

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULOMINEIRO  
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

**LUCILENE GOMES FERREIRA LIMA**

**O CONTROLE HUMANIZADO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL  
SISTÊMICA EM IDOSOS ATENDIDOS PELA EQUIPE DE  
ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA SAGRADA FAMÍLIA II, DO  
MUNICÍPIO DE SÃO FRANCISCO**

**MONTES CLAROS/ MINAS GERAIS**

**2018**

**LUCILENE GOMES FERREIRA LIMA**

**O CONTROLE HUMANIZADO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL  
SISTÊMICA EM IDOSOS ATENDIDOS PELA EQUIPE DE  
ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA SAGRADA FAMÍLIA II,  
DO MUNICÍPIO DE SÃO FRANCISCO**

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

Orientadora: Professora Michelle Alexandra Gomes Alves

**MONTES CLAROS/ MINAS GERAIS**

**2018**

**LUCILENE GOMES FERREIRA LIMA**

**O CONTROLE HUMANIZADO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL  
SISTÊMICA EM IDOSOS ATENDIDOS PELA EQUIPE DE  
ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA SAGRADA FAMÍLIA II,  
DO MUNICÍPIO DE SÃO FRANCISCO**

**Banca examinadora**

Profa. Ms. Michelle Alexandra Gomes Alves - orientadora

Profa. Dra. Matilde Meire Miranda Cadete- UFMG

Aprovado em Belo Horizonte, 06 de fevereiro de 2018.

## **DEDICATÓRIA**

Dedico este trabalho a todos que fazem parte do meu dia a dia.

Aos que de uma forma ou outra estão presentes e me auxiliam em minha prática profissional e satisfação pessoal.

Agradeço ao curso de pós graduação por me mostrar uma visão ampla e diferente da população que faz parte de minha área de trabalho, tornando-me um profissional e ser humano melhor. Ampliando horizontes para possibilidades que ajudam e muito na atenção básica e primária das famílias do SagradaFamília II.

Dedico a todos que fazem parte de minha equipe pelo empenho, dedicação, disposição e pela constante busca de aprimoramento com o intuito de atender da melhor forma possível o público que está em nossa responsabilidade.

## AGRADECIMENTOS

A princípio agradeço a Deus pela oportunidade de trabalharem um ambiente com muitas dificuldades, mas satisfatório, pois, sem a permissão Dele, nada disso seria possível.

Agradeço à população que constitui o SagradaFamília II pelo afeto a mim demonstrado, ao respeito recíproco, a constante troca de aprendizagem e disposição as mudanças tão necessárias para uma melhor qualidade de vida.

A minha equipe que faz um trabalho com poucos recursos,mas, de dedicação e amor, preocupando individualmente mesmo tendo um público em grande quantidade.

Aos meus familiares que me apoiam de forma incondicional, que abrem mão de minha companhia compreendendo a importância da busca diária por conhecimento que fazem a diferença na população assistida por nossa equipe.

À equipe que estou inserida que é ímpar e de fundamental importância para estreitar o relacionamento médico – paciente, tornando mais fácil a busca por mudanças e soluções primordiais no cotidiano da população sob nossos cuidados.

## RESUMO

A adesão ao tratamento da Hipertensão Arterial Sistêmica se revela como um desafio aos profissionais de saúde, visto que é a morbidade mais comum entre a população idosa. Nesse sentido, o objetivo deste trabalho é apresentar um projeto de intervenção para implantação de medidas alternativas para o controle humanizado de Hipertensão Arterial Sistêmica em idosos atendidos pela equipe Estratégia de Saúde da Família Sagrada Família II, em São Francisco, Minas Gerais. Sobre a metodologia, utilizou-se da estimativa rápida para definição do tema, ademais, realizou-se revisão de literatura nas bases de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências (LILACS) e Scientific Electronic Library Online (SciELO), selecionando artigos com os seguintes descritores: Hipertensão Arterial Sistêmica, idosos, tratamento. Em relação ao projeto de intervenção, objetivou-se firmá-lo através de abordagem do controle humanizado da Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) nos idosos. Para sua construção, utilizou-se os 10 passos que compõem o plano de ação. Acredita-se que esse estudo aumentará o controle da HAS e de suas complicações na comunidade Sagrada Família II, no município de São Francisco, em Minas Gerais, através de ações de prevenção e promoção de saúde.

Palavras-chave: Hipertensão. Idosos. Tratamento.

## **ABSTRACT**

Adherence to the treatment of Systemic Arterial Hypertension is a challenge for health professionals, since it is a more common morbidity among an elderly population. In this sense, the objective of this work is an intervention project to implement alternative measures for the humanized control of Systemic Arterial Hypertension in the elderly served by the Health Strategy team of the Sagrada Família II Family, São Francisco, Minas Gerais. On a methodology, it was used the quick estimate for the definition of the subject, in addition, to carry out a review of the literature in the Latin American and Caribbean Literature in Sciences (LILACS) and Electronic Electronic Library Online (SciELO) databases, selecting articles Terms and Conditions: Systemic Arterial Hypertension, elderly, treatment. Concerning the intervention project, it was aimed to firm it through the humanized control approach of Systemic Arterial Hypertension (SAH) in the elderly. For your construction, use the 10 steps that make up the action plan. It is believed that this study will increase the control of SAH and its complications in the Sagrada Família II community, in the city of São Francisco, in Minas Gerais, through actions of prevention and health promotion.

Key-words: Hypertension. Aged. Treatment .

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APS	Atenção Primária a Saúde
CISNORTE	Consórcio Intermunicipal de Saúde do Norte de Minas
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde do Brasil
DCV	Doença Cardiovascular
DM	Diabetes Melittus
ESF	Estratégia Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
Km	Quilômetro
LILACS	Índice da Literatura Científica e Técnica da América Latina e Caribe
PA	Pressão Arterial
Rx	Radiografia
SciELO	Scientific Electronic Library Online
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
USG	Ultrassonografia



## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

- Quadro 1 Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à equipe de Saúde Sagrada Família, Unidade Básica de Saúde Sagrada Família II, município de São Francisco, estado de Minas Gerais 14
- Quadro 2 Operações sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema “Hipertensão em idosos”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Sagrada Família II, do município de São Francisco, estado de Minas Gerais. 33
- Quadro 3 Operações sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema “Hipertensão em idosos”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Sagrada Família II, do município de São Francisco, estado de Minas Gerais. 34
- Quadro 4 Gestão do plano da Estratégia Saúde da Família Sagrada Família, São Francisco, Minas Gerais. 35

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b>	11
1.1 Breves informações sobre o município de São Francisco – Minas Gerais	11
1.2 O sistema municipal de saúde	11
1.3 A Equipe de Saúde da Família Sagrada Família, seu território e sua população	13
1.4 Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade	14
1.5 Priorização dos problemas	14
<b>2 JUSTIFICATIVA</b>	17
<b>3 OBJETIVOS</b>	19
3.1 Objetivo geral	19
3.2 Objetivos específicos	19
<b>4 METODOLOGIA</b>	20
<b>5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA</b>	22
5.1 Estratégia Saúde da Família e o controle da Hipertensão Arterial Sistêmica	22
5.2 População idosa e a Hipertensão Arterial Sistêmica	24
5.3 Prevenção da Hipertensão Arterial Sistêmica	26
5.4 Fatores de risco para Hipertensão Arterial Sistêmica	28
<b>6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO</b>	30
6.1 Descrição do problema selecionado	30
6.2 Explicação do problema	31
6.3 Seleção dos nós críticos	32
6.4 Desenho das operações	32
6.5 Gestão do plano	35
<b>7 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	37
<b>REFERÊNCIAS</b>	38

## 1 INTRODUÇÃO

### 1.1 Breves informações sobre o município de São Francisco – Minas Gerais

Conforme Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística- IBGE (BRASIL, 2018), São Francisco tem população estimada de 56.805 habitantes. A área da unidade territorial foi estabelecida em 2016 sendo de 3308100 km<sup>2</sup>. Em relação à densidade demográfica, foi estipulada em 2010, foi de 16, 27 habitantes por km<sup>2</sup>.

