

UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALFENAS

CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO GESTÃO DO CUIDADO NA SAÚDE DA FAMÍLIA

YANISBEL CUNAT LADRON DE GUEVARA

**PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA A MODIFICAÇÃO DE FATORES
DE RISCO ASSOCIADOS À HIPERTENSÃO ARTERIAL NA FAIXA
ETÁRIA DE 45 – 64 ANOS, POPULAÇÃO NO PROGRAMA SAÚDE DA
FAMÍLIA DELY FIGUEREDO DO MUNICÍPIO RUBIM - MINAS**

GERAIS: uma proposta educativa

ARAÇUAÍ- MINAS GERAIS

2018

YANISBEL CUNAT LADRON DE GUEVARA

**PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA A MODIFICAÇÃO DE FATORES
DE RISCO ASSOCIADOS À HIPERTENSÃO ARTERIAL NA FAIXA
ETÁRIA DE 45 – 64 ANOS, POPULAÇÃO DO PROGRAMA SAÚDE DA
FAMÍLIA DELY FIGUEIREDO DO MUNICÍPIO RUBIM - MINAS**

GERAIS: uma proposta educativa

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização Gestão do cuidado na Saúde da Família, Universidade Federal de Alfenas, para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientador: Professor André Luiz dos Santos Cabral.

ARAÇUAÍ- MINAS GERAIS

2018

YANISBEL CUNAT LADRON DE GUEVARA

**PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA A MODIFICAÇÃO DE FATORES
DE RISCO ASSOCIADOS À HIPERTENSÃO ARTERIAL NA FAIXA
ETÁRIA DE 45 – 64 ANOS, POPULAÇÃO DO PROGRAMA SAÚDE
FAMÍLIA DELY FIGUEIREDO DO MUNICÍPIO RUBIM -
MINASGERAIS: uma proposta educativa**

Banca examinadora:

Prof. Dr. André Luiz dos Santos Cabral - UFMG

Profa. Maria Dolôres Soares Madureira- UFMG

Aprovado em Belo Horizonte, em 08-08-2018

DEDICO

Dedico este trabalho aos meus pais que me ensinaram a tentar alcançar as estrelas e a Deus por me mostrar o melhor caminho.

AGRADECIMENTOS

À minha família e amigos, pela ajuda incondicional.

Aos professores, pela orientação, apoio e confiança.

À Instituição, pelo ambiente criativo e amigável que proporciona.

A todas as pessoas que fizeram parte da minha formação.

Medicina é a arte da incerteza a ciência da probabilidade.

Sir Willian Osler

RESUMO

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é uma doença complexa, multifatorial e poligênica dependente da dieta, fatores demográficos e genéticos; resultante do desequilíbrio de vários sistemas, sendo considerado um problema de saúde pública. Além disso, é um fator de risco (FR) para doenças cardiovasculares, promovendo a Insuficiência Cardíaca, Renal e Acidente Vascular Cerebral. A incidência de Hipertensão Arterial na população do PSF Dely Figueiredo no município Rubim, no Distrito Itapiru (MG), é de 39 por cento (39%) da população atendida, o que é considerado elevado. Motivo esse que me levou a fazer um estudo do tema, a fim de melhorar a qualidade de vida dos pacientes portadores desta doença, por meio de ações que possibilitam a intervenção de forma preventiva e eficaz contra suas complicações. Busca-se ainda aperfeiçoar a abordagem aos pacientes, adequando a necessidade de cada um e diminuindo os riscos e mortes que poderiam ser evitados. Os fatores de risco avaliados foram: obesidade, dislipidemias e sedentarismo. O principal achado desse estudo é que há uma alta prevalência da obesidade e dislipidemias, comportamentos de risco cardiovasculares e fatores de risco nesses indivíduos, aumentando a chance de desenvolver doenças cardiovasculares. Conclui-se que a presença de obesidade, comportamentos de risco cardiovasculares e FR em indivíduos hipertensos são elevados, sendo o histórico familiar de Doença Cardiovascular (DCV) e o sedentarismo, os fatores de risco mais encontrados, respectivamente. Nosso trabalho é baseado em fazer medicina preventiva, evitando desenvolver complicações de doenças crônicas e, assim, melhorar a qualidade de vida dos pacientes portadores de HAS - na Estratégia Saúde da Família e Atenção Primária à Saúde, fazendo uso das suas diretrizes.

Palavras-chave: Hipertensão Arterial. Fatores de Risco. Estratégia Saúde da Família. Educação em Saúde.

ABSTRACT

Hypertension is a complex, multifactorial and polygenic disease dependent on the diet, genetic and demographic factors; resulting from the imbalance of multiple systems, being considered a public health problem. In addition, it's a risk factor for cardiovascular diseases, promoting heart and kidney failure and stroke. The incidence of hypertension in population of the PSF: Dely Figueiredo -in the Rubim municipality, Itapiru district (MG) – it's a 39 percent (39%) high from the served population. That's the reason that led me to do a study of the theme, in order to improve the quality of life of patients with this disease, through actions that provide preventive and effective intervention against its complications. The aim is improve the approach to patients, suiting the needs of each one and decreasing risks and deaths that could be avoided. The risk factors assessed were: obesity, dyslipidemias and sedentary lifestyle. The main finding of this study is that's a high prevalence of obesity and dyslipidemias, comportamet of risk cardiovascular and FR behaviors in these individuals, increasing the chance of developing cardiovascular disease (CVD). It is concluded that the presence of obesity, cardiovascular and FR behaviors in hypertensive subjects are high, being the family history of CVD and the sedentary lifestyle, the risk factor and the behavior found, respectively. Our work is based on making preventive medicine, avoiding developing complications of chronic diseases, thus improving the quality of life of patients with SAH - in the family health strategy and primary health care, making use of its guidelines.

