

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

**LIDIA DE LA CARIDAD GONZÁLEZ AGUERO**

**AVALIAÇÃO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL EM PACIENTES  
IDOSOS: projeto de intervenção**

**MONTES CLAROS - MINAS DE GERAIS  
2014**

**LIDIA DE LA CARIDAD GONZÁLEZ AGÜERO**

**AVALIAÇÃO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL EM PACIENTES  
IDOSOS: projeto de intervenção**

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

Orientadora: Eulita Maria Barcelos

**MONTES CLARO-MINAS GERAIS  
2014**

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

**LIDIA DE LA CARIDAD GONZÁLEZ AGUERO**

**AVALIAÇÃO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL EM PACIENTES  
IDOSOS: projeto de intervenção**

Banca examinadora

Professora: Ms. EulitaMariaBarcelos

Professor:

Aprovada em Belo Horizonte: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

## **DEDICATÓRIA**

Dedico esse trabalho a toda a minha família e a todos os meus amigos.

## **AGRADECIMENTOS**

Gostaria de agradecer primeiramente a Deus e a minha família pela graça alcançada. Todos os meus colegas de trabalho pela força e solidariedade. E todos que tiveram algum tipo de contribuição para o desenvolvimento desse trabalho.

“Lutam melhor os que têm belos sonhos”.

Che Guevara

## RESUMO

. A Hipertensão Arterial é uma doença crônica, silenciosa, de grande prevalência na Atenção Primária à Saúde e requer grande atenção devido ao seu potencial de gerar complicações. Entretanto, um sistema de saúde organizado apresenta boa capacidade de enfrentamento desta problemática. Estudos epidemiológicos sobre a hipertensão arterial são fundamentais para conhecer a distribuição da exposição e do adoecimento e as condições que influenciam a dinâmica de risco e controle na comunidade. Assim, a mesma tem uma forte prevalência em idosos na cidade de Mamonas/MG. Desse modo, o objetivo desse estudo é elaborar um projeto de intervenção para diminuir o elevado índice de hipertensos idosos do município de Mamonas-MG. Para o desenvolvimento do Plano de Intervenção foi utilizado o Método do Planejamento Estratégico Situacional e uma revisão de literatura sobre o tema. A população necessita de maior compreensão sobre a hipertensão arterial, a necessidade de capacitação da equipe, estruturação do processo e o enfrentamento de outros nós críticos, a efetiva participação da equipe para que o projeto seja realizado com êxito ou seja a diminuição dos valores pressóricos dos idosos hipertensos.

**Palavras-chave:** Idoso. Hipertensão. Estilo de vida.

## **ABSTRACT**

Hypertension is a chronic, silent, high prevalence in primary health care and requires great attention because of their potential to generate complications. However, a system of organized health present good capability to counter this problem. Epidemiological studies on hypertension are critical to meet the display and distribution of the illness and conditions that influence the dynamics of risk and control within the community. Thus, the same has a strong prevalence in the elderly in the town of Mamonas/MG. Hence, the objective of this study is to elaborate a project of intervention to decrease the high rate of hypertensive elderly municipality of Mamonas, Minas Gerais. For the development of the contingency plan was used the method of de situational strategic planning and review of literature on the topic. The population requires more understanding about hypertension, the need for team training, structuring the process and deal with other us critics, the effective participation of the team for the project to be carried out successfully or is the decrease of the blood pressure values of the elderly hypertensive.

**Keywords:** Elderly. Hypertension. Lifestyle.



## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

SIAB-Sistema de Informação da Atenção Básica

USB-Unidade Básica de Saúde

ESF – Equipe Saúde da Família.

NASF-Núcleo do Apoio a Saúde da Família

HAS – Hipertensão Arterial Sistêmica.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas.

IDH – Índice de Desenvolvimento Humano.

PES- Planejamento Estratégico Situacional

SUS – Sistema Único de Saúde.

AVE – Acidente Vascular Encefálico

## LISTA DE QUADROS

|  |    |
|--|----|
| Quadro1 - Dados Gerais do Município de Mamonas-2013  | 11 |
| Quadro 2 - População por faixa etária e sexo. Mamonas, Julho - 2013  | 12 |
| Quadro 3 – <i>Distribuição por gênero e faixa etária na área de abrangência da Estratégia da Saúde da Família Fantástico -2014</i> | 15 |
| Quadro 4-Doenças crônicas não transmissíveis da área de abrangência da Estratégia de Saúde da Família Fantástico -2014             | 17 |
| Quadro 5- Operações para resolução dos nós críticos-2014   | 31 |
| Quadro 6- Identificação dos recursos críticos  | 33 |
| Quadro 7- Análise da viabilidade do plano, segundo o projeto, recursos críticos e seu controle, atores e ações/estratégicas.       | 34 |
| Quadro 8- Plano Operativo  | 35 |

## SUMÁRIO

|   |     |
|---|-----|
| 1 INTRODUÇÃO .....                                    | 11  |
| 2 JUSTIFICATIVA .....                                 | 200 |
| 4 METODOLOGIA.....                                    | 233 |
| 5 REVISÃO DE LITERATURA .....                         | 244 |
| 5.1 Envelhecimento e hipertensão na pessoa idosa..... | 24  |
| 6 PROJETO DE INTERVENÇÃO.....                         | 277 |
| 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....                          | 377 |
| REFERENCIAS.....                                      | 38  |

## 1 INTRODUÇÃO

Mamonas é um município brasileiro situado Estado de Minas Gerais, com uma população estimada em 2013 de 6.554 habitantes (CENSO -IBGE, 2013). Sua fundação data-se de 27 de abril de 1992 por meioda Lei Estadual n° 10704, quando foi criado o município, como território desmembrado de Espinosa..

### **Quadro 1 - Dados Gerais do Município de Mamonas-2013**

|  |                 |
|--|-----------------|
| População estimada 2013                        | 6.554           |
| Área da unidade territorial (km <sup>2</sup> ) | 291,430         |
| Densidades demográfica (hab/km <sup>2</sup> )  | 21,69           |
| Bioma  | Cerrado Catinga |
| Gentílico                                      | Mamonense       |
| Instalado em                                   | 01/01/1993      |

**Fonte:** Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Dados Gerais (2013)

Segundo relatos históricos os primeiros moradores da região onde hoje se localiza o município vieram a partir da expansão da população de Espinosa e Monte Azul, que se localizavam em pontos mais favoráveis, as margens da estrada que liga o centro da região nordeste do país (IBGE, 2013).

Em razão de possuir solo fértil e propício ao desenvolvimento da agricultura, a região começou a atrair diversos desbravadores, que para cá vieram para dedicarem a lavoura, principalmente o milho que se adaptou muito bem as condições do solo e clima.

