

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

MARITZA MAGDALENA RODRIGUEZ PEREZ

**CONTROLE DOS USUÁRIOS IDOSOS QUE TEM HIPERTENSÃO
ARTERIAL SISTEMICA: UMA PROPOSTA DE INTERVENÇÃO**

MONTES CLAROS/MINAS GERAIS

2016

MARITZA MAGDALENA RODRIGUEZ PEREZ

**CONTROLE DOS USUÁRIOS IDOSOS QUE TEM HIPERTENSÃO
ARTERIAL SISTEMICA: UMA PROPOSTA DE INTERVENÇÃO**

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

Orientadora: Prof^a.Dr^a. Matilde Meire Miranda Cadete

MONTES CLAROS/MINAS GERAIS

2016

MARITZA MAGDALENA RODRIGUEZ PEREZ

**CONTROLE DOS USUÁRIOS IDOSOS QUE TEM HIPERTENSÃO
ARTERIAL SISTEMICA: UMA PROPOSTA DE INTERVENÇÃO**

Banca examinadora

Prof^a. Dr^a. Matilde Meire Miranda Cadete- orientadora

Aprovado em Belo Horizonte, de de 2016.

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho primeiramente a Deus e a minha filha Camila de los Angeles Estrada Rodriguez que me apoiou em todos os momentos;

A minha professora que ajudou nessa construção e aos amigos que me deram força e me ajudaram direto ou indiretamente nessa conquista.

AGRADECIMENTOS

À Deus que tudo pode e faz para meu crescimento espiritual, acadêmico e profissional.

À minha família, pelo seu apoio e dedicação.

À Prof^a. Maria José Cabral Grillo pela ajuda na condução e viabilização deste trabalho.

Às minhas professoras Maria Cristina Couto Amorim e Ednalva Rodrigues Gonçalves, pela ajuda durante todo o período de atividades.

Aos integrantes da equipe de saúde da Estratégia de Saúde da Família Carmelo I, por estarem dispostos a ajudar durante o tempo todo.

À Prefeitura Municipal de Montes Claros e os integrantes da Secretária de Saúde por acolherem o programa Mais Médico para o Brasil e apoiarem meu trabalho no município.

RESUMO

Montes Claros é um município que se localiza ao norte do estado de Minas Gerais e pertence à mesorregião do Norte de Minas. Está a 420 km da capital do estado, Belo Horizonte e apresenta uma população estimada em 390.212 habitantes. A Equipe Saúde Família (ESF) Carmelo I do município, após realizar o levantamento dos problemas locais, identificou como problema prioritário a existência de pacientes hipertensos sem controle efetivo entre a população da área de abrangência. Diante disso, este estudo objetivou elaborar um projeto de intervenção tendo como objeto o controle de hipertensão arterial em pacientes idosos na área de abrangência da Equipe. Foi feita a revisão da literatura sobre o tema na Biblioteca Virtual em Saúde, na base de dados da SciELO e Biblioteca Regional de Medicina (BIREME), com os descritores: Hipertensão, Fatores de risco e Educação em saúde. Para construção do plano foi utilizado o método de Planejamento denominado Planejamento Estratégico Situacional (PES) para enfrentamento do problema identificado como prioritário. Foi feito o desenho das operações para enfrentamento dos fatores de risco de pacientes com hipertensão arterial, identificação dos recursos críticos, análise da viabilidade do plano (atores e motivadores) e, por último, o plano operativo. A expectativa é de que, operacionalizando o projeto de intervenção, obtenha-se um aumento do nível de conhecimento da população sobre a Hipertensão Arterial e a importância da promoção, prevenção e diagnóstico precoce dos pacientes. Da mesma forma, espera-se aumentar o controle e adesão do hipertenso ao tratamento, alimentação saudável, a prática do exercício físico sistemático e o controle do peso e da pressão arterial.