Key-words: Arterial hypertension. Risk factors. The Family Health Strategy. Health education.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABS	Atenção Básica em Saúde
AVC	Acidente Vascular Cerebral
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CEM	Centro de Especialidades Médicas
DCV	Doenças Cardiovasculares
DM	Diabetes Mellitus
ESF	Estratégia em Saúde da Família
FR	Fator de Risco
HA	Hipertensão Arterial
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
PES	Planejamento Estratégico Situacional
Programa HIPERDIA	Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e Diabetes
PSF	Programa Saúde da Família
SUS	Sistema Único de Saúde
TV	Televisão
UBS	Unidade Básica de Saúde
WHO	WORLDHEALTH ORGANIZATION

SUMÁRIO

I	INTRODUÇÃO.....	11
2	JUSTIFICATIVA.....	17
3	OBJETIVO.	18
4	METODOLOGIA	19
5	REVISÃO BIBLIOGRÁFICA.....	20
6	PLANO DE AÇÃO.....	27
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	35
	REFERÊNCIAS.....	37

1 INTRODUÇÃO

Identificação do município Rubim

O município Rubim situa-se na região do Vale de Jequitinhonha, a 767 km da Capital Mineira (Belo Horizonte), e a 75 km do Estado da Bahia. Tem uma extensão de 969 km² e, é localizado ao Nordeste de Minas, predominantemente, montanhoso. O clima é tropical, mas há picos de baixas temperaturas no inverno (IBGE, 2017)

Foi fundado pelo cidadão Tiago José de Almeida, porém o território antes fora habitado por indígenas. Sucedendo Tiago Jose de Almeida, Quinto Fernandes Ruas deu esse nome ao pequeno Município de União.

População estimada para 2017: 10 377 habitantes, dos quais 30% residem na zona rural, possui aproximadamente 4328 famílias com 4653 domicílios. Densidade demográfica: 10,28 habitantes por km² (IBGE, 2017)

O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) do município é médio com 0,609 (PNUD/2014). Possui uma Taxa de Urbanização de 66,97%.

Em aspectos econômicos, a principal atividade econômica do município é a pecuária extensiva que emprega pouca mão de obra, tem baixa produtividade e pouco apresenta em termos de tecnologia e melhora dos rebanhos. A produção agropecuária é basicamente de subsistência. Os principais produtos são a mandioca e o leite. Outros são: milho, feijão, verduras, hortaliças e frutas.

Do abastecimento de água,95,8% diz respeito à água tratada.

O recolhimento de esgoto por rede pública é de 66 %.

Percentual da população com rendimento nominal mensal per capita de até 1/2 salário mínimo 45,6 %. População ocupada 5,9 %. Salário médio mensal dos trabalhadores formais 1,7 salários mínimo. Produto Interno Bruto (BIP) per capita 7777,58 R\$.

Mortalidade Infantil: Taxa de 43,48 óbitos por mil nascidos vivos.

Em termos gerais, os serviços existentes são: luz elétrica, redes de água potável e não tratada. Telefonia fixa e celular das companhias Claro, VIVO e Oi. Há, também, uma agência de Correios e os bancos presentes na cidade são: Banco do Brasil, Caixa Econômica e Bradesco.

Como principais problemas do Município encontram-se: rotatividade dos profissionais da saúde, transporte insuficiente para trasladar paciente da zona rural ao hospital, forte poder da cultura e tradições no estilo de vida, taxa de escolarização do município baixa (78,73%), possui 30,11% de moradores abaixo da linha de pobreza.

Quadro1 Aspectos Demográficos

Município: Medina										
Total da População: 21 459										
Nº de Indivíduos	>1	1 – 4	5 - 9	10 – 14	15 – 19	20 - 25	25 - 39	40 - 59	60 e +	Total
Área Urbana	104	179	181	109	256	367	2835	2205	1012	7248
Área Rural	17	25	35	102	96	87	1256	1190	321	3129
Total	121	204	216	211	352	454	4091	3395	1333	10377

Fonte: Base de dados da Secretaria Municipal de Saúde, Rubim (2017).

Política municipal de Saúde

O Conselho Municipal de Saúde é um instrumento deliberativo e consultivo, com reuniões mensais; composição: 50% de usuários, 25% trabalhadores da saúde e 25% Governo e prestadores (Secretaria municipal de Saúde).

Programa Saúde da Família: Composto por quatro Unidades Básicas de Saúde (UBS) com 98,45% de cobertura de PSF, 4 e Saúde Bucal (SB) modalidade I, com Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) Tipo I Implantado.

Sistema de Referências e Contra referencias: Só funcionando atualmente com o Centro de Especialidades Médicas (CEM).

Redes de Média e Alta Complexidade: Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) I, Urgência e Emergência Hospitalar Nível IV, Centro Viva Vida de Referência Secundária, Centro de Hipertensão em Jequitinhonha (MG) e Hospital de Almenara como referência da região.

Alta: Hospitalar em Teófilo Otoni (MG) e Serviço de Hemodiálise em Itaobim (MG).

Também existe no município o Hospital São Vicente de Paulo (Recursos da Rede de Resposta e Contratualização), uma Farmácia de Minas, outros laboratórios e clínicas particulares.

Território de abrangência

A área de abrangência do PSF Dely Figueiredo possui 1027 famílias com 5466 habitantes, com um nível de alfabetização de 70,92%. Os principais postos de trabalho são educação e agricultura. Quanto ao modo de vida da população: moram em casas confortáveis, com aparelhos eletrodomésticos como TV, ventiladores, aparelhos de som e geladeira. Enquanto que algumas não são confortáveis, dispendo de pouco equipamento, como por exemplo, TV e geladeira. É notável o apreço da população pela música e por esportes, como futebol. Existe transporte da prefeitura para escola. Morrem principalmente de doenças crônicas, acidentes com população idosa. Outro ponto a ressaltar é a percepção da falta de higiene em algumas vivendas. A comunidade conta também com consultórios odontológicos privados, cinco escolas públicas, duas creches, igrejas Católicas, protestantes e adventistas do sétimo dia.