Conforme o Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) (BRASIL, 2017), o abastecimento de água é realizado principalmente pela rede geral, sendo que no senso de 2000, a fossa rudimentar prevalecia sobre a rede tratada de esgoto.

Consoante ao Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (BRASIL, 2018), no fim do século XIX, São Francisco era formada por pescadores e as famílias ribeirinhas sobreviviam da pesca. Ademais, os produtos eram revendidos por tropeiros nas cidades vizinhas, vilas e arraiais. As casas eram de barro, os telhados de capim, semelhante às residências indígenas. A localidade foi eleita a vila em 1931 e em 1877 foi considerada cidade e eleita com a designação: São Francisco.

Segundo a Prefeitura Municipal de São Francisco (SÃO FRANCISCO, 2017) a economia do município consiste na agropecuária, piscicultura e, está em andamento a extração de gás natural na margem do Rio São Francisco, além do comércio entre comerciantes e serviços.

### 1.2 O sistema municipal de saúde

O sistema de saúde municipal de São Francisco é composto por:

- **Atenção primária:** 15 Unidades de Saúde da Rede Municipal.
- **Atenção Especializada:** Ortopedia, Pediatria, Ginecologia, Cirurgia.
- **Atenção de Urgência e Emergência:** um Pronto Socorro.
- **Atenção Hospitalar:** um Hospital municipal.
- **Apoio Diagnóstico:** Laboratório, RX (Radiografia), USG (Ultrassonografia).
- **Assistência Farmacêutica:** uma Farmácia municipal.

- **Vigilância da Saúde:** Conta com este serviço.
- **Relação dos Pontos de Atenção:** Primária e Secundária.
- **Relação com Outros Municípios:** Referência a Brasília de Minas e Montes Claros.
- **Consórcio de Saúde:** Consórcio Intermunicipal de Saúde do Norte de Minas (CISNORTE)
- **Modelo de Atenção:** Saúde da Família.

As unidades de atenção primária são fundamentais na realização dos atendimentos direcionados à comunidade, na medida em que ela reduz a lotação do Hospital Municipal. Há apenas um Pronto Socorro na cidade, assim, é comum não haver leitos, há falta de medicações e o não comprometimento do hospital com o pagamento de funcionários, excepcionalmente, médicos.

A Farmácia municipal conta com medicação, principalmente analgésica, e medicações para diabéticos e hipertensos, apenas nos 10 primeiros dias do mês, na medida em que, após esse prazo, normalmente, as medicações já acabaram. Isso gera muito transtorno à população, principalmente aos pacientes que não dispõem de recursos financeiros para a continuidade do tratamento.

A Vigilância em Saúde é realizada tanto pela Estratégia de Saúde da Família(ESF), quanto pela Vigilância Sanitária e funciona bem na cidade. Uma das principais relações intermunicipais se faz com a cidade de Montes Claros, onde há atenção terciária. Desse modo, transplantes, tratamento oncológico e diversas cirurgias eletivas são referenciadas para esse município.

O Consórcio Intermunicipal de Saúde possibilitou um maior acesso dos cidadãos aos variados níveis de atendimento, proporcionando o princípio da universalidade do SUS(Sistema Único de Saúde), isto é, a saúde como direito de todos.

### **1.3 A Equipe de Saúde da Família Sagrada Família, seu território e sua população**

A Estratégia de Saúde da Família Sagrada Família foi inaugurada há 5 anos e os atendimentos são realizados de segunda a sexta-feira, das 8 às 17 horas.

A equipe é composta por um médico, um enfermeiro, um técnico de enfermagem e seis agentes comunitários que realizam a cobertura das seis microáreas compostas pelas 624 famílias.

A ESF se localiza em uma casa alugada, a construção é antiga. Há uma sala de recepção, três consultórios, dois banheiros, sala de vacina e farmácia básica. Além disso, há a cozinha, local frequente de reuniões dos membros da equipe. O quintal permite a realização de grupos operativos pela manhã, na medida em que não é coberto e há sombra apenas nesse período.

A população tem boa relação com a equipe. Tenta-se realizar melhor trabalho possível com objetivo de manter boa relação entre equipe de saúde e paciente. Há solicitação da comunidade para extensão dos atendimentos. Eles querem que haja atendimentos aos sábados pela manhã. O tempo da Unidade é voltado basicamente para atendimentos, entretanto, não se deixa de lado as atividades educativas em saúde.

A maioria dos adultos da comunidade tem ensino fundamental incompleto. A baixa escolaridade reflete nos indicadores de saúde da população e, às vezes, é um fator que dificulta no atendimento acerca de ações educativas realizadas na ESF, como, por exemplo, a influência de alimentos industrializados no surgimento de doenças crônicas.

As queixas principais da comunidade variam. As mulheres, em sua maioria, relatam dores crônicas, os homens referem a afecções abdominais, não obstante, a doença mais prevalente da comunidade é a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS).

O relacionamento da equipe de saúde é saudável. Isso só é possível porque todas as semanas realizam-se reuniões em que se discute o que necessita ser melhorado na equipe, as ações e os planejamentos. A comunidade tem respeito e afeto pelos profissionais, além de tê-los como referência em saúde.

Quanto ao território, pode-se afirmar que possui 3015 habitantes distribuídos em seis microáreas, contando com 624 famílias. Na comunidade, há três lanchonetes, um bar, um restaurante, um mercado, duas padarias, uma loja de ferramentas, duas praças e uma sorveteria. Uma das praças possui a academia ao ar livre. Não obstante, a não supervisão das atividades nessas academias tem gerado lesões em articulações e dores musculares, sobretudo em idosos.

#### 1.4. Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade

Os principais problemas de saúde apresentados pela população local podem resumir-se em: hipertensão arterial entre idosos (154 pessoas), diabetes (213 pessoas), gravidez precoce (15 pessoas), tabagismo (234 pessoas).

A comunidade também exibe outros fatores sociais que interferem direta ou indiretamente na qualidade de vida e saúde da população. Podemos citar como exemplos, as famílias numerosas, baixa renda e o desemprego.

As famílias têm uma média de seis integrantes e verificou-se que, na maioria dos lares, os idosos são provedores da casa.

A renda familiar é em média de um salário mínimo e meio e a taxa de desemprego aumentou em 2017 chegando até 12%.

A baixa renda reflete muito no grau de discernimento e instrução dos habitantes da comunidade, uma vez que ela se relaciona com as comorbidades vistas na população, principalmente Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), Diabetes Mellitus e sobrepeso.

#### 1.5 Priorização dos problemas

Quadro 1- Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à equipe de Saúde Sagrada Família, Unidade Básica de Saúde Sagrada Família II, município de São Francisco, estado de Minas Gerais.

Principais problemas	Importância*	Urgência**	Capacidade de enfrentamento***	Seleção
Hipertensão Arterial Sistêmica entre idosos	Alta	7	Parcial	1
Diabetes Mellitus	Alta	6	Parcial	2
Gravidez precoce	Alta	5	Parcial	3
Tabagismo	Alta	4	Parcial	4
Desemprego	Média	4	Fora	5
Famílias numerosas e de baixa renda	Média	4	Fora	6

Fonte: Autoria própria

\*Alta, média ou baixa.

\*\*Total dos pontos distribuídos até o máximo de 30.

\*\*\*Total, parcial ou fora.