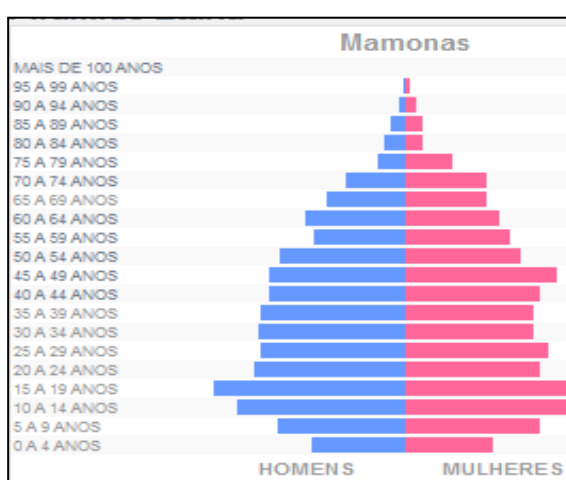
Com o passar dos anos foram se formando pequenas aglomerações de moradias a margem esquerda do pequeno riacho. O mais conhecido dos moradores era o senhor Damião que estabeleceu fazenda de plantação de milho, algodão e criação de gado bovino e porco.

Assim construiu-se então uma pequena capela, consagrada a Santo Antonio, que ficou sendo o padroeiro da comunidade local.

Por meio de uma análise demográfica evidenciou-se que a população do município concentra-se, em sua maioria, na zona rural (55.51%) enquanto que a zona urbana tem uma população de 44.4%. A justificativa para uma concentração de

habitantes na zona rural se relaciona ao aspecto cultural, social e econômico do município, que detém grande parte de sua economia por meio da agropecuária. (CENSO- IBGE, 2010).

Por conseguinte, em relação a estrutura etária, observa-se que a população masculina e feminina é bastante equilibrada, nota-se ainda que a maior parte da população está na faixa etária de 20 a 59 anos como uma população acima de 59 anos também expressiva dentro da pirâmide etária do município, reflexo da maioria da expectativa de vida dos brasileiros que hoje é de 73 anos de idade.



Fonte: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. População. Disponível em <http://cidades.ibge.gov.br>. Acesso em 28 de dezembro de 2013

#### Quadro 2 - População por faixa etária e sexo. Mamonas, Julho - 2013

| Idade     | 1a4 | 5 a9 | 10a14 | 15a19 | 20a39 | 40a49 | 50a59 | >60anos |
|-----------|-----|------|-------|-------|-------|-------|-------|---------|
| Mulher    | 134 | 183  | 223   | 253   | 777   | 440   | 389   | 624     |
| Home<br>m | 224 | 201  | 222   | 274   | 765   | 442   | 381   | 521     |

Fonte: Sistema de Informação da Atenção Básica. Cadastro Familiar (2013)

Em relação aos aspectos socioeconômicos, os indicadores do Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), a prefeitura Municipal de Mamonas atende a lei 11.445/2007, buscando a universalização de saneamento básico para a população. Desenvolve o plano municipal de saneamento básico.

O IDH municipal varia de 0 a 1, considerando indicador de longevidade (saúde) renda e educação. Quanto mais próximo de 0,0 pior é o desenvolvimento humano do município. Quanto mais próximo de 1,0 mais altos é o desenvolvimento do município. A taxa de urbanização no município, em 2010, foi de 44.9%.

Para estimar a proporção de pessoas que está a abaixo de pobreza foi somado a renda de todas as pessoas do domicílio e o total dividido pelo de moradores, sendo considerado abaixo da linha da pobreza os que possuíam renda per capita até R\$ 140,00. No caso da indigência este valor será inferior a R\$ 70,00 (IBGE, 2010).

Quanto a escolaridade da população a taxa de freqüênciae conclusão no ensino fundamental entre 1991 e 2010 foi de 87,3%. Entretanto 13.7% das crianças de 7 a 14 anos não estavam cursando o ensino fundamental. Nesse contexto, o percentual de alfabetização de jovens e adolescentes entre 15 e 24 anos, em 2010, foi de 98.2% (IBGE, 2010).

A secretaria Municipal de saúde é órgão de desenvolvimento e promoção social de Mamonas, integrante da administração direta da prefeitura Municipal, tem por finalidade o Planejamento, a Coordenação e a Gestão do serviço de saúde no âmbito do Município.

Assim, se observa no município 05 estabelecimentos de saúde, destes, 04 funciona como pontos de apoio aos serviços de saúde prestados a população. Em uma unidade de saúde/ambulatório médico de Mamonas, o serviço é oferecido por 03 Equipes de Saúde da Família, cobrindo 100% da população. Contamos também com o apoio do Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF), e de outros profissionais de nível superior que prestam atendimento a toda a população do município.

Vale ressaltar que o Conselho Municipal de Saúde de Mamonas vem gradativamente se estruturando, acumulando experiências em busca de ações e instrumentos que favoreçam o desempenho de suas principais atribuições legais e políticas de atuar na formulação de estratégias de operacionalização da política de saúde e no controle social da execução da política de saúde.

Portanto, o levantamento e estudo dos dados sociais, demográficos e econômicos instituem fonte necessária sendo referência obrigatória para profissionais da área da saúde e da área social, e gestores das diversas esferas da administração pública e para todos aqueles interessados em contribuir para a promoção da saúde e da equidade por meio da atuação sobre os determinantes sociais, produto da ação humana e que, portanto, podem e devem ser transformados pela ação humana, com vistas à melhoria das condições de saúde e da qualidade de vida desta população.

Outros recursos da comunidade: clínicas odontológicas (03), laboratório privado, creche, igreja católica, biblioteca pública, correio, laboratório de prótese, sala de fisioterapia (01) escolas (02), igrejas evangélicas (várias), bancos (02).

Os meios de comunicação mais utilizados são o telefone móvel, televisão, internet e rádio. Os meios de transporte mais utilizados são as motocicletas e automóveis.

A população da área de abrangência da Estratégia de Saúde da Família Fantástica tem-se 100% de cobertura. A unidade é bem estruturada dequada aos atendimentos prestados. São desenvolvidos os programas preconizados pelo Ministério da Saúde. Conta com profissionais como: pediatra, psicólogo, fisioterapeuta, fonoaudióloga, nutricionista, serviço social, cardiologista, ginecologista e dentista .O atendimento destes profissionais é 01 vez por semana ou fazendo revezamento, trabalha algumas poucas horas por dia, salvo os profissionais que compõem a equipe que cumprem as horas determinadas pelo Ministério de Saúde.

Assim, conhecer a comunidade é o primeiro e um dos mais importantes passos para a equipe de saúde da família. Para isso, os residentes colocados na zona de abrangência da minha equipe desenvolveram um trabalho que priorizou olhar e ouvir a comunidade, envolvendo os moradores e não apenas falando sobre eles.

As necessidades que a equipe identifica como prioridade nem sempre é a real necessidade de seus pacientes e por meio desse trabalho os moradores tiveram voz.

A ESF é constituída por 01 enfermeiro, 01 auxiliar de enfermagem, 01 assistente odontológica, 01 dentista, 06 agentes comunitários, 01 técnico de enfermagem, 01 cirurgiã-dentista 01técnico de saúde bucal, 01 médica, 02 recepcionistas e 01 auxiliar geral. A população da área de abrangência da Estratégia de Saúde da Família Fantástica tem 100% de cobertura.

