

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

**NORKA CONTRERAS JIMÉNEZ**

**ESTRATÉGIA EDUCATIVA PARA DIMINUIR O NÚMERO DE HIPERTENSOS  
NOS USUÁRIOS IDOSOS.**

**Polo Campo Gerais, Estado Minas Gerais**

**2016**

**NORKA CONTRERAS JIMÉNEZ**

**ESTRATÉGIA EDUCATIVA PARA DIMINUIR O NÚMERO DE HIPERTENSOS  
NOS USUÁRIOS IDOSOS.**

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

Orientadora: Profa. Dra. Fernanda Borges de Araújo Paula

**Polo Campo Gerais, Estado Minas Gerais**

**2016**

**NORKA CONTRERAS JIMÉNEZ**

**ESTRATÉGIA EDUCATIVA PARA DIMINUIR O NÚMERO DE HIPERTENSOS  
NOS USUÁRIOS IDOSOS.**

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

Orientadora: Profa. Dra. Fernanda Borges de Araújo Paula

**Banca examinadora**

Examinador 1: Profa. Dra. Fernanda Borges de Araújo Paula

UNIFAL-MG

Examinador 2 – Prof. Dra. Maria Rita Rodrigues

UNIFAL-MG

Aprovado em Belo Horizonte, \_\_\_/\_\_\_/2016.

## DEDICATORIA

À comunidade de Juruiaia pelo acolhimento.

À equipe de ESF Juruiaia II que colaborou com a busca e coleta de informações.

À meus familiares pelo incentivo.

***“Pensamos demasiadamente e sentimos muito pouco. Necessitamos mais de humildade que de máquinas. Mais de bondade e ternura que de inteligência. Sem isso, a vida se tornará violenta e tudo se perderá. ”***

***“Charles Chaplin”***

## RESUMO

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é um importante problema de saúde pública no Brasil e no mundo, sendo ainda um dos mais importantes fatores de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renal crônica. O objetivo deste trabalho foi elaborar um plano de intervenção para aumentar o conhecimento sobre hipertensão arterial e controle da doença nos usuários idosos de ESF Juruáia II. Para o desenvolvimento do Plano de Intervenção foi utilizado o Método do Planejamento Estratégico Situacional (PES). Foi realizada uma revisão integrativa, utilizando como descritores as palavras hipertensão arterial e idosos. Os dados utilizados foram fornecidos pelo SIAB, informantes chaves, líderes comunitários, pela própria equipe (prontuários de atendimento individual), e pelo Plano Municipal de Saúde. A elaboração do plano de intervenção partiu da priorização dos problemas e seleção dos nós críticos, dos recursos críticos bem como da proposta para a motivação dos atores e esquema do plano operativo. Espera-se que a proposta desenvolvida possa contribuir para diminuir o número de hipertensos nos usuários idosos, criando novas estratégias de promoção e prevenção dessa doença, além de enfatizar a prática na educação permanente.

**Palavras-chave:** Hipertensão Arterial Sistêmica. Fatores de risco. Atenção Primária à Saúde.

## ABSTRACT

Systemic arterial hypertension (SAH) is a major public health problem in Brazil and in the world, yet one of the most important risk factors for developing cardiovascular disease, cerebrovascular and chronic renal. The objective of this study was to develop an action plan to raise awareness of blood pressure and control of the disease in elderly users of ESF Juruáia II. For the development of the Intervention Plan, we used the Strategic Planning Method Situational (PES). an integrative review was performed using descriptors like the words hypertension and elderly. The data were provided by the SIAB, key informants, community leaders, by the team (individual service records), and the Municipal Health Plan. The preparation of the action plan set out the prioritization of problems and selection of critical nodes, resources critics as well as the proposal for the motivation of the actors and operating plan of the scheme. It is expected that the proposal developed to help reduce the number of hypertensives in elderly users, creating new strategies for promotion and prevention of this disease, as well as emphasizing the practice in continuing education.

Keywords: Hypertension. Risk factors. Primary Health Care.