Sobre a alta quantidade de idosos com HAS (154 pessoas), ocorre principalmente naqueles que não possuem bons hábitos de vida, isto é, não realizam atividades físicas e não tem dieta regular. A importância é alta, porque causa grandes prejuízos à saúde do paciente, a

urgência é 7, porque há grandes sequelas e a capacidade de enfrentamento é parcial, porque não cabe apenas à unidade a responsabilidade desse problema, mas também ao paciente.

Em relação a Diabetes Mellitus, assim como na HAS, ocorre principalmente em pessoas sedentárias, que não possuem dieta restrita, mas sim hipercalórica, rica em carboidratos simples, com sobrepeso ou obesas. A importância é alta, já que gera consequências a curto e longo prazo para a saúde, a urgência é 6 por se tratar de um problema que se relaciona com outras doenças e a capacidade de enfrentamento é parcial, porque não depende apenas da equipe, mas envolve o paciente, sua família, suas relações pessoais e a administração pública.

A gravidez precoce é questão que causa grandes impactos na vida do adolescente. Na unidade, é comum atender jovens em situação de risco, com companheiros abusadores, vítimas de agressão doméstica, não aceitação da família e companheiro. E a situação torna-se crítica quando, desamparadas, realizam aborto e colocam a vida em risco.

Assim, a importância é alta, pois gera problemas não apenas à paciente, mas ao feto e a família da mesma, a urgência é 5, porque põe em risco a vida da paciente e a capacidade de enfrentamento é parcial porque apenas com palestras de educação sexual em escolas não conseguimos ter o controle da prevalência.

O tabagismo é um dos mais difíceis vícios de controle na unidade. Ocorre principalmente em homens de meia idade e tem aumentado em jovens. Assim, a importância é alta, porque o cigarro é fator de risco para várias doenças, como as doenças cardiovasculares, impotência sexual e o câncer, por exemplo. A urgência é 4, já que se relaciona com outras doenças. A capacidade de enfrentamento é parcial porque apenas a minoria dos pacientes realiza tratamento.

O desemprego é situação que desestabiliza a família. O problema é mais grave quando há paciente dependente da família, portador de doença crônica. A importância é média, porque indiretamente pode causar prejuízos à saúde do paciente, a urgência é 4, já que deixa relações instáveis e a capacidade de enfrentamento é fora, porque é um problema de ordem social que depende de políticas públicas e intervenções governamentais que propiciem mais investimentos em setores de base para proporcionarem mais oportunidades de acesso e inserção ao mercado formal de trabalho.

Famílias numerosas e de baixa renda é um problema, já que afeta nutrição, isto é, crescimento e desenvolvimento da criança. Ademais, dissemina com maior facilidade surto de

doenças infecciosas, como gastroenterite e viroses. A importância é média, porque indiretamente gera transtornos ao paciente, já que é fator de risco para desnutrição, baixa estatura, anemia e outros problemas, a urgência é 4, já que afeta crescimento e desenvolvimento infantil e a capacidade de enfrentamento é fora, porque existem outros programas sociais que desenvolvem trabalhos de planejamento familiar com a população de baixa renda, ficando nossa ação, no serviço público de saúde, restrita aos impactos dessa realidade social na saúde dos integrantes da família.

Considera-se de grande importância a construção de intervenções para abordagem dos graves problemas elencados anteriormente, porém, diante do objetivo do trabalho apresentado, será abordada apenas a Hipertensão Arterial Sistêmica entre os idosos moradores de São Francisco e pertencentes a ESF Sagrada Família II.



## 2 JUSTIFICATIVA

Zaitune *et al.* (2006) analisam que a HAS já é realidade de mais de 20 % dos jovens brasileiros. Ela é fator de risco para várias doenças cerebrovasculares e responde também por aposentadorias por invalidez gerando custos milionários para o sistema de saúde.

Miranda *et al.* (2002) consideram que as alterações decorrentes do envelhecimento predis põem o idoso a desenvolver HAS e isso confirma a prevalência dessa patologia como a principal nesse grupo. Ademais, há relação da HAS com doenças cardiovasculares comprovadas por estudos. Assim, a HAS é o principal fator de risco modificável de doenças cardiovasculares. Além disso, como principal alteração decorrente da senilidade destaca-se as disfunções nas propriedades vasculares da aorta.

Destaca-se, também, a relação do nível de atividade física com a ocorrência da HAS. Sabe-se que não apenas a dieta hipossódica, redução do etilismo e cessação do tabagismo tem papel no controle da pressão arterial, mas também o exercício físico regular. Assim, Rosa *et al.* (2013) realizaram estudo sobre a atividade física em idosos hipertensos, relacionando com idade e comorbidades e obteve o resultado de que há redução de nível de atividade física com a idade e há estreita relação de atividades físicas com comorbidades.

A HAS é uma doença crônica, com longo curso assintomático, sem consequência imediata da suspensão do tratamento, que exige mudanças no estilo de vida e uso diário de medicamentos. Somam-se a isso a alta frequência de co-morbidades, a conseqüente polifarmácia e o maior risco de interações medicamentosas e efeitos adversos na população geriátrica (MIRANDA *et al.*, 2002, p. 296).

Dessa forma, verifica-se como o aprofundamento nesse tema será vantajoso para a Unidade, já que a HAS em idosos é problema que se relaciona com risco cardiovascular e é fator de risco para várias doenças gerando sequelas, reduzindo qualidade de vida dos pacientes e onerando os serviços de saúde.

Percebe-se na ESF Sagrada Família a necessidade de agir em relação à Hipertensão Arterial Sistêmica na população idosa. Entende-se que essa ação só será possível a partir de projeto de intervenção bem estruturado e programado para atender pacientes de forma individualizada. O atendimento individualizado e integrado, isto é, estendido a família, possibilita maior confiança e adesão ao tratamento e proporciona o alcance das metas.

### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 Objetivo geral**

Apresentar projeto de intervenção para implantação de medidas alternativas para o controle humanizado de Hipertensão Arterial Sistêmica em idosos atendidos pela equipe Estratégia de Saúde da Família Sagrada Família II, em São Francisco, Minas Gerais.

#### **3.2 Objetivos específicos**

1. Apresentar as estratégias utilizadas atualmente pela equipe Estratégia de Saúde da Família Sagrada Família II, em São Francisco, para o controle da hipertensão arterial em população idosa;
2. Realizar revisão de literatura acerca da atuação da Estratégia de Saúde da Família no controle da Hipertensão Arterial Sistêmica, com foco nas medidas eficazes utilizadas para o tratamento;
3. Propor medidas alternativas para o controle humanizado de hipertensão arterial em população idosa atendida pela equipe Estratégia de Saúde da Família Sagrada Família II, no município de São Francisco, Minas Gerais.

## 4 METODOLOGIA

Para se definir o principal problema da população e dar título a este trabalho, utilizou-se o diagnóstico situacional que foi realizado a partir da Estimativa Rápida que levanta dados de forma rápida, barata e o principal, tem grande relevância. Destarte, definiu-se como maior problema a Hipertensão Arterial Sistêmica na população idosa.

A fim de entender o problema, realizou-se revisão de literatura. Buscou-se compreender a relação da HAS com a ESF, isto é, suas formas de atuação, que, ainda hoje, é bastante limitada. Ademais, como o foco principal do Projeto é a reabilitação e tratamento, buscou-se também seus pontos-chaves, isto é, alimentação, atividade física e perda de peso.

As referências mais antigas são de 1997. Fez-se revisão da literatura nas bases de dados: Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), através dos seguintes descritores: Hipertensão Arterial Sistêmica, idosos, tratamento.

Sobre o projeto de intervenção, foi programado com objetivo de alcançar a mudança dos indicadores de saúde dos idosos da comunidade. As principais ações estão relacionadas com o processo de reabilitação do paciente, isto é, mudança de hábitos, possibilitando alimentação adequada e a prática de atividades físicas.