Palavras-chaves: Hipertensão. Fatores de risco. Educação em saúde

SUMMARY

Montes Claros is a municipality that is located to the north of Minas Gerais and belongs to the middle region of the North Mine. It is 420 km from the state capital, Belo Horizonte and has an estimated population of 390,212 inhabitants. The Family Health Team (FHT) Carmelo I of the municipality, after conducting a survey of local problems, identified as a priority the existence of hypertensive patients without effective control among the population of the coverage area. Thus, this study aimed to develop an intervention project having as its object the control of hypertension in elderly patients in the Team coverage area. The literature review was made on the topic in the Virtual Health Library, based on data from SciELO and Regional Library of Medicine (BIREME), with the key words: hypertension, risk factors and health education. For the construction of the plan we used the planning method called Situational Strategic Planning (PES) to deal with the problem identified as a priority. We made the design of operations to tackle the existing risk factors for patients with hypertension, identification of critical resources, plan feasibility analysis (actors and motivators) and, finally, the operating plan. The expectation is that operationalizing the intervention project, we will see an increase in the population's knowledge level on hypertension and the importance of promotion, prevention and early diagnosis. Similarly, we expect to increase control and adherence to hypertensive treatment, healthy diet, the practice of systematic physical exercise and weight control and blood pressure.

Keywords: Hypertension. Risk factors. Health education

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AVC	Acidentes vascular cerebral
BIREME	Biblioteca Regional de Medicina
FR	Fatores de risco
ESF	Estratégia de saúde de Família
HAS	Hipertensão Arterial
IDEB	Índice de Desenvolvimento da Educação Básica
IDH	Índice de desenvolvimento humano
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
SciELO	<i>Scientific Eletronic Library Online</i>
PA	Pressão Arterial
PES	Planejamento Estratégico Situacional

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
2 JUSTIFICATIVA.....	15
3 OBJETIVO	17
4 METODOLOGIA	18
5 REVISÃO BIBLIOGRAFICA.....	200
6 PLANO DE INTERVENÇÃO	23
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	27
REFERÊNCIAS.....	28

1 INTRODUÇÃO

1.1 Identificações do município

Montes Claros é um município localizado no norte do estado de Minas Gerais e pertencente à microrregião homônima e mesorregião do Norte de Minas. Localiza-se a 420 km capital do estado, Belo Horizonte. Seus municípios limítrofes são: São João da Ponte, a norte; Capitão Enéas, a nordeste; Francisco Sá, a leste; Juramento e Glaucilândia, a sudeste; Bocaiúva e Engenheiro Navarro, a sul; Claro dos Poções, a sudoeste; São João da Lagoa e Coração de Jesus, a oeste; e Mirabela e Patis, a noroeste (IBGE, 2010).

Atualmente, apresenta uma população estimada pelo IBGE (2014) em 390.212 habitantes, numa área de 3.568,941 km², com 38,7 km² em perímetro urbano, e a concentração habitacional é de 101,41 Hab/Km². Em 2011, de acordo com Relatório de Gestão da Prefeitura do Município, 344.427 habitantes eram da Zona Urbana (95%), distribuídos em 95.567 famílias, e 17.488 habitantes eram da Zona Rural (5%), distribuídos em 4.746 famílias (MONTES CLAROS, 2015; IBGE 2010).

A Taxa de Crescimento Anual é de 17.91% (IBGE, 2010) e o município tem 78.953 alunos matriculados da pré-escola ao ensino médio (IBGE, 2012).

O Índice de desenvolvimento humano (IDH) é de 0,783, considerado alto se comparado ao do Brasil, que é de 0,849, e a renda média familiar é de 674.70 (IBGE, 2010), com um rendimento nominal médio conforme apresentado na Tabela a seguir.

Tabela 1 - Rendimento nominal médio dos cidadãos de Montes Claros em Reais. Montes Claros, 2016.

Área	Mensal/ familiar	Per capita
Urbana	931,59	255
Rural	2.331,39	450

Fonte: IBGE (2010)

Dados de 2010 apontam que o município tem abastecimento de água tratada em 92,77% dos domicílios e 90,04% das moradias possuíam lixo coletado por serviço de limpeza. Em relação à rede de esgoto, 88,9% das residências possuíam rede geral de esgoto adequada, 6,8% semiadequadas e em 4,3% a rede era inadequada ou inexistente (IBGE 2010).

As principais atividades econômicas são: pecuária de corte e leite, seguidos da agricultura (feijão, milho, mandioca, algodão e arroz irrigado). O setor secundário representa a principal atividade econômica, com presença de fábricas de insulina, têxtil, cimento e laticínios (MONTES CLAROS, 2015).

Conforme trabalho realizado por Rodrigues, Gonçalves e Teixeira (2011), nas 11 áreas de risco do município, a proporção de moradores em pobreza extrema era de 37,65%, mudando para 22,02% após o município ser incluído no programa Bolsa Família do Governo Federal.