## LISTA DE QUADROS

- Quadro 1- Classificação de prioridades dos problemas identificados a partir do diagnóstico situacional na área de abrangência de Estratégia de Saúde da família, Juruáia II, 2015.
- Quadro 2- Descritores do problema aumento de usuários hipertensos idosos Equipe ESF Juruáia II, 2015.
- Quadro 3- Desenhos das operações para os nós críticos do problema aumento de usuários hipertensos idosos, ESF Juruáia II, 2015
- Quadro 4- Recursos críticos para o desenvolvimento das operações definidas para o enfrentamento dos “nós” críticos do problema aumento de usuários hipertensos idosos.
- Quadro 5- Proposta de ações para motivação dos atores
- Quadro 6- Elaboração do plano operativo.
- Quadro 7- Apresenta as estratégias adotadas para o acompanhamento do plano de ação no enfrentamento do problema selecionado.



## SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	10
2. JUSTIFICATIVA.....	12
3. OBJETIVO.....	13
4. MÉTODO.....	14
5. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA .....	15
6. PLANO DE INTERVENÇÃO.....	19
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	26
8. REFERÊNCIAS.....	27

## 1-INTRODUÇÃO

O nome “Juruuaia” é de origem tupi-guarani, havendo duas hipóteses de interpretação para seu significado: barra mansa e boca com dentes, através da junção de juru (boca) e ãia (dente) (OLIVERIA et al., 2014).

Localiza-se no sul do Estado de Minas Gerais, a 450 km de Belo Horizonte (capital do estado). Seus municípios limítrofes são: Nova Rezende (N), Monte Belo (L), Muzambinho (S e SE), Guaxupé (O) e São Pedro da União (NO). Tendo uma área de extensão de 219,512km<sup>2</sup> e densidade de 42,08 hab./km<sup>2</sup>. Sua temperatura média é de 20 graus centígrados; sua população estimada em 1 de julho de 2013 era de 9887 habitantes. A cidade tem dois feriados municipais, sendo um o dia 20 de janeiro (religioso, dia de São Sebastião). (OLIVEIRA et al, 2014)

Juruuaia, hoje, é um dos maiores polos produtores de lingerie do país, responsável por cerca de 15 por cento da produção nacional (OLIVEIRA et al, 2014)

Entre 2000 e 2010, a população de Juruuaia cresceu a uma taxa média anual de 1,86%, enquanto no Brasil foi de 1,17%, no mesmo período. Nesta década a taxa de urbanização do município passou de 42,14% para 48,86%. Em 2010 viviam, no município 9,238 pessoas. (OLIVEIRA et al, 2014)

A esperança de vida ao nascer é o indicador utilizado para compor a dimensão longevidade do Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM). Em Juruuaia, a esperança de vida ao nascer aumentou 7,1 anos nas últimas duas décadas, passando de 69,5 anos em 1991 para 72,3 anos em 2000, e para 76,6 anos em 2010. Em 2010, a esperança de vida ao nascer média para o estado é de 75,3 anos e, para o país, de 73,9 anos. A mortalidade infantil (mortalidade de crianças com menos de um ano) em Juruuaia reduziu 41%, passando de 22,3 por mil nascidos vivos em 2000 para 13,00 por mil nascidos vivos em 2010. Segundo os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio das Nações Unidas, a mortalidade infantil para o Brasil deve estar abaixo de 17,9 óbitos por mil em 2015. Em 2010, as taxas de mortalidade infantil do estado e do país eram 15,1 e 16,7 por mil nascidos vivos, respectivamente. (OLIVEIRA et al, 2014)

Proporções de crianças e jovens frequentando ou tendo completado determinados ciclos indica a situação da educação entre a população em idade escolar do estado e compõe o IDHM Educação. No município, a proporção de crianças de 5 a 6 anos na escola é de 97,49%, em 2010. No mesmo ano, a proporção de crianças de 11 a 13 anos frequentando os anos finais do ensino fundamental é de 82,98%; a proporção de jovens de 15 a 17 anos com ensino fundamental completo é de 61,98%; e a proporção de jovens de 18 a 20 anos com ensino médio completo é de 34,85%. Entre 1991 e 2010, essas proporções aumentaram, respectivamente, em 76,83 pontos percentuais, 57,30 pontos percentuais, 50,94 pontos percentuais e 32,45 pontos percentuais. (OLIVEIRA et al, 2014)