A fim de se realizar a elaboração da proposta de intervenção, utilizaram-se os 10 passos que compõem o plano de ação, conforme Campos, Faria e Santos (2010). Assim, começou-se pela definição dos problemas, possibilitado pela estimativa rápida. Após isso, determinou-se a priorização dos problemas, em que se fez uma avaliação do problema em relação à urgência e capacidade de enfrentamento pela equipe. Outrossim, descreveu-se o problema selecionado, isto, seus fatores condicionados.

O próximo passo foi a explicação do problema, que possibilitou identificar os fatores causadores. Na seleção dos nós críticos, descreveu-se as causas mais importantes a serem enfrentadas. No desenho das operações, foi possível visualizar o projeto, já que se descreveu as operações, identificou-se os produtos e resultados, além dos recursos necessários para viabilização das operações. Além disso, analisou-se a viabilidade de execução do plano. Com isso, elaborou-se o plano operativo. Por último, explanou-se o modelo de gestão do plano de ação e assim concluiu-se o projeto.

## 5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Entende-se como controle humanizado da HAS, a adesão do paciente ao tratamento, a visão da equipe sobre o paciente como ser biopsicossocial e a relação dos profissionais com a família do usuário. Assim, para um controle humanizado, a equipe deve trabalhar juntamente. Todos devem ter noção de aspectos básicos da doença, como formas de prevenção, fatores de risco, benefícios do tratamento e, desta forma, a partir da capacitação, todos os profissionais da equipe estarão aptos para realizarem o objetivo principal desse trabalho: melhorar a qualidade de vida e os indicadores de saúde da comunidade estudada.

Em relação à adesão do paciente ao tratamento, ela só é possível através de uma boa relação equipe-paciente. A consulta não deve se basear apenas em um atendimento em que se estratifica o paciente e renova receitas. Neste momento, deve-se renovar os cuidados do paciente, realizar a educação em saúde, expor para o paciente o problema, as sequelas, os efeitos colaterais da medicação, a importância do controle no aumento de sua sobrevivência.

A equipe deve ver o paciente, levando em conta seus aspectos biopsicossociais, isto é, respeitando suas crenças, seus costumes, cultura, medos, anseios, sua visão sobre o adoecer, a confiança depositada na ESF, pois só dessa forma ele confiará e respeitará o trabalho dos profissionais.

A relação da equipe com a família deve ser considerada, na medida em que o atendimento integral se estende aos familiares. Ademais, o apoio dos entes é fundamental para a mudança de estilo de vida do paciente e, ainda mais, para a adesão ao tratamento. Assim, deve ser tratada com cautela.

### 5.1 Estratégia Saúde da Família e o controle da Hipertensão Arterial Sistêmica

Na Estratégia de Saúde da Família Sagrada Família II, em São Francisco, há 154 hipertensos. A equipe encontra dificuldades para manter o controle da HAS nessa classe. Nossa realidade é a compartilhada por diversos autores que serão mencionados ao longo do texto.

Pesquisa realizada por Manfroi e Oliveira (2006) constataram as dificuldades que a atenção primária possui em realizar o tratamento da HAS em seu território. Assim, elencaram fatores que contribuem com esse quadro. Os autores retrataram que muitos não conheciam o significado da doença, apesar de serem cientes em relação à necessidade de tratamento. Outro

fator que consideraram crucial é sobre a ausência de sintomas que um paciente hipertenso apresenta. Por se tratar de doença silenciosa, os pacientes têm maior predisposição as complicações quando não recebem tratamento inicial. Destacam também que alguns pacientes, quando alcançam níveis pressóricos favoráveis, abandonam o tratamento por acharem que alcançaram a cura. Outro fator que dificulta o controle é a dieta inadequada, rica em sal e lipídio, além de hábitos como tabagismo e etilismo.

É comum o aparecimento de sequelas, o abandono do tratamento quando a pressão normaliza devido ao tratamento medicamentoso e a ESF tem papel importantíssimo nesse processo, pois é responsável pela população adscrita e deve construir estratégias para favorecer a prevenção e a promoção de saúde.

Malfatti e Assunção (2011) consideram que o controle de doenças crônicas como a Diabetes Mellitus (DM) e a HAS devem ser feitos inicialmente na atenção primária. Assim, a ESF tem grande responsabilidade nisso, já que, conforme os autores, é ela quem levanta os dados sobre a população adscrita, realiza ações promotoras e preventivas, além do tratamento. Assim, a atenção primária tem como metas o diagnóstico precoce da HAS e manter a continuidade do tratamento dos doentes, com objetivo de reduzir a mortalidade e as doenças relacionadas a essa patologia.

A ESF Sagrada Família tenta realizar ações protetivas e preventivas relacionadas ao controle da HAS. Não obstante, elas são ineficazes. Como fatores que interferem na eficácia desse processo pode-se apontar: a falta de conhecimento dos profissionais da equipe sobre o processo saúde-doença relacionado à HAS, a falta de conhecimento das pessoas sobre a importância na mudança dos hábitos de vida no controle e prevenção da doença, a desistência dos pacientes sobre o tratamento, seja por efeitos colaterais do tratamento, seja pelo não entendimento sobre a “cura” da doença.

A HAS é um dos principais focos da Atenção Primária à Saúde (APS), segundo relato de Machado *et al.* (2016). Assim, a realização de ações educativas se tornam meios que a APS encontra para promover a saúde e influenciar os clientes a melhorarem sua qualidade de vida com mudanças dietéticas e atividades físicas que tem fator essencial na redução do risco cardiovascular, com alcance das metas pressóricas, redução peso corporal e da circunferência da cintura, melhora do perfil lipídico e da glicose sanguínea, mudanças favoráveis no consumo alimentar habitual e aumento do conhecimento sobre o processo saúde-doença-cuidado.

A ESF procura sempre manter bom vínculo com a comunidade, na medida em que se entende que quanto maior a proximidade da equipe com os habitantes, melhor será a relação equipe-paciente, alcançando, dessa forma, os indicadores de saúde que se almeja.

Malfatti e Assunção (2011) ainda apontam que os pontos-chaves do bom controle da HAS estão no diagnóstico precoce e estabelecimento do vínculo entre a unidade de saúde e a comunidade, já que a ação integral da ESF possibilita o controle dos agravos na ausência ou presença de tratamento, além de reduzir as complicações de doenças de base. Os autores discutem que, o acompanhamento desses pacientes deve ser integral, feito por equipe multidisciplinar na unidade ou em casa. Assim, o atendimento se estenderia a família, visando a boa relação com a equipe e família, além do comprometimento das duas partes.

## **5.2 População idosa e Hipertensão Arterial Sistêmica**

O idoso com HAS da área adscrita é atendido a fim de restabelecer seus níveis pressóricos e reduzir seu risco cardiovascular. Como a doença é, normalmente, assintomática, com poucas manifestações como cefaleia, náuseas e palpitação, o idoso e sua família demoram a procurar a ESF para iniciar o tratamento. Uma das principais preocupações da equipe é com as polipatogênias do idoso, o que interfere no tratamento, isto é, na escolha da medicação. Como normalmente o idoso consome outras medicações, é necessário estar atento as interações medicamentosas, que podem gerar risco de quedas, incontinência urinária, resultando em iatrogenia.

Miranda *et al.* (2002) argumentam que com o aumento da longevidade, houve maior incidência e prevalência das doenças cardiovasculares. Há necessidade de controlar os níveis pressóricos em idosos a fim de se reduzir o risco cardiovascular. Os autores consideram ainda que a HAS é uma doença normalmente de curso assintomático, que urge por mudanças de estilo de vida e uso de medicação. O idoso, geralmente, apresenta polipatogênias e polifarmácia o que gera maior risco a ocorrência de HAS nessa população.