A referida equipe atende 539 famílias perfazendo um número total de 1654 indivíduos.

***Quadro 3–Distribuição por gênero e faixa etária na área de abrangência da Estratégia da Saúde da Família Fantástico.***

| Sexo         | <1 | 1-4 | 5-6 | 7-8 | 10-14 | 15-19 | 20-39 | 40-49 | 50-59 | >60 | Total |
|--------------|----|-----|-----|-----|-------|-------|-------|-------|-------|-----|-------|
| Masc.        | 6  | 19  | 10  | 38  | 60    | 87    | 192   | 126   | 123   | 170 | 831   |
| Fem.         | 2  | 17  | 25  | 28  | 54    | 72    | 185   | 130   | 133   | 171 | 823   |
| Num. pessoas | 8  | 36  | 35  | 66  | 114   | 165   | 377   | 256   | 256   | 341 | 1654  |

Fonte: A própria autora

Ao analisar a distribuição por sexo e idade observou-se que o grupo que mais prevalece é na faixa de 20-39 anos, seguidos dos idosos. A população mais jovem emigra para estudar e trabalhar fora. Há ligeiramente uma predominância do sexo masculino. O alto número de idosos, aos quais temos que brindar especial atenção, por que é onde predomina as doenças crônicas não transmissíveis que precisam ter um bom acompanhamento.

Todas as populações atendidas pertencem à zona rural, mas acontece sempre um alto número de emigrações para áreas urbanas do município e outros estados.

O perfil socioeconômico revelou que as principais atividades de rendimento comunitário utilizados pelos habitantes da zona rural, é a agricultura, sendo muito difícil em período da seca. Existem muitas famílias que moram em casas de adobe



sem acabamento, onde tem piores condições de vida.

Os meios de comunicação, mais utilizados é a telefonia móvel, fixa, internet e televisão. Existem duas escolas dentro da área de abrangência e várias igrejas evangélicas e protestantes.

Em relação ao grau de instruções na faixa etária de 7 a 14 anos, 163 estão na escola o que corresponde 90.56%, e de 15 anos ou mais tem 1031 frequentam a escola ou seja 73.91%.

Os dados anteriores indicam que ainda existem pessoas sem alfabetizar e fora das escolas em idade de estudar. Um dos aspectos característicos da rede escolar é sua rede de cobertura para a cidade, manifesta pela existência de infraestrutura, o qual não acontece em outras zonas rurais. O que torna o acesso a educação mais difícil, é a distância pois os alunos percorrem mais de 10 km para chegar na escola.

As condições de abastecimento de água e saneamento não são adequadas, sendo que tem somente 99 (18.37) residências recebem água da rede pública e 437 (81.08) famílias consomem água de poço ou nascente. A população que usa filtro são (488) (90.54%) famílias e sem tratamento 51 (9.46%)

Não existe coleta pública de lixo. Ele é queimado por 458 (84.97%) famílias e depositado a céu aberto por 81 (15.03%) famílias. Na zona urbana de Mamonas a coleta de lixo na rede pública está bem organizada, o qual se faz a coleta diariamente. O destino fezes e urina na zona rural não tem sistema de esgoto, a população 516(95.73%) utiliza de fossa e 23 (4.27%) em céu aberto.

Pelos dados apresentados prestar orientações quanto a promoção a saúde a essas famílias é uma tarefa essencial a ser realizada pela equipe, pelos perigos que representam para todos, destino das fezes e urina a céu aberto, o consumo de água sem filtrar e o depósito do lixo a céu aberto.

No que consiste à habitação, a análise das características setoriais do território revela que o mesmo dispõe de residências cujo tipo de construção obedece geralmente às características e o potencial de recursos naturais existentes e explorados em cada local com fácil acesso ao material convencional que permite à

construção de habitação a base de material adequado: tijolos. São 539 casas construídas de tijolos e ou adobe.

Em relação à segurança, o campo é tranquilo. Existe um bom relacionamento entre os cidadãos em geral. Os meios de transportes utilizados são motocicletas, transporte privado e com seus próprios carros, existe um ônibus de transporte público e cavalos.

Cumprir destacar ainda que o levantamento de problemas feitos junto a comunidade permitiu identificar que não tem rede sanitária de atenção básica. O acesso aos serviços de saúde é condicionado pelo número limitado de oferta de serviços especializados, condicionado pela insuficiência de equipamento, escasso e baixa qualificação dos recursos humanos. Há muita demora nas consultas com especialistas e é muito distante. Existem demoras em fazer estudos diagnósticos especializados de tecnologia avançada como: ultrassonograma, endoscopia, ressonâncias e tomografias computadorizadas por não ter os mesmos na cidade. Os pacientes se queixam de longas esperas para terminar o diagnóstico pelo SUS.

Descrição e análise dos danos e problemas de saúde da população.

Indicadores de Mortalidade:

Gestantes cadastradas:

- ✓ 10 a 19 anos (0)
- ✓ 20 anos a mais: (8) (1.07%)
- ✓ Total: (8) (1.07%)

#### **Quadro 4- Doenças crônicas não transmissíveis da área de abrangência da Estratégia de Saúde da Família Fantástico- 2014**

| Doenças              | Nº  | %     |
|----------------------|-----|-------|
| Hipertensão arterial | 281 | 20.14 |
| Diabetes Mellitus    | 27  | 1.63  |
| Epilepsia            | 16  | 0.97  |
| Alcoolismo           | 14  | 1     |

A hipertensão e a Diabetes Mellitus representam um sério problema de saúde pública. No Brasil a atenção básica notadamente a Estratégia Saúde da Família,

possuí condições privilegiadas para desempenho do cuidado integral. Nesse cenário torna-se importante a discussão permanente sobre as práticas em saúde, utilizando-se de estratégias que permitam a reflexão fidedigna do processo de trabalho.

Segundo o Ministério da Saúde a prevalência de diabetes em uma população acima de 40 anos é de 11% e na unidade segundo o SIAB (2013) é de 6.69%. Este fato nos remete a uma ideia que ainda temos que pesquisar ativamente por que podemos ter alguns casos sem identificação ou diagnóstico.

Segundo a Sociedade Brasileira de Cardiologia (2000) a prevalência de HAS está entre 22 a 43% da população adulta, o qual coincide com os dados encontrados na área de abrangência que é de um 20.14%, sendo a população na faixa etária de 60 anos de idade e mais corresponde a 28%.

Percebemos no cotidiano do nosso trabalho que existe um grande desconhecimento da população sobre os fatores de riscos da hipertensão que dificulta a prevenção e o tratamento. Para os pacientes só é importante fazer o tratamento medicamentoso da doença muitos desconhecem que também existem o tratamento não medicamentoso.

A HAS constitui um problema para o médico sanitário mais importante da medicina contemporânea e o controle da mesma é a pedra angular sobre a qual temos que ativar para diminuir em forma significativa a morbo-letalidade por cardiopatias doenças cérebro vasculares e renais que podem acometer os idosos.

