial é mais prevalente em determinados subgrupos da população como os idosos de menor escolaridade, migrantes e com sobrepeso ou obesidade. Ainda que as políticas públicas devam contemplar a todos, atenção especial deve ser voltada para os subgrupos mais vulneráveis, tanto para as ações de prevenção, de controle da hipertensão, assim como para as de promoção à saúde. Idosos hipertensos de maior nível de escolaridade reconhecem, mais que os de menor escolaridade, a prática de atividade física e o uso de dietas como estratégias de controle da hipertensão arterial.

Assim, nossa equipe de saúde percebeu ser necessário realizar ações educativas com o grupo de idosos do nosso PSF 3, Centro de Saúde Vista Alegre, para um controle adequado da hipertensão arterial e a proposição de estratégias que ajudem o indivíduo na mudança de hábitos inadequados de vida para aqueles de vida saudável.

Os resultados deste estudo proporcionarão à equipe de saúde um maior conhecimento sobre o idoso com HAS em nossa área de abrangência, o que permitirá o desenvolvimento de ações de saúde visando a melhorar a qualidade de vida dessa faixa etária.

3 OBJETIVO

Elaborar um projeto de intervenção para diminuir a incidência de HAS descompensada em idosos atendidos pelo PSF 3 do Centro de Saúde Vista Alegre/Belo Horizonte-Minas Gerais.

4 METODOLOGIA

Para o desenvolvimento do plano de intervenção, usamos o Método do Planejamento Estratégico Situacional (PES), o qual fornece as ferramentas operacionais para a construção do plano de ação e o enfrentamento de problemas que resultem num impacto positivo na qualidade de vida da população idosa com HAS descompensada (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

O plano apresenta propostas de intervenção para a população idosa com HAS descompensada, atendida pela equipe de saúde 3.

Para fundamentar o plano de intervenção foi feita uma revisão bibliográfica sobre o tema, utilizando as seguintes bases de dados: Publicações Médicas (PubMed), Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), com publicações nos idiomas português e espanhol. Foram utilizados os seguintes descritores:

Hipertensão;

Saúde da Família;

Idoso.

5 REVISÃO DA LITERATURA

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial e constitui uma síndrome clínica, associando-se repetidamente a alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo, como o coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos e a alterações metabólicas, com aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não-fatais. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2007).

Existe relação direta e linear da pressão arterial (PA) com a idade, sendo a “prevalência de HAS superior a 60% na faixa etária acima de 65 anos, o que pode ser explicado pelas alterações próprias do envelhecimento que tornam o indivíduo mais propenso ao desenvolvimento de HAS” (CESARINO et al, 2008, p. 32).

Dentre os fatores de risco encontram-se a idade, etnia, condição socioeconômica, ingestão de álcool, consumo de sódio, excesso de peso, sedentarismo, estresse e tabagismo. Quanto à falta de atividade física, Fernandes et al. (2013, p.64) dizem que a

[...] prática de atividade física provoca adaptações significativas que vão influenciar na diminuição dos níveis pressóricos do indivíduo idoso, servindo também como estratégia de modificação do estilo de vida, tornando essencial para a prevenção, tratamento e controle da hipertensão arterial.

A prevalência global de HAS entre homens e mulheres é semelhante, embora seja mais elevada nos homens até os 50 anos, invertendo-se a partir da 5ª década. Destaca-se que sua prevalência é maior na cor não-branca e se relaciona, ainda com o tipo de trabalho da pessoa como: “falta de autonomia, trabalho sob supervisão severa, natureza repetitiva, instabilidade no emprego, exposição contínua ao barulho, dentre outros” (CESARINO et al, 2008, p. 34).

O excesso de peso se associa com maior prevalência de hipertensão nas idades mais jovens. Na vida adulta, mesmo entre indivíduos fisicamente ativos, o incremento de 2,4 kg/m² no índice de massa corporal (IMC) acarreta maior risco de desenvolver hipertensão. A obesidade central também se associa com a PA (BRANDÃO et al. ,2004).

A ingestão excessiva de sódio tem sido correlacionada com elevação da PA. A população brasileira apresenta um padrão alimentar rico em sal, açúcar e gorduras. A restrição salina parece diminuir os eventos cardiovasculares enquanto a ingestão não for abaixo de 2,4 g/dia. O brasileiro consome em média 15,09 gramas

diárias de sal, sendo esta quantidade três vezes maior que a recomendada pela Organização Mundial da Saúde (SALAS, 2009).