A aterosclerose é condição adquirida com a senilidade, porém, na ESF os profissionais não têm conhecimento sobre as alterações fisiológicas advindas da idade avançada. Acreditam que tudo é “da idade”, nem sempre compreendem que há alterações que podem ser revertidas ou prevenidas com dieta e exercício físico, por exemplo, as doenças cardiovasculares que são alterações advindas da aterosclerose.

A HAS é uma das doenças mais comuns em idosos, afirma JOBIM (2008). Refere que a senilidade gera elevação contínua da pressão arterial sistólica. Isso se deve a redução da elasticidade dos vasos. Assim, é necessário que a equipe de saúde tenha conhecimento sobre a patologia, isso é, a fisiopatologia, formas de prevenção, tratamento, já que é uma doença decorrente de diversos fatores e assim exige abordagens individuais não apenas do médico, mas de toda equipe de saúde.

Dentre as principais causas de óbito dos idosos da comunidade de São Francisco encontram-se as complicações decorrentes das principais doenças crônicas, Diabetes Mellitus e a HAS, que resultam em acidente vascular encefálico, infarto agudo do miocárdio, dentre outras comorbidades.

A longevidade é realidade demográfica da modernidade. Há mais de meio milhão de idosos no planeta, mais da metade em países em desenvolvimento. Esse processo demográfico, conforme autor, influencia na epidemiologia das doenças, sobretudo na classe longeva, isto é, entre idosos, sendo as doenças cardiovasculares as principais causas de óbito em idosos (ESPERANDIO, 2013).

Consoante a Jobim (2008), a origem da HAS é ocasionada pelos seguintes fatores: redução da complacência da aorta, pelo volume sistólico do ventrículo esquerdo e velocidade de ejeção do ventrículo esquerdo. O autor considera que a aorta, com o passar dos anos, desenvolve aterosclerose, tornando-se rígida e reduzindo capacidade volumétrica. Ademais, o idoso apresenta redução da frequência cardíaca, da contração do miocárdio, da complacência arterial e elevação da pós-carga. Isso gera redução do débito cardíaco, da fração de ejeção ventricular e da capacidade máxima de trabalho do ventrículo esquerdo. Ainda referem que devido ao idoso ter maior probabilidade de desenvolver evento cardiovascular, ele tem maior risco real de óbito.

A população idosa da comunidade é bem considerável, chegando a um terço do grupo populacional. Não obstante, assim como o cenário nacional, a unidade não se encontra preparada para atender essas pessoas de forma integral, já que há desconhecimento de profissionais sobre a doença, formas de prevenção e fatores de risco, o que dificulta a educação em saúde por parte da unidade. Desse modo, percebe-se o quanto um projeto de intervenção bem programado pode resultar em melhorias na saúde da comunidade.

Mendes *et al.* (2005) afirmam que em países subdesenvolvidos, como o Brasil, o aumento da longevidade se deve a avanços tecnológicos da área da saúde, como os programas

de imunização, a antibioticoterapia e os avanços da oncologia que possibilitaram a cura e a prevenção de doenças. A população de idosos aumentou mais do que a de crianças. Não obstante, o país não está preparado para essa mudança no perfil populacional e a qualidade de vida não tem sido a realidade da população longeva.

### **5.3 Prevenção da Hipertensão Arterial Sistêmica**

Magalhães *et al.* (2010) descrevem que a dieta de uma pessoa normal deve ser restrita em relação ao sal devendo ser menor que 2.300 mg/dia, já que o alto consumo de sal se relaciona com a elevação da Pressão Arterial (PA). Sobre a ingestão de álcool, constatou-se que se consumido por longos períodos, eleva a PA e a morte cardiovascular. Assim, consoante aos autores, a recomendação é evitar o etilismo a fim de que se previna o aumento dos níveis pressóricos. Ademais, todas as pessoas com excesso de peso devem reduzir a massa corporal, já que o excesso de peso guarda relação com HAS.

Os idosos da unidade possuem pouco conhecimento sobre alimentação. Não entendem a relação da alimentação no controle dos níveis pressóricos. Assim, muitos consomem alimentos industrializados, ricos em sal e gordura saturada. Ademais, há idosos tabagistas e etilistas, fato que também interfere no controle da HAS.

Os exercícios físicos aeróbicos estão incluídos, não somente nas medidas não farmacológicas de tratamento da HAS, como, também, constituem componente importante de um tripé básico, em que se apoia a saúde (exercícios, alimentação adequada e equilíbrio emocional), na busca do bem-estar total (SILVEIRAJÚNIOR, MARTINS, DANTAS, 1999, p. 68).

Os autores consideram que as medidas não medicamentosas, como mudanças do estilo de vida para prevenção e controle da HAS são importantes e devem ser prescritas para todos os hipertensos, mesmo os que realizam medicação anti-hipertensiva. Assim, a prática regular de exercícios físicos é essencial quando se visa a melhoria da qualidade de vida. A partir dessas mudanças, a pesquisa constatou menor morbidade e mortalidade, por doenças do sistema cardiovascular, em indivíduos que realizavam atividades físicas. (SILVEIRAJÚNIOR; MARTINS; DANTAS, 1999).

Na ESF, toda vez que um idoso é diagnosticado com HAS, tentamos, quando possível, iniciar o tratamento farmacológico com as mudanças do estilo de vida. Não obstante, a



mensagem não é captada pela maioria dos pacientes, por isso esse projeto é importante, na medida em que possibilitará mudanças positivas em relação à adesão ao tratamento.

Assim, as modificações de estilo de vida têm demonstrado claramente ser eficazes em prevenir ou retardar o início da hipertensão, bem como também são parte essencial do tratamento farmacológico. Dentre essas, se destacam aquelas com maior evidência de benefícios, oriundas de estudos clínicos randomizados e controlados e de revisões sistemáticas, e incluem a manutenção ou alcance do peso corporal normal, a prática regular de atividade física e a alimentação saudável com ênfase na redução da ingestão de sódio e de álcool (MAGALHÃES *et al.*, 2010, p. 94).

Brandão *et al.* (2010) relatam que as mudanças de alimentação e do sedentarismo são recomendações na APS como prevenção da HAS em pessoas pré-hipertensas. Essas mudanças são tão importantes que não reduzem apenas a PA, mas também, a mortalidade cardiovascular. Assim, os hábitos saudáveis deveriam ser realizados desde a juventude, respeitando os aspectos biopsicossociais de cada indivíduo e as principais recomendações são em relação a alimentação saudável, redução do consumo de álcool e sal, ingerir potássio, redução de peso e cessação do tabagismo.

Modificações no estilo de vida, incluindo exercício físico, são recomendadas no tratamento da hipertensão arterial. Estudo envolvendo 217 pacientes de ambos os sexos, com idade variando de 35 a 83 anos, mostrou que a adesão a medidas não farmacológicas, dentre as quais a prática de exercício físico, promoveu sensível efeito na redução dos níveis pressóricos (MONTEIRO; SOBRALFILHO, 2004, p. 514).

Recomenda-se que o médico deve realizar a prescrição de exercícios, levando em consideração a intensidade, duração e frequência da atividade, sendo isso realizado individualmente. A frequência pode ser de três a cinco sessões semanais com duração entre 20 e 30 minutos, mas pode ter duração maior, o que vai depender do paciente e do tipo de exercício, conforme afirmação de Baptista *et al.* (1997).

Define-se prevenção primária como ações e estratégias de atuação em etapas que precedem o surgimento de doenças, ou seja, sobre os fatores de risco, de forma a impedir ou retardar o seu desenvolvimento. Essas ações incluem, entre outras, medidas gerais de promoção de saúde, tais como campanhas educacionais, recomendações e intervenções (estratégias populacionais) ou medidas de proteção específica, como imunizações e profilaxia medicamentosa, voltadas para populações com maior risco de desenvolver a doença (estratégia para indivíduos selecionados) (MAGALHÃES *et al.*, 2010, p. 94).