Em 2010, 86,12% da população de 6 a 17 anos do município estavam cursando o ensino básico regular com até dois anos de defasagem idade-série. Entre os 3022 habitantes da área de abrangência da equipe de ESF (Estratégia de Saúde da Família) Juruuaia II, pertencentes a 1063 famílias, divididas em 6 micro áreas, uma delas está distante ao centro do município, pois pertence a zona rural; 1658 (54,86%) são da zona urbana e 1364 (45,13%) são da rural. (OLIVEIRA et al, 2014)

O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) -Juruuaia é 0,723 em 2010, o que situa esse município na faixa de Desenvolvimento Humano Alto (IDHM entre 0,700 e 0,799). A dimensão que mais contribui para o IDHM do município é Longevidade, com índice de 0,860 seguida de Renda, com índice de 0,794, e de

Educação, com índice de 0,553. A renda per-capta do município para 2013 é de R\$ 1.122,10 (um mil, cento e vinte e dois reais e dez centavos), visto que para o Brasil é de R\$ 793,87 (setecentos e noventa e três reais e oitenta e sete Centavos). (OLIVEIRA et al, 2014)

A Estratégia Saúde da Família (**ESF**) visa à reorganização da atenção básica no País, de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde, e é tida pelo Ministério da Saúde e gestores estaduais e municipais como estratégia de expansão, qualificação e consolidação da atenção básica por favorecer uma reorientação do processo de trabalho com maior potencial de aprofundar os princípios, diretrizes e fundamentos da atenção básica, de ampliar a resolutividade e impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades, além de propiciar uma importante relação custo-efetividade.(OLIVEIRA,2014) Um ponto importante é o estabelecimento de uma equipe multiprofissional (equipe de Saúde da Família – ESF) composta por, no mínimo: médico; enfermeiro; auxiliar ou técnico de enfermagem; e agentes comunitários de saúde.(CAMPO,2010)

Podem ser acrescentados a essa composição os profissionais de saúde bucal: cirurgião-dentista, auxiliar e/ou técnico em saúde bucal. A população é atendida por quatro Equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF); nossa equipe (ESF Juruáia II) atende a 3022 habitantes, pertencentes a 1063 famílias, divididas em 6 micro áreas, uma delas está distante do centro do município, pois pertence a zona rural, prestando atendimento básico a saúde; tendo uma cobertura de 100% da população, a especialidade que atende é Clínica Geral, horário de funcionamento é das 7:30 am as 16:00, a carga horaria é de 40 horas semanais. (OLIVEIRA et al, 2014)

A população empregada vive, basicamente, do trabalho nas empresas de *lingerie*, além da agricultura cafeeira em pequenas propriedades rurais remanescentes localizadas na periferia da cidade e da prestação de serviços e economia informal (OLIVEIRA et al, 2014)

A hipertensão arterial (HA) é a causa mais comum de morbidade na população adulta e é frequente nos serviços de emergência no Brasil. Em todo país são cerca de 17 milhões de portadores de hipertensão arterial sistêmica, 35% da população de 40 anos ou mais. Esse número é crescente; seu aparecimento está cada vez mais precoce e estima-se que cerca de 4% das crianças e adolescentes também sejam portadoras da HAS. A HAS constitui um dos principais fatores de riscos para o aparecimento das doenças cardíacas e seu controle está diretamente relacionado com os fatores de riscos. (BARROS et al.2009)

Na população adstrita encontra-se um alto índice de pacientes idosos hipertensos que não tem estilos de vida saudáveis. A hipertensão arterial apresenta custos médicos e socioeconômicos elevados, decorrentes principalmente das suas complicações e sequelas, tais como: doença cerebrovascular, doença arterial coronariana, insuficiência cardíaca, insuficiência renal crônica e doença vascular de extremidades. A carga de doenças representada pela morbimortalidade devida à doença é muito alta e por tudo isso a HAS é um problema grave de saúde pública no Brasil e no mundo.

## **2-JUSTIFICATIVA**

Este trabalho se justifica pelo aumento de hipertensos entre os idosos na comunidade, pelo grande número de idosos com níveis pressóricos não controlados e suas consequências.

A equipe participou da análise dos problemas levantados e considerou que no nível local temos recursos humanos e materiais para fazer um Plano de Intervenção visando diminuir o impacto negativo dessa doença na população alvo.