Epidemiologicamente a infecção respiratória aguda, as infecções e/ou doenças sexualmente transmissíveis e as diarreias são as doenças mais frequentes. A demanda de serviços de saúde tem aumentado no período chuvoso e na época quente (sobre tudo no primeiro semestre), quando o registro de muitos casos de diarreia e infecções respiratórias agudas apesar de estarem em zona que ficam no sertão onde as chuvas são infrequentes as águas estão em pior situação para o consumo aumentando a aparição destas doenças.

Acredito que não são reportados todos os casos de doenças transmissíveis hídricas e respiratórias, por que em pouco tempo de trabalho temos certeza que muitos pacientes têm atendimento para as doenças já mencionadas.

A hipertensão arterial é conceitualmente definida como um problema crônico grave, de alta incidência na sociedade e cujos fatores de risco e complicações configuram-se como principal responsável por doenças em todo o mundo.

Nesse cenário, a hipertensão arterial apresenta-se atualmente como um circunscrito problema de saúde pública em função de acometer uma parcela considerável da população mundial, especialmente os idosos, aumentando sobremaneira o número de óbitos. Destarte, seu tratamento e controle apresentam-se como um importante obstáculo às autoridades governamentais e profissionais de saúde em razão das dificuldades socioculturais e psicológicas que envolvem seus portadores.

Nessa perspectiva, observa-se atualmente que a prevalência de hipertensão arterial entre os idosos é maior em que o restante da população. Este fato é preocupante uma vez que a pessoa idosa tem maior probabilidade de desenvolver outras patologias bem como as complicações e sequelas causadas pela hipertensão arterial.

## 2 JUSTIFICATIVA

A hipertensão arterial configura-se atualmente como um dos principais fatores de risco para doenças cardiovasculares, com consequências significativas para a saúde pública. A pressão alta abrange cerca de 30% da população adulta brasileira, na terceira idade o índice é de mais de 50% e está presente em 5% das crianças e adolescentes no Brasil (BRASIL, 2002 apud GUIMARÃES; MEDEIROS, 2007).

Assim, segundo Ministério de Saúde (BRASIL, 2006, p. 14), “a hipertensão arterial é definida como pressão arterial sistólica maior ou igual 140 mmHg e uma pressão arterial diastólica maior ou igual 90 mmHg”.

O aparecimento da hipertensão arterial é consequência de uma combinação de fatores ambientais e predisposição genética. Portanto, “a hipertensão resulta de várias alterações estruturais que tanto amplificam o estímulo hipertensivo, quanto causam dano cardiovascular” (NOBRE, 2000, p.303).

A Hipertensão Arterial Sistêmica tem alta prevalência e baixas taxas de controle, é considerado um dos principais fatores de risco modificáveis e um dos mais importantes problemas de saúde pública. A mortalidade por doença cardiovascular aumenta progressivamente com a elevação da PA a partir de 115/75 mmHg de forma linear, contínua e independente (BRASIL, 2012, p. 28-29).

Segundo Silva e Ferreira (2010), existem muitos fatores de risco para a hipertensão arterial, como a hereditariedade, a idade, o gênero, o grupo étnico, a obesidade, o tabagismo, o estilo de vida e outros.

Nesse contexto, o município de Mamonas apresenta um índice considerável de hipertensos. Segundo SIAB (2010)(Sistema de Informação da Atenção Básica) o referido município apresenta 1.034 casos de hipertensos, o que representa 17,3% da população local. Tal índice se encontra acima da taxa nacional de hipertensos que é 9,5%.

Nesse cenário, como causa isolada, a hipertensão arterial é a mais importante morbidade entre idosos. Portanto, este estudo se justifica em função da necessidade de intervenção da Equipe de Saúde da Família Fantástico para diminuir os níveis

pressóricos dos indivíduos. Para tanto é fundamental avaliar e caracterizar o quadro de hipertensão arterial dos idosos do município de Mamonas, apontando suas principais causas e suas consequências, uma vez que, que tal processo é fundamental para eficiência da atenção.

### **3 OBJETIVO**

Elaborar um projeto de intervenção para diminuir o elevado índice de hipertensos idosos do município de Mamonas-MG.

## 4 METODOLOGIA

A primeira etapa deste trabalho foi realizada um processo de coleta, tratamento e análise dos dados colhidos em documentos legais do trabalho (ficha A), do sistema estatístico da produção da Secretaria Municipal, coma participação efetiva dos profissionais que atuam na equipe.

Buscando caracterizar a população foi feito uma pesquisa das condições de saúde e risco da população, levantamento dos problemas da população da área de abrangência. O problema que chamou mais atenção da equipe foi o índice elevado da hipertensão arterial em idosos. Assim foi necessário realizar uma revisão de literatura sobre o tema para elaborar o referencial teórico. Segundo Moresi (2003, p. 29), a revisão de literatura é “a busca de informações e dados disponíveis em publicações, livros, teses e artigos de origem nacional e internacional e na internet, realizados por outros pesquisadores”.

Tal pesquisa terá ainda um caráter narrativo. Assim, de acordo com Pires e Bueno (2009, p. 440), o método de revisão narrativa “se dispõe principalmente a levantar dados com caráter qualitativo, fundamentado na literatura científica em questões consideradas amplas ou abertas”.

Na elaboração do projeto de intervenção foram percorridas algumas etapas do Planejamento Estratégico Situacional (PES). Desse modo, inicialmente tornou-se necessário cumprir o momento explicativo, onde foi priorizado e descrito o problema. Em seguida, realizou-se o momento normativo, através da elaboração de um plano de intervenção. Neste projeto realizou também a etapa do momento estratégico, onde foram traçados os caminhos necessários para superação do problema.

O próximo momento é o tático operacional, onde o projeto será executado através de um gerenciamento próprio.



## 5 REVISÃO DE LITERATURA

### 5.1 Envelhecimento e hipertensão na pessoa idosa

Atualmente observa-se o aumento constante da expectativa de vida no mundo, onde a temática do envelhecimento vem ganhando centralidade no debate público. Dessa maneira, é fundamental que os atores que atuam no setor público de saúde, em especial compreendam o processo de envelhecimento e suas peculiaridades de forma a direcionarem seus esforços para uma melhor qualidade de assistência.

O Brasil, atualmente, possui cerca de 17,6 milhões de idosos. O envelhecimento da população é uma resposta à mudança de alguns indicadores de saúde, em especial a queda da fecundidade e aumento da esperança de vida (BRASIL, 2006 ; BRASIL, 2007).

De acordo com algumas projeções em 2025, o país terá mais de 30 milhões de indivíduos com 60 anos ou mais, e a maioria deles, cerca de 85%, apresentarão pelo menos uma doença (IBGE, 2006).