O objetivo desse trabalho é realizar um projeto de intervenção a fim de que a unidade de saúde esteja preparada para tratar idosos hipertensos, para que o atendimento não se restrinja ao consultório, mas que ele possa também ser realizado por todos os membros a partir das visitas, com recomendações sobre o tratamento, fiscalizações em relação a adesão ao tratamento. Dessa forma, percebe-se que a unidade e a comunidade devem interagir e se relacionar a fim de que se possa expor e intervir nos fatores que causam o abandono do tratamento. Ademais, sabe-se que uma linguagem clara, dinâmica e de acordo com a escolaridade dos pacientes é essencial para firmar o entendimento dos idosos sobre a fisiopatologia das doenças, formas de prevenção, fatores de risco e complicações, a fim de que eles tomem ciência da doença e considerem o tratamento ofertado.

#### **5.4 Fatores de risco para Hipertensão Arterial Sistêmica**

Há diversos fatores relacionados a HAS, dentre eles há os fatores de risco constitucionais que são: idade, sexo, raça/cor e história familiar, e também os fatores de risco ambientais que são sedentarismo, sobrepeso/obesidade, consumo de alimentos insalubres (excesso de sal, gordura animal, preferência por carboidratos simples e complexos, ingestão diária acima de 100ml de café ou de bebidas que contém cafeína), além do uso abusivo de álcool, do estresse não gerenciado e do tabagismo (SANTOS; CAETANO; MOREIRA, 2011).

Conforme Brandão *et al.* (2010) a HAS é doença muito prevalente, mas que tem baixo controle, sendo problema de saúde pública. Há relação da mortalidade por DCV (Doença Cardiovascular) com a elevação dos índices pressóricos. Os autores ainda referem que as DCV são responsáveis pelo aumento das internações, gerando grandes despesas médicas e econômicas. Destarte, no Brasil, as DCV têm sido implicadas como as principais causas de morte.

O sedentarismo também constitui importante fator de risco, já estando bem estabelecida a ocorrência de maior taxa de eventos cardiovasculares e maior taxa de mortalidade em indivíduos com baixo nível de condicionamento físico. Estima-se que a prevalência do sedentarismo seja de até 56% nas mulheres e 37% nos homens, na população urbana brasileira (MONTEIRO; SOBRAL FILHO, 2004, p. 514).

Verificou-se que há relação do aumento da PA com a idade, uma vez que há aumento da prevalência de HAS nas populações acima de 65 anos. A prevalência de HAS é maior em

homem, não obstante, a partir dos 50 anos, torna-se mais comum em mulheres. Ademais, é duas vezes mais comum em indivíduos não brancos. Ademais, há associação com o excesso de peso, ingestão inadequada de sal, o etilismo prolongado também é fator de risco (BRANDÃO *et al.*, 2010).

O sedentarismo é a principal etiologia relacionada às DCVs, conforme Guedes e Lopes (2010). Assim, o consumo inadequado e o sedentarismo são os fatores fundamentais para o surgimento da HAS. Logo, os hábitos saudáveis são fatores fundamentais para manutenção da qualidade de vida e a redução de indicadores de risco a saúde.

Nogueira *et al.* (2012) argumentam que o indivíduo idoso leva consigo a inatividade física, que é fator de risco para diversas doenças crônicas, inclusive a HAS. Outrossim, o idoso está mais relacionado ao sedentarismo, aos riscos de atividades de intensidade elevada e a medicação, sendo necessária a compreensão da fisiologia do envelhecimento para elucidar esses processos.

Dentre os fatores de risco vistos os fatores modificáveis (dieta hipersódica, inatividade física, sobrepeso/obesidade) são o de maior foco no projeto de intervenção, já que se relacionam com a HAS e com diversas doenças crônicas. Os pacientes com HAS possuem história pregressa similar, com elevado índice de massa corporal, sedentarismo e com índice lipídico maior que 40%. Quando o paciente é diagnosticado, ele tem dificuldade em perder peso e questiona-se o desconhecimento dos benefícios da mudança do estilo de vida ou a existência de outros impasses nesse processo. Por isso, esse Projeto de Intervenção será importante para a saúde da comunidade, na medida em que proporcionará um melhor atendimento para os idosos.

## **6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO**

Essa proposta refere-se ao problema priorizado “controle humanizado da Hipertensão Arterial Sistêmica”, para o qual se registra uma descrição, explicação e seleção de seus nós críticos, de acordo com a metodologia do Planejamento Estratégico Simplificado (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

A ideia consiste em apresentar propostas que possibilitem mudanças de hábitos de vida como estratégias para o controle e o combate a hipertensão arterial em idosos pertencentes a ESF Sagrada Família II, com foco na inclusão de práticas diárias de exercícios físicos e cuidados com alimentação saudável.

Palestras, folder, vídeos, visitas domiciliares, incentivo a mudança de hábitos de vida são formas de alcançar nosso objetivo de controle alternativo da hipertensão em idosos.

Sobre o plano operativo do projeto de intervenção, pretende-se expor aos gestores os indicadores de saúde da ESF de São Francisco, principalmente no que se refere à HAS em idosos, além das áreas de atuação, metas a serem atingidas, assim como acompanhar e avaliar a efetividade do projeto na comunidade. Desse modo, ressalta-se no plano a necessidade de atenção continuada e ações de promoção e prevenção.

Ademais, o controle humanizado será preconizado nos atendimentos na ESF, nos grupos operativos, nas visitas domiciliares, na medida em que, acredita-se que apenas quando se olha o paciente de forma integral, consegue-se alcançar o real motivo de seu problema e permite-se elencar estratégias para solucioná-lo, seja o caso de idoso que mantém elevados níveis pressóricos devido estresse com a família ou devido dieta hipersódica ofertada em casa. Assim, o atendimento será contínuo e estendido para a família do mesmo.

### **6.1 Descrição do problema selecionado**

A ESF Sagrada Família atende 3.123 habitantes, totalizando 876 idosos e destes, 154 são hipertensos. O problema não é apenas a doença de base, mas a falta de adesão ao tratamento. Sobre os idosos com HAS, 60 % realizam o tratamento.

Os grupos operativos, coordenados pela equipe de saúde, acontecem mensalmente. Não obstante, esses grupos são voltados para todos os hipertensos da unidade, assim, não percebemos efetividade nessa ação para o público idoso, por isso, é necessário o projeto de

intervenção para que se programe uma atenção voltada apenas para esta faixa etária específica.

Há na comunidade pacientes com sequelas advindas do não tratamento, como insuficiência cardíaca esquerda, insuficiência valvar, cardiopatias isquêmicas, acidente vascular encefálico isquêmico e hemorrágico, além de insuficiência renal crônica. Isso gera outros problemas, na medida em que a polifarmácia no idoso aumenta a suscetibilidade de desenvolver outras síndromes geriátricas, como a iatrogenia, instabilidade postural e o risco de quedas.

## **6.2 Explicação do problema selecionado**

O problema principal da comunidade é a HAS. Isso reflete muito nos hábitos de vida das pessoas, até porque a maioria teve vida desregrada, foram tabagistas (com carga tabágica maior que 15 maços/ano), etilistas sociais ou inveterados (por pelo menos 20 anos). Ademais, a maioria apresenta sobrepeso ou obesa, realiza dieta rica em carboidratos, lipídeos e, principalmente sal, o que não apenas é fator de risco para HAS, mas também para a síndrome metabólica.

Com o diagnóstico, grande parte dos pacientes são atendidos e medicados, mas apenas 60% seguem corretamente o tratamento. Outro fator angustiante, é o paciente com baixo risco cardiovascular, que tem a oportunidade de não entrar em primeiro momento com a medicação, mas de perder peso, para reduzir os níveis pressóricos, no entanto, não segue as recomendações médicas, sendo necessário entrar com a medicação e realizar o acompanhamento.