O consumo de álcool por grandes períodos de tempo pode aumentar a PA e a mortalidade por causas cardiovasculares. Nas populações brasileiras, o consumo excessivo de álcool se une com a ocorrência de HAS de forma independente das características demográficas (MARTINEZ;LATORRE, 2006)

Importante salientar que a atividade física reduz a incidência de HAS, mesmo em indivíduos pré-hipertensos, bem como a mortalidade e o risco de doenças cardiovasculares (DCV) (PESCATELLO et al., 2004)

Os fatores de risco cardiovascular frequentemente se apresentam de forma agregada. A predisposição genética e os fatores ambientais tendem a contribuir para essa combinação em famílias com estilo de vida pouco saudável (CESARINO et al.,2008).

Tabela 1 - Classificação da PA, de acordo com a medição casual ou no consultório a partir de 18 anos.

<u>Classificação</u>	<u>PAS (mm Hg)</u>	<u>PAD (mm Hg)</u>
Ótima	<120	<80
Normal	<130	<85
Limítrofe	130-139	85-89
Hipertensão		
Estagio 1(leve)	140-159	90-99
Estagio 2(moderada)	160-179	100-109
Estagio 3(grave)	≥180	≥ 110
Sistólico isolada	≥140	< 90

Fonte: Sociedade Brasileira de Cardiologia (2016).

Quando a PAS e a PAD situam-se em categorias diferentes, a maior deve ser utilizada para classificação da PA. Considera-se hipertensão sistólica isolada se PAS \geq 140 mm Hg e PAD < 90 mm Hg, devendo a mesma ser classificada em estágios 1,2e3 (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2016).

De acordo com a Sociedade Brasileira de Cardiologia (2010), os tratamentos para a HAS são divididos em medicamentosos e não medicamentosos. Dentre as medidas preventivas, a intervenção na qualidade da alimentação dos indivíduos apresenta efeitos positivos tanto no controle como na prevenção da HAS. Mudanças

no estilo de vida são entusiasticamente recomendadas na prevenção primária da HAS, notadamente nos indivíduos com PA limítrofe. Hábitos saudáveis de vida devem ser adotados desde a infância e adolescência, respeitando-se as características regionais, culturais, sociais e econômicas dos indivíduos.

As drogas com ação sinérgica deverão preferencialmente fazer parte da escolha terapêutica, neste caso boa opção é a utilização daquelas que não modificam o perfil metabólico e incorporam a este os benefícios sobre a parede dos vasos, além de não interferir no perfil glicêmico, enquanto reduzem a pressão arterial. A associação de um inibidor da enzima conversora da angiotensina e antagonista de cálcio é uma das opções com evidências comprovadas em várias ocasiões... Isso não invalida a possibilidade de outras combinações terapêuticas que poderão também ajudar a atingir os objetivos do tratamento, porém, sempre que possível, deve-se evitar a piora das condições mórbidas que poderão modificar, em longo prazo, a história natural da doença hipertensiva (BORELLI et al. 2008, p. 239).

Os betas bloqueadores fazem parte de um grupo de medicamentos que, além de ajudar no controle da pressão, diminuem a frequência cardíaca. São medicações geralmente prescritas para pacientes jovens e mulheres, por terem, na sua maioria, a frequência cardíaca ligeiramente aumentada. São eles: o Propranolol, Atenolol, Carvedilol, Metoprolol e Nebivolol (BORTOLOTTI; CONSOLIM-COLOMBO, 2009).

6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

6.1 Descrição do problema selecionado (terceiro passo)

O problema selecionado foi a alta incidência de HAS descompensada em idosos atendidos pelo ESF 3. A nossa área de abrangência tem um total de 433 pacientes idosos, dos quais 257 (59,3%) padecem de hipertensão sendo 148 mulheres e 109 homens.

A equipe considerou importante o problema priorizado, pois traz graves consequências para a vida das pessoas e há possibilidade de enfrentamento deste problema.

6.2- Explicação do problema (quarto passo)

O problema da hipertensão tem diversas causas.

A Organização Mundial da Saúde considera idoso, nos países em desenvolvimento, os indivíduos com 60 anos ou mais. As alterações próprias do envelhecimento tornam o indivíduo mais propenso ao desenvolvimento de HAS, sendo esta a principal doença crônica nessa população (MIRANDA et al., 2002, p. 293).

6.3- Identificação dos “nós críticos” (quinto passo)

1- Falta de conhecimento dos pacientes sobre HAS e suas consequências.