Unidade Básica de saúde.

PSF Dely Figueiredo está situada no bairro Distrito Itapiru, a 32 km da cidade. Instalações construídas há dez anos, com boas condições estruturais e presta atendimento ao distrito Itapiru e a uma zona rural, conta com quatro agentes comunitários de saúde, uma médica, uma enfermeira (exerce posição de enfermeira chefe), um técnico em Enfermagem, um cirurgião dentista, uma técnica de saúde bucal, um fisioterapeuta e uma auxiliar de serviços gerais. Conta também, uma vez por semana, com os serviços de uma nutricionista, uma assistente social, uma psicóloga e uma técnica em Fisiatria.

A unidade é composta por uma recepção confortável, ventilada, boa iluminação, com TV e cadeiras suficientes para os usuários, sala de triagem, sala de enfermagem, sala de curativos, sala de vacinação, área para a documentação, sala dos agentes comunitários de saúde, salas para consulta médica, sala de Odontologia, sala de consulta de Fisioterapia, esterilização, copa e área de serviços também fazem parte da composição da unidade.

Funcionamento da Unidade de Saúde: de segunda a sexta, das 07:00 horas até as 11:00 horas e das 13:00 horas até as 17:00 horas.

A médica cubana, como parte do conveniado no Projeto Mais Médico para o Brasil, possui 8 horas para estudo do Curso de Especialização em Estratégia Saúde da Família na sexta-feira. O atendimento é feito de acordo com a demanda espontânea e os pacientes agendados, oferecendo prioridade no horário da manhã aos pacientes da zona rural e urgências. Nas terças-feiras, são visitados os pacientes acamados e aqueles que não podem ir ao posto por alguma questão de saúde ou difícil acesso.

O Trabalho da equipe de saúde da família é ocupado principalmente com as atividades de planejamento com atendimento de alguns programas, como saúde bucal, pré-natal, puericultura, controle de câncer de mama e ginecológicos e atendimentos a hipertensos e diabéticos. Os grupos de diabéticos, hipertensos e gestantes são acompanhados além da equipe pela equipe do NASF, realizando diferentes atividades de promoção e prevenção em saúde.

As principais causas de óbitos estão relacionadas ao aparelho circulatório, principalmente por AVC.

Principais causas de internação: doenças respiratórias e cardiovasculares.

Causa de mortalidade infantil: parto antes das 37 semanas de gestação.

O diagnóstico situacional feito na área de abrangência de acordo com Campos Faria e Santos (2010), mostrou no seu primeiro passo que corresponde à identificação dos problemas:

- Alta prevalência de Hipertensão Arterial.

- Baixa adesão dos hipertensos e diabéticos ao tratamento.
- Hiperlipidemia.
- Elevada incidência de doenças respiratórias.
- Alcoolismo.
- Alta dependência de psicofármacos.
- Baixo nível cultural da população.
- Alta prevalência de Diabetes Mellitus.

No Quadro 2 estão disponibilizados os problemas de acordo com seu nível de importância, urgência e capacidade de enfrentamento pela equipe de saúde.

Segundo Passo: Priorização dos Problemas.

Quadro 2 Apresentação dos problemas e sua priorização

Problema	Importância	Urgência(0 a 5 pontos)	Capacidade de enfrentamento de da equipe
Alta prevalência de Hipertensão Arterial.	Alta	4	Dentro
Baixa adesão dos hipertensos e ao tratamento	Alta	4	Dentro
Hiperlipidemia	Média	3	Dentro
Alcoolismo	Média	2	Fora
Alta dependência de Psicofármacos	Alta	3	Dentro
Baixo nível cultural da população	Média	2	Fora
Alta prevalência de Diabetes Mellitus	Alta	3	Dentro

A equipe de saúde do PSF Dely Figueredo, em reunião e discussões entre os pares, considerou de grande relevância trabalhar, no momento, com a elevada prevalência de Hipertensão Arterial Sistêmica.

2 JUSTIFICATIVA

Atualmente, as Doenças Cardiovasculares (DCV) ocupam o primeiro lugar entre as causas de morte no mundo. Em 2008, mais de 17 milhões de óbitos foram atribuídos às DCV, sendo que dessestrês milhões foram de pessoas com idade inferior a 60 anos, sendo que muitas dessas mortes poderiam ter sido evitadas (RADOVANOVIC *et al.*, 2014).

Segundo estimativa da Organização Mundial de Saúde (WHO, 2011) *apud* Radovanovic *et al.*, (2014) aproximadamente 23,6 milhões de pessoas morrerão de doenças cardiovasculares em 2030.

Para Radovanovic *et al.*, (2014, p.548), citando outros autores a HAS constitui:

[...] importante fator de risco para complicações cardíacas e cerebrovasculares, sendo considerado um problema de saúde pública em âmbito mundial. Em 2000, a prevalência da HAS na população mundial era de 25% e a estimativa para o ano de 2025 é de 29% (2). Estudos realizados no Brasil revelaram que a prevalência da hipertensão variou entre 22,3 e 43,9%, com média de 32,5%.

Em praticamente todas as nações, a prevenção e o controle da HAS trazem implicações importantes e a utilização de novas estratégias e abordagens que identifiquem com mais precisão os indivíduos em situação de risco, oferecem benefícios tanto para o indivíduo com hipertensão como para a sociedade. Contudo, por ser uma doença crônica, o controle da HAS requer acompanhamento e tratamento por toda a vida, envolvendo as medidas farmacológicas e não farmacológicas (RADOVANOVIC *et al.*, 2014, p.548).