O grande número de idosos hipertensos que não segue o tratamento (40%) é explicado pela falta de conhecimento que possuem sobre a doença e por não entenderem a importância da mudança do estilo de vida. Ademais, a condição social também influencia a dieta, na medida em que alimentos saudáveis são, normalmente, mais caros que os industrializados. Além disso, o apoio da família é essencial para essa mudança, já que este caminho se torna mais fácil quando todos aderem ao estilo de vida saudável. Igualmente, a unidade também exerce papel fundamental na educação em saúde do paciente que pode ser realizada em atendimentos, visitas domiciliares, campanhas, grupos e palestras.

### 6.3 Seleção dos nós críticos

Os seguintes nós críticos são os responsáveis pelo grande número de pacientes hipertensos na comunidade:

- Pouco conhecimento da população sobre a doença o que foi evidenciado a partir da investigação do nível de escolaridade dos pacientes;
- Hábitos inadequados que foi confirmado pelas reuniões em grupos em que eles relatam sobre os hábitos de vida, isto é, acerca de alimentação e atividade física.

### 6.4 Desenho das operações

Aqui são detalhadas as ações que serão desenvolvidas na intenção de trabalhar os nós críticos encontrados, oferecendo possibilidades de minimização do seu impacto no agravamento do problema priorizado.

Quadro 2- Operações sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema “Hipertensão em idosos”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Sagrada Família II, do município de São Francisco, estado de Minas Gerais.

<b>Nó crítico 1</b>	Pouco conhecimento da população sobre a doença.
<b>Operação</b>	Informar ao paciente sobre a HAS, fatores de risco, fisiopatologia, formas de prevenção, sequelas, importância do diagnóstico e tratamento precoce.
<b>Projeto</b>	<i>Aprender mais</i>
<b>Resultados esperados</b>	Maior entendimento da comunidade sobre a HAS, maior controle dos fatores de risco pelos pacientes e a realização das formas de prevenção de sequelas, além da adesão ao tratamento.
<b>Produtos esperados</b>	Grupos operativos, visitas domiciliares, palestras.
<b>Recursos necessários</b>	Estrutural: Organização dos grupos operativos com mediadores usando linguagem apropriada ao nível dos participantes. Cognitivo: Linguagem apropriada, simples, dinâmica. Político: Mobilização dos gestores, população e financiamento de recursos. Financeiros: Aquisição de datashow, computador, folhas, canetas.
<b>Recursos críticos</b>	Político: Adesão do gestor local Financeiro: Aluguel do local para realização do grupo
<b>Controle dos recursos críticos</b>	Secretário de Saúde.
<b>Ações estratégicas</b>	Apresentar o projeto para a comunidade, a fim de se obter apoio dos líderes e dos vereadores. Manter boa relação com a

	administração.
<b>Prazo</b>	Até abril de 2018.
<b>Responsável (eis) pelo acompanhamento das operações</b>	Médico e enfermeira e Secretaria de Saúde Municipal
<b>Processo de monitoramento e avaliação das operações</b>	Líderes da comunidade, a equipe de saúde e a Secretaria de Saúde Municipal realizarão visitas a ESF e a comunidade, a fim de avaliar se o projeto está sendo efetivo e se está sendo realizado de acordo com o proposto. Ademais, devem também consultar a população, seja através de entrevistas ou visitas domiciliares com o objetivo de avaliar a aceitabilidade da comunidade sobre o projeto e a opinião da mesma.

Quadro 3- Operações sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema “Hipertensão em idosos”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Sagrada Família II, do município de São Francisco, estado de Minas Gerais.

<b>Nó crítico 2</b>	Hábitos inadequados.
<b>Operação</b>	Informar aos pacientes sobre a importância da mudança do estilo de vida, isto é, dieta hipossódica, atividades físicas e perda de peso.
<b>Projeto</b>	<i>Saúde sim</i>
<b>Resultados esperados</b>	Perda de peso, dieta hipossódica, maior consumo de vegetais, menor consumo de industrializados, maior controle de níveis pressóricos, redução do risco cardiovascular.
<b>Produtos esperados</b>	Realização de caminhadas, plantação de hortas comunitárias, grupos operativos, produção de receitas hipocalóricas, hipossódicas e hipolipídicas.
<b>Recursos necessários</b>	Estrutural: Organização da agenda para inclusão dos grupos operativos e participação dos membros da ESF Cognitivo: Linguagem condizente com escolaridade do público alvo Político: Mobilização do gestor local e comunidade. Financeiros: Aquisição de datashow, computador, folhas, canetas, mudas de hortaliças e mobilização para se conseguir o local de reuniões.
<b>Recursos críticos</b>	Político: Adesão do gestor local Financeiro: Aluguel do local para realização do grupo e outros recursos financeiros
<b>Controle dos recursos críticos</b>	Secretário de saúde.
<b>Ações estratégicas</b>	Apresentar o projeto para a comunidade, a fim de se obter apoio dos líderes e dos vereadores. Manter boa relação com a administração.
<b>Prazo</b>	Até abril de 2018.
<b>Responsável (eis) pelo acompanhamento</b>	Médico e enfermeira e Secretaria de Saúde Municipal

<b>das operações</b>	
<b>Processo de monitoramento e avaliação das operações</b>	Líderes da comunidade, a equipe de saúde e a Secretaria de Saúde Municipal realizarão visitas a ESF e a comunidade, a fim de avaliar se o projeto está sendo efetivo e se está sendo realizado de acordo com o proposto. Ademais, devem também consultar a população, seja através de entrevistas ou visitas domiciliares com o objetivo de avaliar a aceitabilidade da comunidade sobre o projeto e a opinião da mesma.

## 6.5 Gestão do plano

Quadro 4 - Gestão do plano da Estratégia Saúde da Família Sagrada Família, São Francisco, Minas Gerais.

CLASSIFICAÇÃO DOS HIPERTENSOS	DADOS ATUAIS	METAS	
		PRIMEIRO ANO	SEGUNDO ANO
Hipertensos idosos cadastrados	154	>20%	> 23%
Hipertensos idosos com alto risco cardiovascular	98	< 5%	<15%
Hipertensos idosos sobrepesos ou obesos	124	< 5%	< 15%
Hipertensos idosos com seqüelas	78	< 8%	< 16%
Hipertensos idosos que não realizam tratamento	62	<50%	< 70%

Fonte: Autoria própria

Atualmente, 17 % dos idosos cadastrados são hipertensos. A meta é para que no próximo ano, esse número aumente para 20%, já que há hipertensos assintomáticos não cadastrados. A eficácia das atividades propostas será fiscalizada mensalmente, por 12 meses, a partir do prontuário dos pacientes idosos e a partir das visitas domiciliares a pacientes que possuem fatores de risco para HAS. Se o resultado objetivado for estabelecido, pretende-se estender a meta para 23% no segundo ano.

Hoje, 63% dos pacientes idosos hipertensos da comunidade possuem alto risco cardiovascular, isso porque além da HAS esses pacientes possuem outras doenças crônicas, alterações eletrocardiográficas e lesões em órgão alvo. Com a adesão ao tratamento, verificar-se-á trimestralmente, ao decorrer de 12 meses, se os resultados esperados foram alcançados. Assim, esses dados serão consultados nos prontuários arquivados na ESF e almeja-se a redução de pacientes com alto risco cardiovascular em 5% no primeiro ano e 15 % no segundo ano.



A meta para o primeiro ano de hipertensos idosos sobrepeso/obesos será a redução de 5%. A efetividade das intervenções de mudança de hábitos alimentares e inclusão de atividades físicas, assim como, o alcance da proposta estabelecida será mensurada através do controle mensal do peso e medidas dos idosos cadastrados na ESF Sagrada Família II. Ao verificar a efetividade das propostas e realizar as mudanças necessárias, pretende-se expandir para mais 15% do grupo a redução de peso e medidas dos idosos hipertensos obesos.