2- Processo de trabalho inadequado da equipe, principalmente processos relacionados às ações educativas.

3- Hábitos e estilo de vida inadequada da população adscrita.

Quadro 3: Operações sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema, alta incidência de HAS em pacientes maior de 60 anos na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família 3 do Centro de Saúde Vista Alegre/Belo Horizonte-Minas Gerais.

1	Nó crítico	Falta de conhecimento dos pacientes sobre HAS e suas consequências
	Operação	Saber Mais
	Projeto	Aumentar o conhecimento dos idosos e de suas famílias, sobre hipertensão e suas consequências quando não tratada corretamente.

Resultados esperados	Idosos, família e cuidadores mais informados e conscientes sobre cuidados com o tratamento da HAS.
Produtos esperados	Avaliação do conhecimento do idoso, família, equipe de saúde cuidadores. Campanha educativa para capacitação de idoso, família, ACS cuidadores. Programa Mais Vida.
Recursos necessários	Cognitivo: Discussão sobre o tema – HAS e possíveis complicações; Estrutural: organização da agenda com inclusão de atividades educativas Político: articulação entre os setores da educação e adesão dos profissionais
Recursos críticos	Político: decisão de aumentar os recursos para estruturar o serviço Financeiro: recursos necessários para o equipamento da rede e p custeio (medicamentos, exames, e consultas especializadas).
Controle dos recursos críticos	Setor de comunicação social. Secretaria Municipal de saúde Motivação: favorável
Ações estratégicas	Apresentar os resultados a avaliação do conhecimento sobre a HAS e por parte dos idosos, família, cuidadores e dos ACS. Apresentar projeto de educação continuada.
Prazo	Três meses para o início das atividades (a partir da apresentação projeto)
Responsável (eis) pelo acompanhamento das operações	Equipe Básica de Saúde e Secretaria Municipal de Saúde
Processo de monitoramento e avaliação das operações	Acompanhamento permanente pela equipe por meio de reuniões periódicas

Quadro 4: Operações sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema, alta incidência de HAS em pacientes maior de 60 anos na população responsabilidade da Equipe de Saúde da Família 3 do Centro de Saúde Vista Alegre/Belo Horizonte-Minas Gerais.

Nó crítico 2	Processo de trabalho inadequado da equipe de saúde.
Operação	Ações em Saúde
Projeto	Preparara equipe de saúde para a execução de ações educativas com as famílias, cuidadores e idosos.

Resultados esperados	Garantir, além de consultas individuais e focadas nas queixas, ações educativas que de fato tenham impacto na mudança comportamento dos portadores de Hipertensão arterial sistêmica
Produtos esperados	Equipe capacitada Reuniões e palestras com todos os membros do PSF. Grupos educativos em funcionamento
Recursos necessários	Cognitivo: Discussões acerca da HAS, complicações, tratamentos. Político: articulação entre os setores da saúde e adesão dos profissionais
Recursos críticos	Político: decisão de aumentar os recursos para estruturar o serviço Financeiro: recursos necessários para o equipamento da rede e p custeio (medicamentos, exames, e consultas especializadas).
Controle dos recursos críticos	Setor de comunicação social Secretaria Municipal de Saúde Motivação: favorável
Ações estratégicas	Apresentar projeto de educação continuada para toda a equipe do PSF
Prazo	Três meses para o início das atividades (a partir da apresentação do projeto)
Responsável pelo acompanhamento das operações	Equipe Básica de Saúde
Processo de monitoramento e avaliação das operações	Acompanhamento permanente pela equipe por meio de reuniões periódicas

Quadro 5: Operações sobre o “nó crítico 3” relacionado ao problema, alta incidência de HAS em pacientes maior de 60 anos na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família 3 do Centro de Saúde Vista Alegre/Belo Horizontes-Minas Gerais.