A elaboração de planos de cuidados individualizados nos possibilitará dar clareza e direcionamento para podermos prevenir as complicações dos portadores de Hipertensão Arterial, diminuir a possibilidade dos pacientes evoluírem para um agravamento na sua doença, melhorar a abordagem aos pacientes, fortalecer e estabelecer as parcerias com o centro de referência secundária do município de Jequitinhonha, o Núcleo de Apoio à Estratégia de Saúde da Família (NASF), e a Secretaria Municipal de Saúde de Rubim (MG), para que se obtenha agilidade e o respaldo para os fluxos dos encaminhamentos.

Portanto, este trabalho se justifica pela alta prevalência de HAS, assim também pelas consequências que a doença pode deixar nas pessoas que inclui até a morte.

A equipe participou da análise dos problemas levantados e considerou que no nível local temos recursos humanos e materiais para fazer um plano de ação para reduzir HAS, portanto a proposta é viável.

3 OBJETIVO

Elaborar um plano de ação com vistas a reduzir a prevalência de Hipertensão Arterial, no PSF Dely Figueiredo do município de Rubim e assim melhorar sua qualidade de vida.

4. METODOLOGIA

Para o desenvolvimento desta intervenção foi utilizado o diagnóstico situacional, incluindo reunião com a equipe do PSF.

Neste trabalho foi utilizado o Método Simplificado do Planejamento Estratégico Situacional (PES), conforme os textos da disciplina de Planejamento e avaliação em ações de saúde (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

Foi realizada uma revisão da literatura, com os seguintes descritores: hipertensão arterial, fatores de risco associados e complicações e equipe do PSF. Para subsidiar a proposta de plano de ação, foi realizada pesquisa bibliográfica na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) com os descritores: Hipertensão Arterial; Estratégia Saúde da Família; Fatores de risco; Educação em Saúde. Também foram utilizados Programas do Ministério da Saúde.

5. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

A Hipertensão Arterial (HA) é condição clínica multifatorial, caracterizada por elevação sustentada dos níveis pressóricos ≥ 140 e/ou 90 mmHg. Frequentemente se associa a distúrbios metabólicos, alterações funcionais e/ou estruturais de órgãos-alvo, sendo agravada pela presença de outros fatores de risco (FR), como dislipidemia, obesidade abdominal, intolerância à glicose e Diabetes Mellitus (DM). Mantêm associação independente com eventos como morte súbita, acidente vascular encefálico (AVE), infarto agudo do miocárdio (IAM), insuficiência cardíaca (IC), doença arterial periférica (DAP) e doença renal crônica (DRC), fatal e não fatal, segundo a 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2016, p.1).

De acordo com a Sociedade Brasileira de Cardiologia, (2010, p. 1) “a hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial”. Com frequência, ela se associa às alterações funcionais e/ ou estruturais dos órgãos-alvo (coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos) e às alterações metabólicas, com aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais” (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010, p. 1).

No Brasil são responsabilidades das equipes de Atenção Básica desafios como o controle e prevenção de hipertensão arterial sistêmica e suas complicações. As equipes são multiprofissionais, porém o vínculo com a comunidade e a clientela adscrita leva em conta a diversidade cultural, religiosa, racial e os fatores sociais envolvidos. A modificação do estilo de vida é fundamental na prevenção. A alimentação adequada, controle do peso, a prática de atividade física, abandono de hábitos tóxicos, mesmo com uso de medicação vão ajudar na manutenção de níveis desejados de pressão arterial, segundo Cadernos de Atenção Básica, n. 37 (BRASIL, 2013).

Segundo V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial, a Hipertensão arterial é um dos principais fatores de risco para a ocorrência do acidente vascular cerebral, tromboembólico ou hemorrágico, infarto agudo do miocárdio, aneurisma arterial (aneurisma da aorta), doença arterial periférica, além de ser uma das causas de insuficiência renal crônica e insuficiência cardíaca, 2007.

Segundo o Caderno de Atenção Básica número 37 sobre Hipertensão Arterial Sistêmica (BRASIL, 2013), além do diagnóstico precoce, o acompanhamento efetivo

dos casos pelas equipes da ABS é fundamental, pois o controle da pressão arterial (PA) reduz complicações cardiovasculares e desfechos como Infarto Agudo do Miocárdio (IAM), Acidente Vascular Cerebral (AVC), problemas renais, entre outros.

Segundo Garcia, Takahashi e Ribeiro (2016), além da hereditariedade, vários fatores aumentam as chances de uma pessoa ter pressão alta:

- Idade (pessoas de ambos os sexos acima de 60 anos)
- Afra-descendência (Pessoas negras estatisticamente apresentam mais hipertensão)
- Maus hábitos alimentares – excesso de sal e gordura na comida
- Estresse
- Excesso de bebidas alcoólicas
- Tabagismo
- Obesidade
- Sedentarismo

Quadro 3 Classificação da pressão arterial para adultos maiores de 18 anos

Classificação	Pressão sistólica (mmHg)	Pressão diastólica (mmHg)
Ótima	< 120	< 80
Normal	< 130	< 85
Limítrofe	130 – 139	85 – 89
Hipertensão estágio 1	140 – 159	90 – 99
Hipertensão estágio 2	160 – 179	100 – 109
Hipertensão estágio 3	≥ 180	≥ 110

Fonte: (SBC; SBH; SBN, 2010).

Exames Comuns na Hipertensão:

Sistema	Exames
Urinário	Análise microscópica da urina, proteinúria, dosagem do azoto úrico e da creatinina no sangue
Endócrino	Dosagem de sódio, potássio, cálcio, TSH (hormônio estimulante da tireoide).
Metabolismo	Glicemia, colesterol total, colesterol HDL e LDL, triglicerídeos.
Outros	Hemograma, eletrocardiograma, e radiografia do tórax

Tratamento:

Segundo a Sociedade Brasileira de Cardiologia, VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão (2010), a primeira forma do tratamento da hipertensão é identificar as alterações no estilo de vida recomendadas na prevenção e incluem: alterações na dieta, exercício físico, e controle do peso. Estas medidas têm uma resposta positiva na redução da pressão arterial em indivíduos hipertensos. A alteração dos hábitos alimentares, como a adoção de uma dieta de baixo teor de sal, é benéfica. Está demonstrado que uma dieta com pouco sal durante um período de apenas quatro semanas, oferece benefícios tanto em hipertensos como em pessoas com pressão arterial regular.