Além dos dados demográficos apresentados na Tabela 1, na Tabela 2 encontram-se os dados relativos à distribuição por sexo, à faixa etária por sexo e o índice de alfabetização.

Tabela 2-Dados relativos à faixa etária por sexo no município de Montes Claros. Montes Claros, 2016.

Faixa Etária	Masculino	Feminino	Total
Menor de 1 ano	2598	2572	5170
De 1 a 4 ano	10466	10117	20583
De 5 a 9 ano	13957	13680	27637
De 10 a 14 anos	15854	15699	31553
De 15 a 19 ano	16797	17346	34143
De 20 a 39 ano	63164	68167	131331
De 40 a 49 ano	21753	24250	46003
De 50 a 59 ano	15230	17236	32466
De 60 e mais.	14430	18599	33029
Total	174249	187666	361915

Fonte: Centro Demográfico e Contagem Populacional MS/SE/DATASUS, 2010.

Percebe-se que o número mais expressivo é o de adultos jovens (entre a 20 e 39 anos) e que o número de mulheres é maior do que o dos homens à medida que a faixa etária cresce e elas representam 51,85% da população total.

A taxa bruta de frequência à escola em 2000 foi de 74,410%, sendo que no país esse índice era de 81,5%. 10 169 habitantes possuíam menos de 1 ano de estudo ou não contava com instrução alguma. Em 2010, 241 alunos frequentavam o sistema de educação especial e 2 321 crianças estudavam em creches, sendo que 130 alunos de creches possuíam aulas em tempo integral (MONTES CLAROS,2015)

A rede de saúde da Atenção Básica conta com 103 Equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF), 13 Centros de Saúde, duas Policlínicas, dois Centro de Apoio Psicossocial (CAPS), um Centro de Controle de Zoonoses (CCZ), um Centro de Referência em Doenças Infecciosas, um Centro de Oftalmologia Social (COS), um Centro Referência em Saúde dos Trabalhadores, (CEREST), 24 Consultórios Odontológicos em Escolas, 15 Consultórios odontológicos em Centro de Saúde, 45 Consultórios Odontológicos em (ESF) e duas Farmácias Populares.

O Conselho Municipal de Saúde de Montes Claros foi criado em 16 de maio de 1991. Tem composição paritária, conforme estabelecido em legislação própria (50% representação dos Usuários; 25% Trabalhadores da Saúde; 25% Gestores e Prestadores).

1.2. ESF Carmelo-I e seu território ou área de abrangência

A unidade da Equipe Saúde da Família (ESF) Carmelo 1 é localizada na Rua Lagoa do Abaeté no 10, no Bairro Carmelo. O acesso à unidade de saúde é facilitado pelo tipo de relevo do bairro e pela não existência de barreiras geográficas.

Os funcionários da unidade prestam atendimento de segunda à sexta-feira nos horários de 07:00hs às 12:00hs e 14:00hs às 17:00hs. A carga horária de trabalho da equipe é de 40 horas semanais, exceto o médico e a enfermeira que fazem 32 horas devido aos Programas PROVAB e MAIS MÉDICOS. A Equipe é formada por oito profissionais na ESF sendo um médico, uma Enfermeira, uma Técnica em Enfermagem, quatro Agentes Comunitários de Saúde e uma zeladora.

A área de abrangência da ESF Carmelo 1 é dividida em: Micro área1 (com um total de 127 famílias cadastradas, com 508 usuários de oito ruas); Micro área 2 (com um total de 126 famílias cadastradas, com 503 usuários de cinco ruas); Micro área 3 (com um total de 125 famílias cadastradas, com 546 usuários de oito ruas); Micro área 4 (com um total de 127 famílias cadastradas, com 489 usuários de 6 ruas); Micro área 5 (com um total de 143 famílias cadastradas, com 573 usuários de cinco ruas); Micro área6 (com um total de 156 famílias cadastradas, com 503 usuários de quatro ruas).

A unidade básica de saúde Carmelo-I foi caracterizada de acordo com o padrão mínimo determinado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2004), cuja resolução dispõe sobre o projeto físico da unidade básica de saúde. A unidade possui uma recepção, sala para acomodação de armários com formulários e prontuários, 02 consultórios clínicos, um consultório de puericultura, um banheiro para funcionários e um para usuários, uma cozinha, uma sala de curativo, uma área externa e um almoxarifado.