Assim, é primordial a compreensão do processo de envelhecimento e suas peculiaridades de forma a direcionarem esforços para uma melhor qualidade de assistência a esta população (BRASIL, 2006). É fato que com avançar da idade as pessoas se tornam mais vulnerável a determinados tipos de doenças principalmente as crônico-degenerativas isso se deve a escolhas de uma vida inteira no que diz respeito aos hábitos de vida, como por exemplo, falta de atividades físicas regulares, tabagismo, alcoolismo, alimentos ricos em gordura e sal (ZAITUNE et al., 2006).

Dentre essas doenças crônico-degenerativas se encontra a hipertensão arterial sistêmica (HAS) que é alvo do presente estudo.

Este agravo acomete quase 60% dos idosos e está frequentemente associado a outras doenças. A hipertensão arterial sistêmica é considerada uma doença crônica, com longo curso assintomático, evolução clínica lenta, prolongada e permanente, podendo evoluir para complicações. Sendo um dos principais fatores de morbidade e mortalidade cardiovascular e cerebrovascular, a HAS é uma doença de natureza multifatorial com alta prevalência na população idosa, tornando-se um fator determinante nas

elevadas taxas de morbidade e mortalidade desses indivíduos (MINAS GERAIS, 2006, p.98)

Nesse contexto, para melhor entendimento da HAS nessa população, vale salientar que a pressão arterial tem uma fisiologia própria ao envelhecimento. Dados populacionais mostraram que até os 50 anos e 60 anos de idade, tanto o componente sistólico quanto o diastólico da pressão arterial aumentam gradualmente em ambos os sexos, em todas as raças e etnias, quando, então, a pressão arterial diastólica começa a declinar, enquanto a pressão sistólica aumenta, estando a pressão arterial relacionada à maior presença de eventos cardiovasculares (UNGER, PARATI, 2005).

A hipertensão é um importante “fator de risco das doenças cardiovasculares e tem elevada prevalência nos indivíduos idosos, tornando-se, assim, num fator de risco associado à elevada mortalidade e morbabilidade desta população” (MENDES;THEMUDO BARATA 2004,p.193).

Com o envelhecimento, ocorrem alterações na anatomia e fisiologia cardiovascular, mesmo na ausência de doença. A pressão arterial elevada caracteriza-se como uma condição sistêmica que envolve a presença de alterações estruturais das artérias e do miocárdio, associadas a uma disfunção endotelial e dos barorreceptores (MENDES;THEMUDO BARATA 2004,p.193).

De acordo com Silva, Souza (2004) a hipertensão arterial é uma síndrome clínica que se caracteriza pelo aumento da pressão arterial, em pelo menos duas aferições seguidas, obtidas em dias diferentes, ou em condições de repouso e ambiente tranquilo. A hipertensão arterial na origem das doenças cardiovasculares se caracteriza como uma das causas de maior redução da qualidade e expectativa de vida dos indivíduos, estimativas demonstra que pelo menos 65% dos idosos brasileiros é hipertenso.

Segundo Ferreira Filho (2011) a expectativa de vida de uma pessoa com hipertensão é 40% menor que a de um indivíduo sadio pelo fato do coração precisar se esforçar mais para bombear o sangue, o coração do idoso hipertenso fica mais vulnerável a desenvolver insuficiência cardíaca devido ao aumento dessa pressão, os vasos desgastam-se podendo se romper e causar o acidente vascular encefálico

(AVE), esse desgaste ainda facilita o acúmulo de placas de ateroma nas artérias, predispondo o indivíduo ao infarto agudo do miocárdio, outra consequência grave é o comprometimento do sistema de filtração dos rins. Por esses motivos o tratamento e melhoria na qualidade de vida (QV) dos hipertensos são relevantes.

Na visão de Araújo *et al.* (1998 p.16).

A HAS provoca limitações no estilo de vida não somente do hipertenso, como também no dos outros elementos do núcleo familiar a alteração na saúde de um dos membros da família acaba por provocar mudanças no todo, devendo-se incluir o grupo familiar no contexto do tratamento e do acompanhamento dos hipertensos.

Para diagnosticar a hipertensão arterial e avaliar a eficiência do tratamento recomendado é importante a verificação periódica da pressão arterial.

Evidentemente, tratamento adequado da HAS está envolvido uma série de fatores muito complexos que necessitam do emprego de estratégias combinadas que dê conta dessa complexidade. Em se tratando da adesão a um tratamento, percebe-se que há inúmeras questões envolvidas no sucesso ou no fracasso em obtê-la (ARAÚJO, 2010).

Para planejar e direcionar as ações de saúde é necessário conhecer a realidade, a dinâmica e os riscos que a população esta inserida e também a forma como estão organizados os serviços para a comunidade. Por tanto é importante contar com uma ferramenta que auxilia conhecer os problemas e as necessidades sociais como: necessidade de saúde, educação, saneamento, segurança, transporte, habilitação, bem como permite conhecer como é a organização dos serviços de saúde para nossa comunidade.

## 6 PROJETO DE INTERVENÇÃO

O projeto de intervenção de acordo com Campos; Faria e Santos, (2010) é constituído de ações respaldadas no Planejamento Estratégico Situacional (PES), de forma mais densa e efetivamente mais participativa. Permite estabelecer uma articulação entre a questão situacional imediatista e aquela voltada para o futuro, contempla uma gestão com a participação de todos membros da equipe. Mas deve-se considerar a viabilidade de gerenciar o plano para obter os resultados desejados.

O PES é constituído de 10 passos sequenciais.

### ***Primeiro passo: Identificação dos Problemas***

O problema é explicado por Campos; Faria e Santos, (2010) como uma insatisfação de um ator frente componente da realidade que ele quer e pode modificar. A identificação dos problemas na área de abrangência é o ponto inicial para planejar uma ação direcionada na solução dos mesmos.

Os principais problemas percebidos durante a realização do diagnóstico situacional foram:

### **Definição do Problema**

- Alta incidência de pacientes idosos portadores de hipertensão arterial na área de abrangência.

### **Metas estabelecidas**

- ✓ Reduzir a prevalência da obesidade em idosos;
- ✓ Reduzir a prevalência de consumo de álcool em idosos;
- ✓ Reduzir a prevalência de consumo de tabaco em idosos;
- ✓ Aumentar a prevalência de atividade física em idosos;
- ✓ Aumentar o consumo de frutas e hortaliças em idosos;
- ✓ Reduzir o consumo diário de sal em idosos;
- ✓ Monitorar a pressão arterial dos hipertensos idosos mensalmente;
- ✓ Monitorar o índice de massa corporal dos idosos hipertensos mensalmente;

- ✓ Monitorar a adesão ao tratamento farmacológico dos hipertensos idosos.

➤ **Segundo passo: priorização do problema**

Os problemas levantados na área de abrangência são muitos e existem aqueles que estão fora do alcance de resolatividade da equipe. Então foi necessário seguir os critérios de seleção: a importância do problema na comunidade, o grau de urgência que a doença apresenta e a própria capacidade de enfrentamento do problema pela equipe (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010). O problema priorizado foi o alto índice de idosos hipertensos.