De igual modo, está também demonstrado que uma dieta rica em frutos secos, cereais integrais, peixe, carne branca, frutas e vegetais, diminuem de forma significativa a pressão arterial.

Uma das principais vantagens da dieta é diminuir o consumo de sódio, embora sejam ricos em potássio, cálcio, em potássio, cálcio, magnésio e proteínas.

- Manter o peso normal em adulto (i.e. índice de massa corporal de 20–25 kg/m²).
- Reduzir o consumo de sódio para <100 mmol / dia (<6 g de cloreto de sódio ou <2,4 g de sódio por dia).

- Praticar atividade física aeróbica de forma regular, como caminhar a pé (≥ 30 min. por dia, a maior parte dos dias da semana).
- Limitar o consumo de álcool a 3 unidades por dia em homens e 2 unidades por dia em mulheres.
- Manter uma dieta rica em fruta e vegetal (pelo menos cinco porções por dia).

As alterações dos hábitos e estilo de vida, quando feitas corretamente, podem baixar a pressão arterial para valores idênticos aos obtidos com medicação. A combinação de duas ou mais alterações pode produzir resultados ainda melhores (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

Medicação.

Estão disponíveis várias classes de fármacos para o tratamento da hipertensão, referidos em conjunto como anti-hipertensivos. A prescrição deve considerar sempre o risco cardiovascular do paciente e os valores de pressão arterial medidos, de forma a obter um perfil cardiovascular preciso do paciente (KOHLMANN JUNIOR *et al.*, 2010).

“A mono terapia pode ser a estratégia anti-hipertensiva inicial para pacientes com hipertensão arterial estágio 1 e com risco cardiovascular baixo a moderado”(KOHLMANN JUNIOR *et al.*, 2010, p.34).

O tratamento deve ser individualizado e a escolha inicial do medicamento como mono terapia deve-se basear em:

- capacidade de o agente escolhido reduzir morbidade e mortalidade cardiovasculares;
- perfil de segurança do medicamento;
- mecanismo fisiopatogênico predominante no paciente a ser tratado;
- características individuais;
- doenças associadas;
- condições socioeconômicas.

Com base nesses critérios, as classes de anti-hipertensivas atualmente consideradas preferenciais para o controle da pressão arterial em mono terapia inicial são: diuréticos, betabloqueadores, bloqueadores dos canais de cálcio, inibidores da ECA, bloqueadores do receptor AT. A posologia deve ser ajustada até que se consiga redução da pressão arterial pelo menos a um nível inferior a 140/90 mmHg. Se o objetivo terapêutico não for conseguido com o mono terapia inicial, três condutas são possíveis: se o resultado for parcial ou nulo, mas sem reação adversa, recomenda-se aumentar a dose do medicamento em uso ou associar anti-hipertensivo de outro grupo terapêutico; quando não se obtiver efeito terapêutico na dose máxima preconizada, ou se surgirem eventos adversos não toleráveis, recomenda-se a substituição do anti-hipertensivo inicialmente utilizado; se, ainda assim, a resposta for inadequada, devem-se associar dois ou mais medicamentos ((KOHLMANN JUNIOR *et al.*, 2010).

Com base em evidências de vários estudos mostrando que em cerca de 2/3 dos casos a mono terapia não foi suficiente para atingir as reduções de pressão previstas, e diante da demonstração de que valores da pressão arterial mais baixos (130/80 mmHg) podem ser benéficos para pacientes com características peculiares: de alto e muito alto risco cardiovascular, diabéticos, com doença renal crônica, mesmo que em fase incipiente, em prevenção primária e secundária de acidente vascular encefálico, há clara tendência atual para a introdução mais precoce de terapêutica combinada de anti-hipertensivos, como primeira medida medicamentosa, sobretudo nos pacientes com hipertensão em estágios 2 e 3 e para aqueles com hipertensão arterial estágio 1, mas com risco cardiovascular alto e muito alto (KOHLMANN JUNIOR *et al.*, 2010, p.35).

Os antagonistas dos receptores da angiotensina II provaram ser excelentes medicamentos para um controle inicial da HAS e são muito eficazes quando associados aos IECA em muitas das hipertensões até então consideradas resistentes, em casos de insuficiência renal ou cardíaca.

Segundo as Diretrizes da Sociedade Brasileira de Cardiologia e da Sociedade Brasileira de Hipertensão (2010), relata que a partir dos 65 anos, em termos de fisiologia, o adulto passa a ser englobado verdadeiramente na medicina geriátrica. Mas mesmo em geriatria, as particularidades de um paciente com setenta (70) anos serão muito diferentes do paciente com oitenta e cinco (85) anos mesmo que ambos sejam saudáveis ou tenham a mesma patologia. Isto se deve ao envelhecimento dos órgãos chave que manipulam os medicamentos (fígado e rins principalmente). O tratamento da hipertensão moderada ou grave em indivíduos com setenta anos ou

mais contribui para a redução da mortalidade e da percentagem dessa mortalidade associada a doenças cardiovasculares. Existem poucos estudos que levam em conta indivíduos com idade superior a 80 anos, mas uma revisão recente concluiu que o tratamento da hipertensão diminui o número de indivíduos afetado e de mortes por doenças cardiovasculares, embora tal não reduza de forma significativa o número total de mortes.