1.2.1. Alguns dados sobre a área de abrangência ou território da Equipe Saúde da Família Carmelo-1

a) Número de família e de habitantes: 2.142 famílias e 3.827 habitantes.

b) As principais ocupações são: vendedores, serviço gerais, comerciantes, professores, domésticas, pedreiros, motoristas, mecânicos, moto taxistas, militares, costureiras, balconistas, funcionários públicos entre outros em ordem decrescente.

c) As ruas da área de abrangência da ESF Carmelo-I ainda não são todas asfaltadas, mas estão em processo de asfaltamento.

d) O transporte público apresenta um grande fluxo no bairro, atendendo a demanda da população. Possui três linhas de ônibus que realizam o transporte dos moradores para o centro e para outros bairros da cidade. O ponto de ônibus encontra-se em lugares estratégicos do bairro, cujo fluxo da população é maior, facilitando o acesso das mesmas. Próximo ao bairro existe uma rodovia (BR 135) que atravessa a cidade de Montes Claros e é responsável por ligar o extremo norte de região nordeste à região central e sudeste do país.

e) O Bairro Carmelo possui um convento e duas igrejas católicas e quatro igrejas evangélicas. Não há área de lazer no território da ESF Carmelo.

f) Encontra-se o Batalhão de Polícia Militar no território, o que dá segurança à população.

g) Tem um Centro Municipal de Educação Infantil (AFIAMONTE) que trabalha com crianças e adolescente.

Após sucinta exposição da cidade de Montes Claros e da nossa área de abrangência, apresentamos o problema prioritário eleito pela equipe de saúde a partir do diagnóstico situacional realizado (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010): Hipertensão Arterial Sistêmica nos usuários idosos.

2JUSTIFICATIVA

No município, a primeira causa de morte é o câncer e em segundo lugar estão os acidentes de trânsito. Contudo, no diagnóstico situacional da área de abrangência, que foi realizado na perspectiva de elaborar um projeto de intervenção na Atenção Básica, foram identificados e listados, por ordem de prioridade, os seguintes problemas, considerados como os principais problemas de saúde da população da área de abrangência e que têm relação direta com a atuação da ESF:

- 1) Hipertensos sem controle efetivo;
- 2) Diabéticos sem controle efetivo;
- 3) Dependência de consumo de psicofarmacos;
- 4) Descontrole das dislipidemias;
- 5) Maus hábitos higiênicos alimentar;
- 6) Obesidade;
- 7) Tabagismo;
- 8) Alcoolismo.

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) foi considerada o problema prioritário considerando que ela

[...]é um dos mais importantes fatores de risco (FR) modificáveis no desenvolvimento de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais, sendo responsável por pelo menos 40% das mortes por acidentes vascular cerebral , 25% das mortes por doença arterial coronária e, em combinação com o diabetes, 50% dos casos de insuficiência renal terminal (BRASIL, 2006, p.9).

A HAS foi estabelecida como problema prioritário também porque a mortalidade por doença cardiovascular aumenta progressivamente com a elevação da pressão arterial a partir de 115/75 mmHg de forma linear, ininterrupta e independente. Em 2001, cerca de 7,6 milhões de mortes no mundo foram atribuídas à hipertensão e mais da metade em indivíduos entre 45 e 69 anos(SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO E SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2010).

No Brasil, as doenças cardiovasculares têm constituído a principal causa de morte. “Em 2007 ocorreram 308.466 óbitos por doenças do aparelho circulatório. Entre 1990 a 2006, observou-se uma tendência lenta e constante de redução das taxas de mortalidade cardiovascular”.Elas ainda são responsáveis por grande número de internações hospitalares o que acarreta altos custos médicos e socioeconômicos (BRANDAO *et al.*, 2010, p.1).

Nossa área de abrangência tem uma situação muito parecida ao contexto apresentado em outras partes do mundo e do Brasil. Diante disso, nossa equipe de saúde tem tido especial interesse em elaborar um Projeto de Intervenção para conseguir diminuir a incidência de hipertensão arterial em nossa comunidade.

Foi dada atenção especial aos idosos, considerando os dados demográficos analisados e a transição epidemiológica que tem acompanhado o crescimento do número da população de idade mais avançada.

3OBJETIVO

Elaborar um projeto de intervenção tendo como objeto o controle de hipertensão arterial em pacientes idosos na área de abrangência da ESF Carmelo 1, Município Montes Claros, Minas Gerais. Brasil.