Nó crítico 3	Hábito e estilo de vida inadequados da população adscrita
Operação	<i>Viver Melhor</i>
Projeto	Conscientizar a população de idosos, famílias e Cuidadores para mudanças nos hábitos e estilo de vida
Resultados	Idosos conscientes sobre tratamento e hábitos saudáveis

esperados	Fatores de risco que afetam os idosos diminuídos
Produtos esperados	Grupos de idosos em atividade Realizar reuniões e palestras com PSF Realizar campanha educativa
Recursos necessários	Estrutural: local para oferecer palestras educativas sobre Hipertensão Arterial e suas complicações Cognitivo: Preparação e capacitação do pessoal escolhido para oferecer a atividade educativa. Financeiro: Aquisição de folhetos educativos e recursos materiais e audiovisuais. Político: Articulação com a Secretaria Municipal de Saúde, associações e igrejas. Mobilização da sociedade
Recursos críticos	Estrutural: Conseguir local Político: Articulação com a Secretaria Municipal de Saúde, associações e igrejas. Mobilização da sociedade. Financeiro: Aquisição de recursos audiovisuais, folhetos educativos, estabelecerem programas educativos e comunicativos em saúde.
Controle dos recursos críticos	Setor de comunicação social Secretaria Municipal de Saúde
Ações estratégicas	Apresentação do projeto de educação para os idosos
Prazo	Três meses para o início das atividades a partir da apresentação do projeto
Responsável pelo acompanhamento das operações	Equipe Básica de Saúde e Secretaria Municipal de Saúde
Processo de monitoramento e avaliação das operações	Acompanhamento permanente pela equipe por meio de reuniões periódicas.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho busca apresentar uma contribuição tanto para idosos hipertensos, quanto familiares, cuidadores e equipe de saúde, principalmente os ACS em relação á hipertensão, fatores de risco, tratamento e hábitos saudáveis.

Estudos nesta área do conhecimento são importantes para o planejamento e o estabelecimento de políticas públicas em benefício da população idosa.

Com este plano de intervenção esperamos reduzir a incidência de hipertensos da população de abrangência, conscientizar os idosos sobre o autocuidado, promover mudança no estilo de vida e aumentar os conhecimentos dos pacientes sobre sua doença, melhorando a assistência prestada aos pacientes hipertensos e diminuindo suas complicações e índice de internação.

Esperamos, ainda, capacitar toda a equipe de saúde para que ações educativas sejam concretizadas de forma sistematizada na nossa unidade de atendimento.

REFERÊNCIAS

BELO HORIZONTE. **A Clássica história de BH.** 2017. Disponível em: <https://bairrosdebelohorizonte.webnode.com.br/news/a-classica-historia-de-bh-/>, 2017

BELO HORIZONTE. **Novo portal de Saúde,** 2010. Disponível em: portalpbh.pbh.gov.br/pbh/. Acesso em: 29 mar. 2018.

BORELLI, F. A. O. et al. Hipertensão arterial no idoso: importância em se tratar. **RevBrasHiptertens** v.15, n.4, p. 236-239, 2008

BORTOLOTTI, L.A; CONSOLIM-COLOMBO, F.M.Betabloqueadores adrenérgicos. **RevBrasHiptertens** v.16,n. 4, p. 215-220, 2009.

BRANDÃO, A. A. et al. Bloodpressureandoverweight in adolescenceandtheir associationwithinsulinresistanceandmetabolicsyndrome.after a 10 years-period in a brazilianyounpopulation. **J Hypertens.** v.22. (Suppl1):111S.2004

BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil, 2011-2022.** Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

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

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

FERNANDES, N. P. et al. Prática do exercício físico para melhoria da qualidade de vida e controle da hipertensão arterial na terceira idade. **Rev. Ciênc. Saúde Nova Esperança.** v.11, n. 3, p. 60-6, 2013.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **IBGE cidades.** Disponível em: <http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?minas-gerais|belohorizonte>

MARTINEZ. M.C.; LATORRE. M.R.D.O. Fatores de risco para hipertensão arterial e diabetesmelitoem trabalhadores de empresa metalúrgica e siderúrgica. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo , v. 87, n. 4, p. 471-479, 2006

MIRANDA ,R.D. et al. Hipertensão arterial no idoso: peculiaridades na fisiopatologia, no diagnóstico e no tratamento. **RevBrasHiptertens.**v. 9, n.3, p. 293-300, 2002

PESCATELLO, L.S. et.al. American College of Sports of Medicine position stand. Exercise and hypertension. **MedSci Sports Exerc**.36, n.3, p.533-553, 2004

SALAS, C. K. T. S. et al . Teores de sódio e lipídios em refeições almoço consumidas por trabalhadores de uma empresa do município de Suzano, SP. **Rev. Nutr.**, v. 22, n. 3, p. 331-339, 2009

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão. **Arq. Bras. Cardiol.**, v.107, n.3, supl.3, 2016

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

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

ZAITUNE, M. P.do A.et al . Hipertensão arterial em idosos: prevalência, fatores associados e práticas de controle no Município de Campinas, São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 22, n. 2, p. 285-294, 2006.