O valor aceitável de pressão arterial em indivíduos com mais de 74 anos, é discretamente mais elevado, 150/90 mmHg, isto porque tem que se ter em atenção a rigidez da parede arterial (normal na pessoa idosa). Vejamos por que: quando medimos a pressão arterial máxima, o valor que obtemos é a pressão existente dentro da artéria (pressão do sangue) adicionado à pressão necessária para colapsar a parede arterial. Este último valor é desprezível quando se trata de um adulto jovem sem arteriopatía. Se tratarmos uma pessoa idosa como a intenção de mantermos a sua pressão arterial sistólica a menos de 140 mmHg essa pessoa irá fazer hipotensão ortostática, hipotensão após as refeições, hipotensão com queda muito frequente ao levantar-se a meio da noite para urinar (como tantas vezes acontece) (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA,2010).

A artéria umbral, de parede rija e muitas vezes calcificada, é sentida como um cordão duro debaixo dos dedos do médico. Os cuidados a ter no tratamento da pessoa idosa estão bem regulamentados em vários países, com base nos estudos que têm sido efetuados e publicados, sobretudo com base nos critérios de Beers (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA,2010)

Segundo Chobanian (2017), o melhor será começar com um IECA ou com um inibidor dos receptores da angiotensina, cujos efeitos colaterais são pequenos, salvo existência de patologias paralelas. Os diuréticos serão utilizados se necessário, mas não deve ser esquecido que a pessoa idosa bebe pouca água e desidrata facilmente, sobretudo durante o verão; além disso, facilmente perdem potássio. Se excluirmos esta situação e se uma monitorização do potássio sérico for feita, os diuréticos da classe das tiazidas podem ser utilizados como drogas de primeira linha no tratamento da HAS do idoso. Quanto aos bloqueadores dos canais de cálcio, o seu uso deverá ser ponderado na medida em que estes medicamentos provocam

um "pooling" venoso importante com edema dos membros inferiores, com a agravante de que estes pacientes andam pouco e o trabalho dos músculos das pernas não contribui para a drenagem do sistema venoso. Além disso, os bloqueadores dos canais de cálcio com mais efeito vasodilatador (Dihidropiridinas) podem provocar taquicardias, taquiarritmias e aumentam assim o consumo de oxigênio pelo miocárdio, podendo agravar uma doença coronária pré-existente.

A implantação do Programa de Estratégia de Saúde da Família, tendo a família como centro de atenção de indivíduos, tanto sadios como doentes, possibilita estabelecer estratégias para propiciar mais saúde à população. A possibilidade de conhecer as famílias de forma geral e aos indivíduos, conhecendo fatores de risco e doenças para a realização de um diagnóstico de saúde, visa implantar de linhas de trabalho e intervenções positivas no processo saúde-doença em as práticas preventivas e curativas (ROSA; LABATE, 2005).

É preciso também fortalecer as equipes para que existam mudanças necessárias à construção do modelo assistencial que necessita a população. Ainda há resistência na mudança ficando um pouco difícil mudar as mentalidades das pessoas. (FARIA *et al.*, 2010).

A capacitação da equipe de saúde deve ser contínua com a intenção de identificar os principais fatores de risco e o início das doenças dos pacientes, neste caso, da HAS. A equipe deve estar capacitada e em capacitação contínua para poder realizar um trabalho efetivo e eficaz com a sua comunidade. É preciso realizar atividades de grupo com hipertensos com participação de alguns dos membros da equipe referente ao tema em questão e uma vez eles tiverem capacitados podem realizar atividades de promoção e prevenção. Isso terá como com sequência a capacitação de alguns familiares para ajudar e evitar as complicações que podem provocar, assim como as sequelas, às vezes graves e causas de invalidez para a vida.

É preciso também fortalecer as equipes para que existam mudanças necessárias à construção do modelo assistenciais de que necessita a população. Ainda há resistência na mudança de já que foram perpetuadas por muitos anos e é difícil trocar a mentalidade das pessoas (FARIA *et al.*, 2010).

6 PLANO DE AÇÃO

Dando sequência ao plano de ação, apresentamos os próximos passos.

Terceiro Passo: Descrição do Problema.

O tema que escolhemos para ser abordado é a elevada prevalência de Hipertensão Arterial na comunidade do PSF Dely Figueiredo do Município Rubim. As questões que levantamos mais relevantes para justificar esse problema é o fato de que 39% das pessoas adultas maiores de 18 anos da nossa área de abrangência apresentaram HAS durante o ano 2017.

Quarto Passo: Explicação do problema.

Em nosso trabalho diário, chama-nos atenção a alta incidência e prevalência de pacientes hipertensos com um controle inadequado da doença provocando complicações que podem ser evitadas fazendo um trabalho educativo para elevar o nível de conhecimento sobre os principais aspectos que se relacionam com a HAS e suas complicações.

Assim, chegamos à pergunta: Será que podemos aumentar o conhecimento dos pacientes sobre hipertensão arterial e suas complicações mais frequentes, com nossa estratégia educativa?

Hipótese de trabalho:

O conhecimento sobre hipertensão arterial e suas complicações mais frequentes vai aumentar se aplicarmos uma intervenção educativa para pacientes portadores da doença, no PSF Dely Figueiredo, município Rubim, distrito Itapiru (estado de Minas Gerais), melhorando assim a qualidade de vida da população, realizando-se um diagnóstico precoce e tratamento oportuno.

A alta incidência de HAS em adultos maiores de 18 anos de idade reflete-se em consultas, tanto de atenção primária de saúde quanto de atenção secundária. E as consequências, que podem deixar um inadequado controle, motivaram-nos a

realizar este estudo nos pacientes e, assim, ser capaz de influenciar em um diagnóstico preciso mais eficiente, mais oportuno, e isso vai se refletir nos pacientes evitando as complicações.