4METODOLOGIA

A elaboração deste Projeto de Intervenção teve como referência o método de planejamento denominado Planejamento Estratégico Situacional (PES), desenvolvido pelo chileno Carlos Mattus (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010). Utilizando este método, foram organizados dados sobre o município, em especial sobre os aspectos relacionados à atenção à saúde, identificando os problemas prioritários, já apresentados, caracterizando a fase de diagnóstico.

Eleito o problema a ser abordado, “hipertensão arterial em pacientes idosos”, foi realizada uma revisão de literatura em bases de dados de bibliotecas virtuais como *Scientific Electronic Library Online* (SciELO) e Biblioteca Regional de Medicina (BIREME) por meio dos seguintes descritores: hipertensão, fatores de risco e educação em saúde.

A partir da identificação dos problemas, foi estabelecida uma priorização, explicitada no Quadro 1.

Quadro 1 – Classificação dos problemas identificados pela ESF quanto à importância, urgência e capacidade de enfrentamento pela equipe.

Problema	Importância	Urgência (0 a 5 ptos)
1. Hipertensos sem controle efetivo	Alta	5
2. Diabéticos sem controle efetivo	Alta	5
3. Dependência de psicofármaco	Alta	4
4. Descontrole das dislipidemias	Alta	3
5. Maus hábitos higiênicos - alimentar	Media	3
6. Obesidade	Media	3
7. Tabagismo e alcoolismo	Media	3

Fonte: Levantamento de problemas e priorização feitos pela Equipe, 2015.

Os problemas listados no Quadro 1 estão enumerados por ordem de prioridade e, conseqüentemente, o foco da intervenção será a atenção aos hipertensos, que é a prioridade 1. Dentro dessa prioridade foi feito um recorte dando ênfase, inicialmente,

a Hipertensão Arterial Sistêmica em idosos. Para tanto, foram identificados os seguintes nós críticos:

1. Baixo conhecimento da população sobre a doença de Hipertensão Arterial.
2. Não aderência de pacientes ao tratamento.
3. Maus hábitos e estilos de vida.

Após análise dos documentos identificados na revisão da literatura, e tendo este conhecimento como referência, foram propostas operações para enfrentamento do problema identificado como prioritário.

5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

A Hipertensão Arterial Sistêmica é compreendida como,

[...] é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial (PA). Associa-se frequentemente a alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo (coração, cérebro, rins e vasos sanguíneos) e a alterações metabólicas, com consequente aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não-fatais (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO E SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2010, p.1).

De acordo com o Ministério da Saúde, a HAS é determinada quando a pressão arterial sistólica é maior ou igual a 140 mm/Hg e a diastólica é maior ou igual a 90 mm/Hg, em pessoas não usuárias de medicação anti-hipertensiva. Ao se fazer o diagnóstico da HAS, deve-se levar em conta a presença de lesões nos órgãos-alvo e as comorbidades associadas, dentre outros e não apenas os níveis tensionais, (BRASIL, 2006)

É preciso ter cautela antes de rotular alguém como hipertenso, tanto pelo risco de um diagnóstico falso-positivo, como pela repercussão na própria saúde do indivíduo e o custo social resultante. Em indivíduos sem diagnóstico prévio e níveis de PA elevada em uma aferição, recomenda-se repetir a aferição de pressão arterial em diferentes períodos, antes de caracterizar a presença de HAS (BRASIL, 2006, p.14).

É preciso atentar-se para os valores pressóricos obtidos na consulta com vistas à classificação da pressão arterial em normotenso, pressão arterial limítrofe e hipertensão arterial sistêmica. Os dados do Quadro 2 apresentam os valores da PA e sua respectiva classificação

Quadro 2 - Classificação da pressão arterial em adultos com mais de 18 anos.

Classificação	PAS (mmHg)	PAD (mmHg)
Ótima	< 120	< 80
Normal	< 130	< 85
Normal Alta	130-139	85-89
Hipertensão		
Estágio 1	140-159	90-99
Estágio 2	160-179	100-109
Estágio 3	>180	>110

Fonte: (BRASIL, 2013, p.34).

O acompanhamento eficaz de pessoas com hipertensão pelas equipes da Atenção Básica tão logo se tenha o diagnóstico, é fundamental porque o controle da pressão arterial reduz complicações cardiovasculares, problemas renais, infartos, dentre outras complicações (BRASIL, 2013).