Sabe-se que 51% dos pacientes com HAS também possuem sequelas de doenças cardiovasculares como Acidente Vascular Encefálico, Infarto Agudo do Miocárdio, além de doenças renais, como insuficiência renal crônica, glomerulopatias. Nesse caso, espera-se que com o controle dos pacientes, poucos idosos com HAS entrem nesse grupo, reduzindo o número desse grupo em 8% no primeiro ano e se as medidas propostas continuarem positivas, espera-se dobrar o valor no segundo ano. Esses pacientes, normalmente são atendidos mensalmente. Assim, através do prontuário, verificar-se-á o controle dessas metas.

Há 40% dos idosos com HAS que não realizam o tratamento, por isso esse projeto de intervenção é importante. Com as propostas já estipuladas, espera-se que no primeiro ano, esse número se reduza em 50% e no segundo ano, se as medidas continuarem sendo positivas, espera-se a redução de 70%. Esses pacientes deverão ser capturados para a ESF novamente, por isso a importância do controle humanizado, já que na primeira tentativa de tratamento, a equipe foi falha. Espera-se atendê-los trimestralmente. Assim, verificar-se-á a evolução das metas a partir dos prontuários.

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Entende-se que há necessidade de organizar um atendimento aos clientes hipertensos, no sentido de fortalecer a importância de mudanças de comportamentos, já que aspectos relacionados à atividade física, lazer e alimentação são fundamentais para o prognóstico da enfermidade.

Outro ponto importante é que haja a divulgação do trabalho de todos os profissionais, e que o usuário saiba valorizá-lo. Acredita-se que a educação dos indivíduos portadores de hipertensão arterial seja o melhor caminho para o alcance da adesão ao tratamento, não sendo apenas uma transmissão de conteúdos referentes à patologia e ao tratamento, mas sim, que se promova a adaptação dos usuários ao tratamento da hipertensão arterial. Para se chegar a essa adaptação, é preciso que os indivíduos estejam motivados para que tais mudanças ocorram e, também, para que assimilem os conhecimentos que poderão melhorar a qualidade de vida dos mesmos e assim esse projeto se torna viável, uma vez que possui esse foco.

Entende-se que a realização deste Projeto de Intervenção é a solução mais próxima de se alcançar boas metas relacionadas aos índices pressóricos da população idosa da ESF. A HAS relaciona-se com a polifarmácia, polipatogenias e, conseqüente, reduz, a longo prazo, a qualidade de vida do paciente a partir das condições relacionadas a doença, exclusivamente as cardiovasculares.

Sobre o controle humanizado, sabe-se que é essencial em todos os níveis de atendimento, mas, sobretudo, na atenção primária, já que há contatoperiódico da equipe com o paciente. Assim, a confiança do paciente na equipe é essencial para que haja adesão ao tratamento. Destarte, essa confiança só é adquirida quando o paciente recebe atendimento individualizado, respeitando sua subjetividade, seu meio, suas necessidades, limitações e potencialidades, oferecendo, assim, a integralidade do cuidado.

Almeja-se que esse projeto melhore os indicadores de saúde da ESF Sagrada Família, principalmente no manejo medicamentoso e não medicamentoso da HAS e suas repercussões. Entende-se que apenas através de um trabalho programado e com boa relação entre equipe e comunidade alcançar-se-á os objetivos desse projeto.

## REFERENCIAS

BAPTISTA, C. *et al.* Hipertensão arterial sistêmica e atividade física. **Rev Bras Med Esporte**. Niteroi, v.3 n.4, p. 117-121, oct./dec., 1997.

BRANDÃO, A. A. *etal.* Conceituação, Epidemiologia e Prevenção Primária. **J Bras Nefrol.** v. 32, Supl. 1, p. S1-S4, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS. **DATASUS**. Disponível em: ><http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/cadernos/mg.htm>> Acesso em: 21dez. 2017.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. IBGE. **Censo demográfico de 2017**. Disponível em ><http://ibge.gov.br/cidadesat/painel/painel.php?lang=&codmun=316110&search=minas-gerais|sao-francisco|infograficos:-dados-gerais-do-municipio>> Acesso em: 2jan. 2018.

CAMPOS, F. C. C.; FARIA, H. P.; SANTOS, M. A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. NESCON/UFMG - Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. 2. ed. Belo Horizonte: Coopmed, 2010.

ESPERANDIO, E. M. Prevalência e fatores associados à hipertensão arterial em idosos de municípios da Amazônia Legal, MT. **Rev. bras. geriatr. gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 481-493, 2013.

GUEDES, N. G.; LOPES, M. V. O. Exercício físico em portadores de hipertensão arterial: uma análise conceitual. **Rev. Gaúcha Enferm.**[Online], v.31, n.2, p. 367-374, june-2010. Disponível em: >[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1983-14472010000200023](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472010000200023)> Acesso em: 20 dez. 2017.

JOBIM, A. F. C. Hipertensão Arterial no Idoso: Classificação e Peculiaridades. **Rev Bras Clin Med** v. 6, p. 250-253, 2008

MACHADO, J. C. *et al.* Análise de três estratégias de educação em saúde para portadores de hipertensão arterial. **Ciênc.saúde coletiva**, v. 21, n. 2, p. 611-620, 2016.

MAGALHÃES, M. E. C. *et al.* Prevenção da hipertensão arterial: para quem e quando começar? **Rev Bras Hipertens** v. 17, n. 2, p. 93-97, 2010.

MALFATTI, C. R. M.; ASSUNÇÃO, A. N. Hipertensão arterial e diabetes na Estratégia de Saúde da Família: uma análise da frequência de acompanhamento pelas equipes de Saúde da Família. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 16, supl. 1, p. 1383-1388, 2011.

MANFROI, A.; OLIVEIRA, F. A. Dificuldades de adesão ao tratamento na hipertensão arterial sistêmica: considerações a partir de um estudo qualitativo em uma unidade de Atenção Primária à Saúde. **Rev Bras Med Fam e Com.** Rio de Janeiro, v.2, n 7, p. 165-176, out / dez 2006.

MENDES, M. R. S. S. B.; *et al.* A situação social do idoso no Brasil: uma breve consideração. **Acta Paul Enferm.** v. 18, n. 4, p. 422-426, 2005.

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

MONTEIRO, M. F.; SOBRALFILHO, D. C. Exercício físico e o controle da pressão arterial. **Rev Bras Med Esporte**. v. 10, n. 6, p. 513-516, nov/dez, 2004.

NOGUEIRA, I. C. *et al.* Efeitos do exercício físico no controle da hipertensão arterial em idosos: uma revisão sistemática. **Rev. bras. geriatr. gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, p.587-601, july/sept, 2012.

ROSA, C. S. C. *et al.* Nível de atividade física, comorbidades e idade de pacientes hipertensos. **Motriz**. Rio Claro, v.19 n.3, Suplemento, p.S16-S24, jul/set, 2013.

SANTOS, Z. M. S. A.; CAETANO, J. A.; MOREIRA, F. G. A. Atuação dos pais na prevenção da hipertensão arterial - uma tecnologia educativa em saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 11, p. 4385-4394, nov. 2011

SÃO FRANCISCO. **Prefeitura Municipal de São Francisco**. 2017. Disponível em: <http://www.prefeituradesaofrancisco.mg.gov.br/>. Acesso em: 3nov. 2017.

SILVEIRAJÚNIOR, P. C. S.; MARTINS, R. C. A.; DANTAS, E. H. M. Os efeitos da atividade física na prevenção da hipertensão. **Rev Bras Med Esporte**, v. 5, n. 2, p. 66-72, mar/abr, 1999.

ZAITUNE, M. P. A. *etal.* 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, fev, 2006.