Entre as doenças crônicas que maiores complicações deixam na população adulta, encontra-se a HAS principalmente cardiovascular. E entre as causas mais frequentes, está o abandono na realização irregular do tratamento, além do estilo de vida não saudável. É de extrema importância e necessidade, com a finalidade de melhorar a qualidade de vida da população, oferecer à comunidade conhecimentos sobre a doença, suas complicações, a importância da realização do tratamento e modificação dos fatores de risco.

A HAS é um problema de saúde que afeta o mundo inteiro e nós, profissionais da saúde, temos a missão de evitar o aumento da incidência e de suas complicações. A missão da Sociedade é: estimular o intercâmbio de informações e a pesquisa (básica, clínica e epidemiológica) sobre HAS e moléstias cardiovasculares entre cientistas e profissionais da saúde brasileiros; incentivar jovens cientistas e médicos a desenvolverem pesquisa em HAS; educar médicos e profissionais de saúde sobre aspectos de HAS e moléstias cardiovasculares e, por fim, promover a detecção, controle e prevenção da hipertensão e outros fatores de risco cardiovascular na população brasileira.

Quinto passo: seleção dos nós críticos.

Foram identificados pela equipe como nós críticos os seguintes:

- Hábitos e estilo de vida da população pouco saudáveis.
- Nível de informação (pouco conhecimento do usuário sobre a doença).
- Deficiência do processo de trabalho da equipe de saúde em relação ao tema (pouca informação ao paciente e falta de grupo operativo).
- **Sexto passo: Desenho das operações.**

Nestes casos vamos descrever as operações para o enfrentamento dos selecionadas como nós críticos, identificar os produtos e resultados para cada operação definido, assim como identificar quais são os recursos necessários para a realização das operações necessárias.

Quadro 4 Desenho das operações do nó crítico número 1

Nó crítico1	Operação/ projeto	Resultado esperados	Produtos	Recursos necessários
Hábitos e estilos de vida inadequados	<p>+ Saúde</p> <p>Modificar estilos de vida mediante capacitação de pacientes com a doença e familiares.</p> <p>Avaliar o conhecimento adquirido pelos pacientes com a doença</p>	<p>Pacientes conscientes sobre a importância da realização de exercícios físicos, alimentação saudável e adesão ao tratamento.</p> <p>Cuidados efetivos com pacientes para o controle adequado das cifras da pressão arterial.</p>	<p>Pacientes com melhor preparação para prevenir e enfrentar a doença.</p>	<p>Organizacional: organização de agenda do trabalho</p> <p>Cognitivo: Capacitar as pacientes e comunidade sobre o tema em questão.</p> <p>Político/ Intersetorial: Mobilização social intersectorial.</p> <p>Financeiros: Preparação de recursos audiovisuais e projetos educativos</p>

Quadro 5 Desenho das operações donó crítico2

Nó crítico2	Operação/ projeto	Resultados esperados	Produtos	Recursos necessários
<p>Pouco nível de informação dos pacientes.</p>	<p>Aprendendo + Aumentar o nível de informação das pessoas com HAS e população geral sobre a doença, seus sintomas, sinais e ações preventivas.</p>	<p>Pacientes e população com melhor nível de informação sobre HAS, sua prevenção, tratamento e os riscos de apresentarem HAS.</p>	<p>Equipe de saúde capacitada para orientar/educar a doentes e população sobre a HAS. Campanha educativa nos grupos operativos. Municipal.</p>	<p>Cognitivo: maior conhecimento sobre HAS. Organizacional: organizar agenda e espaços para grupos operativos. Político: organização intersetorial</p>

Quadro 6 Desenho das operações do nó crítico 3

Nó crítico 3	Operação/ projeto	Resultado esperados	Produtos	Recursos necessários
Processo de trabalho da equipe de saúde da família inadequado.	Linha de cuidado Implantar a linha de cuidado para as pessoas com idade adulta maior de 18 anos da comunidade com riscos de apresentarem HAS.	Cobertura dos 100 % das pessoas adultas maiores de 18 anos com risco incrementado de apresentarem HAS.	Linha de cuidado para risco HAS implantadas. Protocolos /regulação implantados. Recursos humanos capacitados. Gestão da linha de cuidado.	Cognitivo. Elaboração de projeto da linha de cuidado e de protocolo. Político. Articulação entre os setores da saúde e adesão dos profissionais. Organizacional. Organização de fluxos de atenção e de grupos de capacitação da equipe de saúde

Sétimo passo: Identificação dos recursos críticos.

Neste passo o objetivo é a identificação dos recursos críticos que devem ser usados em cada operação.

Quadro7 Identificação dos recursos críticos

Organização projeto	
+ saúde	<p>Político: Conseguir o espaço para grupos operativos e Mobilização social</p> <p>Financeiros: (Aquisição de folhetos educativos panfletos, folhetos (folder), cartaz e cartinha) referentes ao tema da HAS por meio da secretaria de saúde e da Prefeitura municipal.</p>
Aprendendo +	<p>Organizacional: Mobilização social em torno da capacitação para o melhor conhecimento do tema HAS e espaços físicos;</p> <p>Político: articulação inter setorial</p> <p>Financeiro: financiamento do projeto por meio da secretaria de saúde e governo municipal.</p>
Linha de cuidado	<p>Financeiros: oferecer os recursos necessários para o diagnóstico da doença na própria UBS</p> <p>Político: garantir articulação entre os trabalhadores e adesão dos profissionais.</p>

Oitavo passo: análise da viabilidade do plano:

Foram identificados pela ESF os atores que têm o controle sobre os recursos críticos e que estão ou não motivados em relação às operações, propondo em cada caso ações estratégicas para motivar esses atores.