Com o critério atual de diagnóstico de Hipertensão Arterial a PA acima de 140/90, a prevalência na população urbana adulta brasileira varia de 22,3% a 43,9%, dependendo da cidade onde o estudo foi conduzido. A principal relevância da identificação e controle da hipertensão arterial, reside na compreensão das suas complicações tais como doença cerebrovascular (DCV), doença arterial coronária (DAC), insuficiência cardíaca (IC), doença renal crônica (DRC), doença arterial periférica (DAP) (BRASIL, 2006, p.9).

Os fatores de risco têm, igualmente, uma relação direta da pressão arterial com a idade, sendo a prevalência de HAS superior a 60% na faixa etária acima de 65 anos (CESARINO *et al.*, 2008).

Também a questão de gênero deve ser observada na HAS. Entre homens e mulheres, a HAS é semelhante, mas é mais elevada nos homens até os 50 anos, invertendo-se a partir dessa década. No quesito cor da pele, a HAS é duas vezes mais prevalente em pessoas não-brancas. Estudos brasileiros evidenciaram predomínio de mulheres negras com hipertensão de até 130% em relação às mulheres brancas (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO E SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2010).

Em relação ao peso, a prevalência da HAS se agregou diretamente com o excesso de peso em ambos os sexos. O risco de hipertensão arterial aumentou com o peso sendo a obesidade 6,33 vezes maior para os homens e 3,33 para as mulheres, quando comparados ao peso normal (BORGES, CRUZ; MOURA, 2008).

Quanto à ingestão de álcool, por tempo maior, há aumentada PA e aumentada mortalidade cardiovascular em geral. No Brasil, o consumo excessivo de álcool se associa com a ocorrência de HAS de forma independente das características demográficas (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO E SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2010).

A Hipertensão Arterial Sistêmica também é fator de risco para doenças decorrentes de aterosclerose e trombose, que se exteriorizam, predominantemente, por acometimento isquêmico cardíaco, cerebral, vascular periférico e renal. A hipertensão arterial é responsável por aproximadamente 25% da etiologia multifatorial da cardiopatia isquêmica e por 40% da etiologia dos acidentes vasculares cerebrais, sendo a causa da cardiopatia hipertensiva. (DUNCAN, 2013)

De forma similar, o acometimento isquêmico e as alterações glomerulares diretas tornam a hipertensão arterial sistêmica uma das mais frequentes causas de insuficiência renal crônica. Essa multiplicidade de consequências coloca a hipertensão arterial na origem das doenças crônico-degenerativas e, portanto, a caracteriza como uma das causas de maior redução de expectativa e da qualidade de vida dos indivíduos (DUNCAN, 2013).

Em relação ao idoso, de acordo com Jobim (2008), é importante considerar que a sua pressão arterial sistólica sofre elevação contínua até os 80 ou 90 anos, devido à diminuição da elasticidade dos grandes vasos. Por outro lado, a pressão arterial diastólica aumenta 10 a 15 mm/Hg até os 60 anos, quando fica estável ou reduz-se gradualmente.

Ainda Jobim (2008) alerta que devem ser consideradas, na abordagem do idoso hipertenso, o aumento de variações sazonais dos níveis tensionais em idosos com mais frequência do que nos não idosos. O autor cita estudo que demonstrou um aumento de quatro vezes no número de indivíduos entre 65 e 74 anos de idade com níveis tensionais de 160/90 mm/Hg no inverno em relação ao verão.

6 PLANO DE INTERVENÇÃO

Em cada uma das etapas deste trabalho foram surgindo ideias que neste item deveriam ser transformadas em propostas de ação para comporem um Plano de Intervenção para o controle de hipertensão arterial em pacientes idosos na área de abrangência da ESF Carmelo 1, Município Montes Claros, Minas Gerais. Brasil.