➤ **Terceiro passo: descrição do problema Selecionado**

Descritor do Problema: alta incidência de pacientes idosos portadores de hipertensão arterial

Alta incidência de pacientes idosos portadores de hipertensão arterial tornou-se um problema de saúde pública devido a sua importância e suas eventuais complicações na área adstrita do PSF Mamonas. A preocupação da equipe com os idosos hipertensos procede porque eles estão mais susceptíveis a ter complicações cardíacas, acidente vascular cerebral e outras patologias.

Tem-se como agravante a capacidade de enfrentamento restrita, porque nem todas as ações de prevenção e promoção podem ser feitas pela equipe de saúde sem apoio da Secretaria Municipal de Saúde e outros órgãos.

➤ **Quarto passo: explicação do problema**

Neste momento ocorre a explicação do problema, ou seja, quais as causas do alto índice de idosos hipertensos e as relações entre elas. O objetivo da explicação segundo Campos; Faria e Santos (2010, p.63) é entender a gênese do problema que se pretende enfrentar a partir da identificação das suas causas. “Geralmente, a causa de um problema é outro problema ou outros problemas.”

Explicando o Problema: alta incidência de pacientes portadores idosos de hipertensão arterial

**-Nível individual**

- ✓ Má alimentação
- ✓ Tabagismo
- ✓ Uso abusivo de álcool
- ✓ Sedentarismo
- ✓ Uso abusivo de sal

Todas estas variáveis estão direcionadas aos hábitos e estilos de vida dos idosos.

#### **-Nível social**

- ✓ Alto índice de analfabetismo
- ✓ Baixo nível de informação

#### **-Nível Programático**

- ✓ Falta de estrutura da UBS;
- ✓ Falta de profissional médico em tempo integral na Unidade Básica;
- ✓ A organização do serviço de saúde não responde adequadamente a demanda;
- ✓ Falta de profissional nutricionista para dar suporte à equipe;
- ✓ UBS indisponibilidade de consultas por demanda espontânea;
- ✓ Falta da implantação do Protocolo Assistencial de Hipertensão Arterial;
- ✓ Falta de local por número insuficiente de reuniões com o grupo operativo de hipertensos operado para a realização da atividade física do grupo de Atividades;
- ✓ Número insuficiente de reuniões com o grupo operativo de hipertensos.

Estas variáveis estão correlacionadas com a estrutura organizacional do processo de trabalho.

Posso concluir que existem causas principais geradoras do problema:

#### **➤ Relacionadas ao paciente:**

- ✓ Nível de informação sobre a doença;
- ✓ Nível sócio econômico;
- ✓ Ausência de família (mora sozinho ou não tem apoio da família);
- ✓ Resistência para mudança de hábitos de vida (alimentação, prática de atividade física);
- ✓ Falta de medicamentos disponíveis na rede básica;

- ✓ Não adesão ao uso do medicamento;
- **Relacionadas ao processo de trabalho da equipe**
  - ✓ Pouco envolvimento da equipe no acompanhamento do tratamento;
  - ✓ Dificuldade de abordagem do idoso;
  - ✓ Acumulo de tarefas a cumprir;
- **Quinto passo: seleção dos “nós críticos”**

O nó crítico é descrito por Campos; Farias; Santos, (2010, p.65) como:

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

Foram considerados nós críticos:

- ✓ Nível de informação do paciente: não tem informação sobre a doença devido ao baixo nível de escolaridade ou falta de orientação da equipe.
  - ✓ *Processo de trabalho*: comprometimento ineficaz da equipe, dificuldade na promoção e educação em saúde e nível de informação da equipe, dificuldade de abordagem do paciente idoso, falta de medicamento para fornecer para o idoso.
  - ✓ Estrutura dos Serviços de Saúde.
- **Sexto passo: proposta de operações para resolução dos nós críticos**
- “Como podemos enfrentar os nós críticos”? Campos; Faria e Santos (2010, p.70), descrevem que se deve para cada nó crítico definir operações ou projetos, com os resultados e produtos esperados, além dos recursos necessários para realização das ações.

Quadro 5 - Operações para resolução dos nós críticos-2014

| <b>Proposta de operações para resolução dos nós críticos.</b>         |  |  |  |  |
|---|--|--|--|--|
| Nó crítico<br>-Processo de trabalho da equipe de saúde desestruturado | Operação/Projeto<br><b>Linha de Cuidado</b><br>-Implantar a linha de cuidado para hipertensão arterial, incluindo os mecanismos de referência e contra referência. | Resultados esperados<br>-Cobertura de 90% da população idosa com adoecimento por hipertensão arterial.   | Produtos esperados<br>-Linha de cuidado para risco de adoecimento por hipertensão arterial implantada.<br>-Criação de protocolos;<br>Recursos humanos capacitados<br>-Regulação implantada;<br>-Gestão da linha de cuidado implantada              | Recursos necessários<br>Cognitivo<br>→elaboração de projeto da linha de cuidado e de protocolos;<br>Político<br>→articulação entre os setores da saúde e adesão dos profissionais;<br>Organizacional<br>adequação de fluxos<br>referência e contrarreferência                                |
| Estrutura dos Serviços de Saúde desorganizada                         | <b>Cuidar Melhor</b><br>-Melhorar a estrutura do serviço para o atendimento dos portadores de hipertensão arterial.  | Garantia de medicamento, exames previstos nos protocolos para 90% dos pacientes com adoecimento por hipertensão arterial.<br>-Capacitação de pessoal;<br>Contratação de compra de exames e consulta potências da hipertensão arterial com o controle dos hábitos e | -Programa de vigilância dos agravos da hipertensão arterial implantado.<br>Recursos humanos capacitados<br><br>-Monitoramento mensal do valor da pressão arterial dos idosos hipertensos por meio de ficha B do ACS;<br>-Vigilância dos agravos da | Cognitivo → informação sobre o tema e elaboração de projetos<br>Político → mobilização social e articulação intersetorial com a rede de ensino e a rádio comunitária<br>Organizacional para organizar as palestras de educação e saúde<br>Financeiros aumento da oferta de exames, consultas |



|   |   |   |   |  |
|---|---|---|---|--|
|   |   | estilo de vida  | hipertensão arterial por meio dos indicadores do SIAB   | e medicamentos. Financeiros→para aquisição de recursos audiovisuais, folhetos educativos, etc.   |
| Inexistência de grupo operativo atuante.<br><br>-Baixo nível de informação dos idosos sobre os riscos e agravos da hipertensão arterial | <b>Aprender +</b><br>-Criar o grupo operativo<br>-Aumentar o nível de informação dos participantes do grupo operativo sobre os riscos e agravos da hipertensão arterial | Participantes do grupo operativo mais informados sobre os riscos e agravos da hipertensão arterial    | -Avaliação do nível de informação do grupo operativo sobre os riscos e agravos da hipertensão arterial ;<br>-Distribuição de panfletos e tabelas de alimentação saudável;<br>-Capacitação da equipe multidisciplinar;<br>-Realização de reuniões mensalmente com o grupo operativo. | Cognitivo conhecimento sobre o tema e sobre estratégias de comunicação e pedagógicas Político<br>→articulação intersetorial (parceria com o setor da educação) e mobilização social Organizacional organização da agenda Financeiros para a aquisição de recursos audiovisuais, folhetos educativos, |
| Condições insatisfatórias do grupo atividade física   | <b>+Vida</b><br>-Implantar o Programa Academia da Saúde.  | Membros do grupo atividade física atingiram o IMC adequado. Melhoria das condições físicas dos idosos | -Diminuição de agravos causados pela hipertensão arterial; Melhoria da circulação periférica e resistência física;<br>-Diminuição da  | Cognitivo conhecimento sobre o tema e sobre estratégias de comunicação e pedagógicas Político → decisão de aumentar os recursos para estruturar o serviço  |