Quadro 8 Proposta das ações para motivação dos autores

Operações/ Projetos.	Recursos críticos	Controle dos recursos críticos		Ações estratégicas.
		Ator que controla	Motivação	
+ saúde	Político Conseguir o espaço para grupos operativos e Mobilização social Financeiros: aquisição de recursos como folhetos, audiovisuais, entre outros.	Médico e enfermeiro	Tem motivação favorável	Adequar horários preferidos para os grupos operativos
Aprendendo +	Político: Articulação Trabalho intersetorial	Secretaria de Saúde e Educação, Cultura.	Tem motivação favorável	Adequar horários para os grupos operativos
Linha de cuidado	Político: articular entre os trabalhadores e adesão dos profissionais.	Médico e enfermeiro	Favorável	Obtenção de material e insumos para o diagnóstico e tratamento da HAS. Adequar horários para capacitação da equipe de saúde.

Nono passo: elaboração do plano operativo.

Neste passo designamos o responsável por cada operação e definimos os prazos para a execução das operações que mostramos no quadro 8

Quadro 9 Plano operativo

Operações	Resultados	Ações estratégicas.	Responsável	Prazo
+ Saúde.	Diminuir um 20% a incidência da HAS e manter controle adequados dos fatores de risco.	Apresentar o projeto pela ESF	Médico e Enfermeira do PSF	Três meses para o início das atividades
Aprendendo +	Incrementar o conhecimento sobre HAS e diminuição da incidência de casos e evitar as complicações e sequelas.	Apresentar o projeto com apoio de toda a equipe.	Enfermeira Responsável do PSF	Apresentar o projeto em três meses para o início das atividades
Linha de cuidado	Cobertura de 100% da população com risco HAS.	Apresentar o projeto pela equipe do PF	Médico e enfermeira do PSF	Início em três meses e finalização em seis meses

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho pretende organizar melhor o trabalho da equipe de saúde do PSF Dely Figueiredo, melhorando os conhecimentos e a forma de atuação dos agentes comunitários de saúde, de modo a ensinar os pacientes portadores de HAS, familiares e população em geral sobre a doença e os fatores de risco.

A maior parte do acompanhamento e avaliação da efetividade da intervenção será feita através do acompanhamento do índice HAS em pacientes maiores de 18 anos. Além disso, serão feitos encontros com a população para avaliar o nível de informação antes e depois da proposta educativa e colher sua opinião sobre o impacto da intervenção em sua vida diária, em princípio após seis meses do início do projeto, e novamente, após um ano.

A forma de ensino utilizada é principalmente por meio das atividades de promoção e educação para a saúde, mediante elaboração de material de informação e orientação - tais como panfletos, folhetos, cartaz e cartinha; informação pela rádio e trabalho Inter setorial com ajuda do governo municipal (que é muito positiva nesse sentido). Além disso, com a ajuda financeira oferecida, temos obtido recursos materiais necessários incluindo medicamentos e melhor organização para o local de atendimento.

Os resultados serão divulgados para a população como forma de incentivar sua participação. O grande mérito desse projeto de intervenção será, aproveitando os conhecimentos adquiridos pelo Curso de Especialização, criar um projeto de intervenção de fácil execução pela equipe de Saúde da família e baixo custo geral, mas com um grande impacto positivo sobre a vida e a saúde da população adstrita. Assim como parte desse merecimento também se deve os conhecimentos adquiridos durante o curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, que deu os elementos necessários para motivar e empreender o trabalho para melhorar o estado de saúde da população em geral.

Espera-se, com este plano de ação, elevar o nível de conhecimento dos portadores da doença sobre os fatores de risco, assim como lhes ensinar a identificar os sinais e sintomas precoces e a conduta a seguir. Espera-se também organizar o processo de trabalho na Equipe de Saúde da Família, eliminando as deficiências existentes no

atendimento e acompanhamento do paciente com HAS. Com todas estas ações, pretende-se reduzir a incidência de HAS, que é um dos problemas de saúde da área de abrangência da equipe.

REFERÊNCIAS

- 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**. Brasília: Ministério da Saúde, p128: il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 37), 2013.
- MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. **Linha-Guia de hipertensão Arterial Sistêmica, Diabetes Mellitus e Doença Renal Crônica**. Belo Horizonte: Autêntica Editora. 2013.
- CAMPOS, F. C. C.; FARIA, H. P.; SANTOS, M. A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. 2 ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010, p. 110.
- CHOBANIAN, A. V Hypertension in 2017-What Is the Right Target? **JAMA: the Journal of the American Medical Association** v. 14, n. 6, p. 579-580, 2017.
- GARCIA, B. E.; TAKAHASHI; CAROLINA; RIBEIRO; FELIPE. Análise da Presença de Obesidade, Comportamentos e Fatores de Risco Cardiovascular em Indivíduos Hipertensos. **Colloquium vitae**, v. 8, n.2, p. 07-11, Mai-Ago/2016.
- FARIA, H. et al. **Processo de trabalho em saúde**. Belo Horizonte: Coopmed, 2010.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Rubim**. 2017. Disponível em <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/rubim> > Acesso em: 20 jun. 2017.
- KOHLMANN JUNIOR, O. et al. Tratamento medicamentoso. **J. Bras. Nefrol.**, v.32, supl.1, p.29-43, 2010.
- RADOVANOVIC, C. A. T.; SANTOS, L. A.; CARVALHO, M. D. B.; MARCON, S. S.. Hipertensão arterial e outros fatores de risco associados às doenças cardiovasculares em adultos. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v.22, n.4, p.547-553, 2014.
- ROSA, W. A. G.; LABATE, R. C.. Programa saúde da família: a construção de um novo modelo de assistência. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v.13, n.6, p.1027-1034, 2005.
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. Sociedade Brasileira de Hipertensão. Sociedade Brasileira de Nefrologia. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Arq. Bras. Cardiol.**, v.95, n.1, suppl.1, p.51, 2010.
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão. **Arq. Bras. Cardiol.**, v.107, n.3, suppl.3, 2016.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Global Atlas on Cardiovascular Disease Prevention and Control**. MENDIS, S.; PUSKA, P.; NORRVING, B. editors. Geneva: World Health Organization, 2011.