Quadro3 - Desenho das operações para enfrentamento dos nós críticos da ESF Carmelo I, 2015

OBJETIVO: Sensibilização dos usuários para informação importância do controle da HAS.				
Nó crítico	Operação/ Projeto	Ações estratégicas	Produtos esperados	Recursos necessários
Baixo conhecimento da população sobre a Hipertensão Arterial.	Projeto: <i>Conhecer a Hipertensão arterial para combatê-la</i>	Promoção de campanhas educativas; "Dia do hipertenso" Elaboração de cartazes Promoção de palestras nas escolas, nas igrejas, farmácias, padarias etc	Campanhas realizadas Dia do hipertenso com atividades educativas; Usuários sensibilizados sobre a importância do controle da HAS.	Material para aquisição e confecção de cartazes. Novos espaços para campanhas; Parceiros como farmácias e postos de trabalho para brindar informação sobre HAS; Esfigmomanômetro e Estetoscópios.
OBJETIVO: Lograr que 98% da população idosa da área de abrangência demonstra adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso da HAS.				
Nó crítico	Operação/ Projeto	Ações estratégicas	Produtos esperados	Recursos necessários

<p>Não aderência de pacientes ao tratamento.</p>	<p>Projeto: <i>Dividir responsabilidades para melhorar a qualidade de vida</i></p>	<p>Realizar campanhas de promoção e prevenção sobre a importância do tratamento medicamentoso não medicamentosos;</p> <p>Fazer intervenções para aumentar a adesão dos pacientes ao tratamento como a criar de espaços para pratica de exercícios físicos;</p> <p>Estabelecer horário em que membros da equipe orientaram os exercícios físicos no espaço definido, demonstrando exercícios que favorecem a diminuição dos níveis pressóricos.</p> <p>Articulara junto aos políticos para a construção de academias a céu aberto pela prefeitura;</p> <p>Grupos de discussão sobre promoção para dietas e estilos de vida saudáveis.</p> <p>Organização de cooperativas que disponibilizem tendas para vendas de alimentos saudável.</p>	<p>População com mais conhecimento sobre tratamento da HAS;</p> <p>População da área de abrangência usando o espaço para fazer exercício físico;</p> <p>Equipe participando na orientação da população em espaço previamente definido para execução de exercício físico.</p> <p>Academias a céu aberto sendo defendidas pelos políticos</p> <p>População participando dos grupos;</p> <p>Cooperativas e tendas funcionando.</p>	<p>Material para aquisição e confecção de cartazes.</p> <p>Parcerias para angariar fundos para a construção de espaços para academias e outros espaços;</p> <p>Vereadores e deputados estaduais referências para o município;</p> <p>Agricultores interessados em participar.</p>
--	--	--	---	---

OBJETIVO: Melhorar a qualidade de vida da população da área de abrangência com redução dos hábitos de vida inadequados				
Nó crítico	Operação/ Projeto	Ações estratégicas	Produtos esperados	Recursos necessários
Maus hábitos e estilos de vida.	Projeto: <i>Vida mais saudável é o que quero da vida</i>	<p>Campanhas de promoção de saúde para melhorar o conhecimento dos fatores de risco para a hipertensão arterial.</p> <p>Palestra publica para falar de hábitos alimentares saudáveis;</p> <p>Incrementar a pratica de exercícios físicos saudável; Fornecer informação sobre alimentação saudável em atividades lúdicas nas escolas;</p> <p>Criar grupo de jovens junto às igrejas a orientação dos profissionais da ESF para ajudarem nas orientações aos familiares idosos.</p>	<p>Campanhas executadas com êxito;</p> <p>Educação em saúde sobre ingestão de alimentos saudáveis;</p> <p>População aderindo à prática de exercício físico;</p> <p>Profissionais de saúde comprometidos com a educação para a saúde na escola;</p> <p>Adolescentes aderindo aos grupos de discussão e ajudando na orientação de pais e avós.</p>	Material para confecção de cartazes;

Quadro 4 - Análise da viabilidade do plano com identificação dos atores e motivadores.

Operação/ Projeto	Controle dos recursos críticos		Ação estratégica
	Ator que controla	Motivação	
Baixo conhecimento da população sobre a doença de Hipertensão Arterial.	Integrantes da ESF	Favorável	Realizar atividades de promoção de saúde sobre a doença
	Associações do bairro e escolas.	Favorável	Realizar reuniões e ambiente descontraído com as principais associações políticas. Fazer proposta de projetos com as principais associações de bairros, Secretaria de saúde e prefeitura
	Prefeitura, Secretaria de saúde.	Indiferente	Fazer contato com as organizações políticas e organizações de bairro Carta de apresentação dos projetos.
Maior aderência dos pacientes ao tratamento	Medico, Enfermeiro(a), Agentes de Saúde e População em geral	Favorável	Realizar oficinas de educação para a saúde. Realizar grupos operativos
	Associações do bairro escolas, prefeitura, secretaria de saúde e ESF	Favorável	Fazer contato com as organizações políticas e organizações de bairro
	Prefeitura, Secretaria de Saúde	Indiferente	Apresentar o projeto à prefeitura e secretaria de saúde
Menos hábitos e estilos de vida inadequados	Médico, Enfermeiro (a), Agentes de Saúde e População em geral	Favorável	Fazer Oficinas, educação para a saúde, no acolhimento, nas consultas.
	Associações do bairro e escolas	Favorável	Palestras Publicas, Cartazes Apresentar os projetos à SMS.
	Prefeitura, secretaria de saúde e ESF	Indiferente	Solicitar Equipamentos necessários