|  |  |  |  |   |
|--|--|--|--|---|
|  |  |  | obesidade;<br>-Divulgação do projeto recrutando mais participantes;<br>-Acompanhamento mensal da pressão arterial e IMC. | Organizacional<br>organização da agenda<br>Financeiros → para a aquisição de recursos audiovisuais, folhetos educativos |
|--|--|--|--|---|

➤ *Sétimo passo: identificação dos recursos críticos*

Neste passo foi selecionado recursos importantes para realização dos projetos e que não estão disponíveis. É necessário negociação para sua disponibilidade.

**Quadro 6 - Identificação dos recursos críticos**

| <b>Operação Projeto</b>                                 | <b>Recurso Crítico</b>  |
|---|---|
| <b><i>Linha de Cuidado</i></b>                          | Organizacional: adequação de fluxos (referência e contra e conta referências)   |
| <b>Cuidar Melhor</b>                                    | Político → decisão de aumentar os recursos para estruturar o serviço;<br>Financeiros → aumento da oferta de exames, consultas e medicamentos.   |
| <b>+ Saúde</b>  | Político → mobilização social e articulação Inter setorial com a rede de ensino e a rádio comunitária.<br>Financeiros para a aquisição de recursos audiovisuais, folhetos educativos, |
| <b>Aprender +</b>                                       | Político → articulação intersetorial (parceria com o setor da educação) e mobilização social<br>Financeiros para a aquisição de recursos audiovisuais, folhetos, educativos.          |
| <b>+Vida</b><br>Implantar o Programa Academia da Saúde. | Político → decisão de aumentar os recursos para estruturar os serviços.<br>Financeiros para a aquisição de recursos audiovisuais, folhetos, educativos.                               |

➤ **Oitavo passo: análise da viabilidade do plano**

Neste momento avalia-se a motivação de quem controla os recursos críticos necessários para realização das operações ou projetos. Entendemos por motivação o envolvimento ou não de quem controla o recurso para solução do problema (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

**Quadro - 7 Análise da viabilidade do plano, segundo o projeto, recursos críticos e seu controle, atores e ações/estratégicas.**

| Operação Projeto        | Recursos críticos   | Controle de recursos críticos   |                                       | Ações Estratégicas   |
|-------------------------|---|---|---------------------------------------|--|
|                         |   | Ator que controla   | Motivação                             |  |
| <b>Linha de Cuidado</b> | Organizacional adequação de fluxos (referência e contra referência)   | Secretária Municipal de Saúde   | Favorável                             | Plano de Cuidado de Prevenção para portadores idosos de hipertensão arterial |
| <b>Cuidar Melhor</b>    | Político → decisão de aumentar os recursos para estruturar o serviço;<br>Financeiros → aumento da oferta de exames, consultas e medicamentos  | Prefeita Municipal de Saúde<br>Secretária Municipal de Saúde<br>Fundo Nacional de Saúde | Favorável<br>Favorável<br>Indiferente | Apresentar o projeto e estruturação da rede                                  |
| <b>+Saúde</b>           | Político → mobilização social e articulação intersetorial com a rede de ensino e a rádio comunitária<br>Financeiros → para a aquisição de recursos audiovisuais, folhetos educativos. | Setor de comunicação social<br>Secretária de Saúde                                      | Favorável<br>Favorável                | Promover Educação e Saúde através do Grupo operativo de Hipertensos          |
| <b>Aprender +</b>       | Político → articulação intersetorial (parceria com o setor da educação) e mobilização social<br>Financeiros → para a aquisição de recursos audiovisuais, folhetos educativos.         | Secretaria de Educação<br>Secretaria de Saúde   | Favorável<br>Favorável                | Promover Educação e Saúde por meio do grupo operativo de hipertensos         |
| <b>+Vida</b>            | Político → decisão de aumentar os   | Secretária Municipal de   | Favorável                             | Implantar o Programa Academia  |

|  |  |       |  |                                       |
|--|--|-------|--|---------------------------------------|
|  | recursos para estruturar o serviço Financeiros→para a aquisição de recursos audiovisuais, folhetos educativos. | Saúde |  | da Saúde no Grupo de Atividade Física |
|--|--|-------|--|---------------------------------------|

O plano operativo propriamente dito descreve as operações que serão implantadas pela equipe, os resultados esperados, bem como os produtos e as ações, consta também o nome do profissional responsável pela execução das operações e o tempo previsto para o início e término das mesmas.

### Quadro 8 – Plano Operativo

| Operações               | Resultados  | Produtos  | Ações Estrat.   | Responsável.   | Prazo   |
|-------------------------|---|---|---|--|---|
| <b>Linha de Cuidado</b> | Cobertura de 90% da população com adoecimento por hipertensão arterial.   | Linha de cuidado para risco de adoecimento por hipertensão arterial; Criação de protocolos; Capacitação de Recursos humanos; Regulação implantada; Implantação gestão da linha de cuidado | Plano de Cuidado de Prevenção para portadores idosos de hipertensão arterial. | ESF Fantástico, Diretor Municipal de Saúde, Enfermeiro, Recepção | Início em 03 meses e finalização em 12 meses. |
| <b>Cuidar Melhor</b>    | Garantia de Medicamentos e exames previstos nos protocolos para 90% dos pacientes com adoecimento por hipertensão arterial. | -Capacitação de pessoal; - contratação de compra de exames e consultas especializadas; -compra de medicamentos  | Apresentar projeto de estruturação da rede                                    | ESF Fantástico   | Início em 04 meses e término em 12 meses      |
| <b>+ Saúde</b>          | -Diminuição de agravos causados pela hipertensão arterial; Melhoria da circulação periférica e                              | Programa de educação e saúde com o grupo operativo de hipertensos; Campanha educativa nas escolas e na rádio.   | Promover Educação e Saúde através do grupo operativo de Hipertenso            |  |   |