7CONSIDERAÇÕES FINAIS

Por meio dos dados levantados neste trabalho pode-se perceber que há uma necessidade de mudanças de comportamento para que seja possível fazer um controle da hipertensão arterial, seja no idoso ou em qualquer membro de uma comunidade. São vários os nós críticos que precisam ser desatados, tais como: estilo de vida inadequado, maus hábitos de alimentação, pouca atividade física, sobrepeso, vida sedentária, elevado consumo de álcool o que determina níveis pressóricos elevados.

Acredita-se que a reeducação ou orientação dos indivíduos portadores de hipertensão arterial, seja o melhor caminho para o alcance do objetivo, que é o controle de tal patologia promovendo a adaptação ao tratamento. Porém, para que as mudanças ocorram é preciso conscientização, adesão dos hipertensos, motivação e vontade para melhorar a qualidade de vida. Diante disso, torna-se necessário fazer mudanças de estilo de vida na prevenção e no tratamento de todos os estágios da HAS, uma vez que, comprovadamente, contribuem para a redução do nível pressórico.

Com este trabalho, e a partir da execução da intervenção elaborada, espera-se atingir os objetivos propostos no Plano, tendo como resultado uma redução da incidência da hipertensão arterial na população da área de abrangência da ESF.

Portanto, pode-se afirmar que fazer este trabalho, a partir do diagnóstico situacional da área de abrangência foi importante para traçar as ações a serem executadas pela equipe da saúde visando atender o objetivo que é a diminuição da incidência dessa doença que tanto agrava a saúde da população.

REFERÊNCIAS

BORGES, H. P.; CRUZ, N. do C.; MOURA, E. C. Associação entre hipertensão arterial e excesso de peso em adultos, Belém, Pará, 2005. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo , v. 91, n. 2, p. 110-118, Aug. 2008

BRANDAO, Andréa A. et al . Conceituação, epidemiologia e prevenção primária. **J. Bras. Nefrol.**, São Paulo , v. 32, supl. 1, p. 1-4, Sept. 2010 . Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php>

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2006

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 201

CAMPOS, F. C.; FARIA, H. P.; SANTOS, M. A. **Planejamento e avaliação de Saúde**. 2. ed. Belo Horizonte: Nescon/ UFMG, 2010

CESARINO, C.B.; CIPULLO, J.P.; MARTIN, J.F.V.; CIORLIA, L.A.; GODOY, M.R.P.; CORDEIRO, J. A.; RODRIGUES, I.C. Prevalência e fatores sociodemográficos em hipertensos de São José do Rio Preto. **ArqBrasCard** v.91, n. 1, p. 31-35, 2008

DUNCAN, Bruce Bartholowet al. **Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências**. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2013.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATISTICA (IBGE). **IBGE cidades 2010** .Disponível em: www.ibge.gov.br

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATISTICA (IBGE). **IBGEpopulação**, 2013. Disponível: www.ibge.gov.br/apps/populacao/projecao

JOBIM, E. F. da C. Hipertensão Arterial no Idoso: Classificação e Peculiaridades. **RevBrasClin Med**. v. 6, p.250-253. 2008

MONTES CLAROS. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. Relatório de Gestão 2011. Disponível em: www.montesclaros.mg.gov.br

RODRIGUEZ, L; GONÇALVES. M . E. ; TEIXEIRA, G. E. Indicadores de vulnerabilidade e risco social para as família pobres cadastradas no Ministério de Desenvolvimento Social, no município de Montes Claros (MG). UNIMONTES, 2011.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA – SBC. V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo , v. 89, n. 3, p. e24-e79, Sept. 2007 Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/abc/v89n3/a12v89n3.pdf>

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO. SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **ArqBrasCardiol**v.95, (1 supl.1), p. 1-51,2010