|                   |  |   |  |                              |  |
|-------------------|--|---|--|------------------------------|--|
|                   | <p>resistência física;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Diminuição da obesidade;</li> <li>-Divulgação do projeto recrutando mais participantes;</li> <li>-Acompanhamento mensal da pressão arterial e IMC.</li> </ul> |   | s.   |                              |  |
| <b>Aprender +</b> | <p>Grupo Operativo Mais informado sobre os riscos e agravos da Hipertensão Arterial.</p>   | <p>Avaliação do nível de informação do grupo operativo sobre os riscos e agravos da hipertensão arterial ;<br/>Distribuição de panfletos e tabelas de alimentação saudável;<br/>Capacitação da equipe multidisciplinar;<br/>Realizar reuniões mensalmente com o grupo operativo</p> | <p>Promover Educação E Saúde através do grupo operativo de Hipertensos</p> | <p>Equipe do PSF Mamonas</p> | <p>Início com 02 meses</p>   |
| <b>+Vida</b>      | <p>Membros de o grupo atividade física atingirem o IMC adequado.</p>   | <p>Diminuição de agravos causados pela hipertensão arterial;<br/>Melhoria na circulação periférica e resistência física;<br/>Diminuição da obesidade;<br/>Divulgação do projeto recrutando mais participantes;<br/>Acompanhamento mensal da pressão arterial e IMC</p>              | <p>Implantar o Programa Academia da Saúde no Grupo Atividade Física.</p>   |                              | <p>Início em 2014 (prazo que a Academia da Saúde Estará pronta</p> |

## **7 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A hipertensão arterial configura-se, no mundo contemporâneo, como uma das doenças com maior incidência, constituindo a principal causa de mortalidade e incapacitação em diversas nações do mundo. Observa-se que uma parcela significativa de adultos e idosos são acometidos por tal enfermidade.

Assim, no que se refere ao tema abordado, sua análise permitiu uma melhor identificação e uma compreensão mais ampla do fenômeno. Portanto, notou-se que os profissionais que atuam junto à clientela de hipertensos devem contribuir também para consolidação de informações e diagnóstico sobre a temática.

Nessa perspectiva, algumas estratégias foram criadas para incentivar a adesão ao tratamento de hipertensão arterial, uma delas seria conscientizar o paciente dos malefícios da hipertensão arterial, além dos riscos inerentes ao tratamento, suas peculiaridades e benefícios, fazendo assim, que o indivíduo se torne um elemento ativo no processo de tratar.

Portanto, conclui-se que o objetivo proposto para orientar esse trabalho foi alcançado com êxito, uma vez que, o estudo buscou realizar um diagnóstico sobre a temática proposta e a partir daí traçar uma metodologia para superação dos pontos críticos encontrados. Tal metodologia se expressou no Projeto de Intervenção onde foi apresentado os fatores de risco e os meios para diminuir os riscos para a população local. Espera-se com a implantação deste projeto de intervenção ocorra a estabilização da hipertensão arterial no idoso e melhoria no atendimento prestado a esta clientela.

## REFERÊNCIAS

ARAÚJO, T. L. et al. Reflexo da hipertensão arterial no sistema familiar. **Revista da Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo**, v.8, n.2 (Supl. A): p.1-6, 1998.

ARAÚJO, K.G. **Plano de intervenção para aumentar a adesão ao tratamento da hipertensão arterial do idoso no PSF de Jerônimo- Município de Teófilo Otoni- MG** 2010. Trabalho de Conclusão do Curso de Especialização em Estratégia Saúde da Família- Nescon, UFMG, 2010..

\_\_\_\_\_. **Hipertensão Arterial Sistêmica para o Sistema Nacional de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

\_\_\_\_\_. **Sistema de Informação da Atenção Básica – Cadastramento Familiar**. 2013. Acesso em 11 maio 2014. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?siab/cnv/SIABFbr.def>.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadernos de Atenção Básica. Acolhimento a demanda espontânea. Queixas mais comuns na Atenção Básica**. Volume II. Brasília, 2012..

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de Informação sobre Orçamentos Públicos em Saúde**. Demonstrativos Financeiros da Saúde. Disponível em [http://siops.datasus.gov.br/rel\\_LRF](http://siops.datasus.gov.br/rel_LRF). Php. Acesso em 28 de dezembro de 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de Informação da Atenção Básica - SIAB**, 2013.

CAMPOS, F. C. C.; FARIA, H. P.; SANTOS, M. A. **Planejamento e avaliação das ações de saúde**. NESCON/UFMG - Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010. 110p.

FERREIRA FILHO, C. Hipertensão arterial sistêmica. **Revista Moreira Jr**. São Paulo, v. 68, n.7, julho/agosto. 2011.

IBGE. População. Disponível em [http://cidades](http://cidades.ibge.gov.br) .ibge.gov.br. Acesso em 28 de dezembro de 2010. .

MENDES, Eugênio Vilaça. **As redes de atenção à saúde**. Organização Pan-Americana da Saúde. Brasília, 2011.

MENDES, R.; THEMUDO BARATA J. L., Envelhecimento e pressão arterial, **Acta Med Port**. 2008; 21(2):193-198

MINAS GERAIS. **Cadastro dos Conselhos de Saúde do Estado de Minas Gerais**. Conselho Estadual de Saúde de Minas Gerais. Disponível em <http://cadces.saude.mg.gov.br/>. Acesso em 28 de dezembro de 2013.

MINAS GERAIS. **DELIBERAÇÃO CIB-SUS/MG Nº 1.426, DE 17 DE ABRIL DE 2013.** Aprova o Edital de convocação para adesão ao Projeto de Fortalecimento da Vigilância em Saúde e dá outras providências. Disponível em: [saude.mg.gov.br/index.php?Option=commgmg&controller=document&id=10075-deliberacao-cib-sus-mg-n-1-426-de-17-de-abril-de-2013](http://saude.mg.gov.br/index.php?Option=commgmg&controller=document&id=10075-deliberacao-cib-sus-mg-n-1-426-de-17-de-abril-de-2013). Acesso em 28 de dezembro de 2013.

MORESI, E. **Metodologia de pesquisa.** Brasília: Universidade Católica de Brasília, 2003.

NOBRE, F.; LIMA, N. K. da C.. Hipertensão Arterial: Conceito, Classificação e Critérios Diagnósticos. In: LIMA, N. **Manual de Cardiologia**, SOCESP, cap. 70, p. 303. Atheneu, 2000.

PIRES, O. R. M.; BUENO, S. M. V. Freire e formação do sistema único de saúde: o enfermeiro, o médico e o odontólogo. **Acta Paul Enferm**, 2009.

SILVA, J.L.L.; SOUZA, S.L. Fatores de Risco para Hipertensão Arterial Sistêmica versus estilo de vida docente. **Revista Electronica de Enfermagem**.Goiás, v.6, n.3, 2004.

UNGER T, PARATI G. Acute stress and long -lasting blood pressure elevation: a possible cause of established hypertension **Hypertens**, 2005.

ZAITUNE M.P.A.; BARROS M.B.A.; CESAR C.L.G.; CARANDIN A.L.; GOLDBAU M. M. Hipertensão arterial em idosos: prevalência, fatores associados, e prática de controle no município de campinas, São Paulo, Brasil. **CAD Saúde Pública**. 2006.