### **3-OBJETIVOS**

#### **3.1GERAL:**

Elaborar um plano de intervenção para aumentar o conhecimento sobre hipertensão arterial e controle da doença nos usuários idosos de ESF Juruiaia II.

#### **3.2ESPECÍFICOS:**

- Identificar o nível de conhecimento sobre os fatores de risco e controle da hipertensão arterial nos usuários idosos.
- Abordar a importância da educação em saúde para uma melhor assistência dos profissionais da equipe na prevenção e controle da HAS.

#### 4- METODOLOGIA

Para o desenvolvimento do Plano de Intervenção será utilizado o Método do Planejamento Estratégico Situacional (PES), o qual é entendido como um instrumento para ser utilizado em situações de baixa governabilidade, nas quais o ator não controla, previamente, os recursos necessários para alcançar seus objetivos. (CAMPOS,2010)

O PES tem quatro momentos: o explicativo, que consiste na busca, justificativa ou porquê da situação atual; o normativo, é a elaboração dos planos; o tático – operacional, que estabelece o que se deseja fazer e o estratégico que analisa a viabilidade das operações planejadas. (CAMPOS,2010)

Foi realizada uma revisão integrativa, utilizando como descritores as palavras hipertensão arterial e idosos. Os dados utilizados foram fornecidos pelo SIAB, por informantes chaves e líderes comunitários, pela própria equipe (prontuários de atendimento individual), e pelo Plano Municipal de Saúde. Foram selecionados indicadores da frequência de alguns problemas relacionados a hipertensão arterial (número de hipertensos cadastrados, acompanhados pelos agentes comunitários de saúde-ACs, presença de dislipidemias, número de tabagistas), da ação da equipe frente a esses problemas (cobertura e controle de hipertensão) e também indicadores que podem nos dar uma ideia indireta da eficácia das ações (internações e óbitos). As ações de saúde foram desenvolvidas conforme protocolo do Ministério da Saúde e envolveram as atividades físicas e terapêuticas dos usuários idosos, uma vez por semana; as palestras educativas sob hábitos alimentares saudáveis, saúde bucal, alcoolismo, tabagismo, sedentarismo e obesidade. Houve a participação da maioria dos integrantes da equipe: assistentes sociais, enfermeiros e técnicos de enfermagem, médico clínico geral, odontólogos e assistentes de odontologia, psicólogo e outros membros. A equipe encarregada de fazer as avaliações foi composta pela autora da investigação, a enfermeira da unidade básica de saúde, a auxiliar de enfermagem e os agentes comunitários.

## 5-REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Hipertensão Arterial é definida como pressão arterial sistólica maior ou igual a 140 mmHg e uma pressão arterial diastólica maior ou igual a 90 mmHg, em indivíduos que não estão fazendo uso de medicação anti-hipertensiva. Deve-se considerar no diagnóstico da HAS, além dos níveis tensionais, o risco cardiovascular global, estimado pela presença dos fatores de risco, a presença de lesões nos órgãos-alvo e as comorbidades associadas (SAÚDE, 2013).

A Hipertensão arterial sistêmica (HAS) é um importante problema de saúde pública no Brasil e no mundo, sendo ainda um dos mais importantes fatores de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renal crônica. É responsável por pelo menos 40% das mortes por acidente vascular cerebral e por 25% das mortes por doença arterial coronariana. Em combinação com o diabetes, representa 62,1% do diagnóstico primário de pessoas submetidos à diálise. Entre as pessoas idosas, a hipertensão é uma doença altamente prevalente, acometendo cerca de 50% a 70% das pessoas nessa faixa etária. É um fator determinante de morbidade e mortalidade, mas, quando adequadamente controlada, reduz significativamente as limitações funcionais e a incapacidade nos idosos. Assim, a hipertensão não deve ser considerada uma consequência normal do envelhecimento (SAÚDE, 2013).

A medida da pressão arterial deve ser realizada com técnica adequada e com esfigmomanômetros confiáveis, sendo considerado ideal o de coluna de mercúrio. Os aparelhos do tipo aneroide, quando usados, devem ser periodicamente testados e calibrados. O manguito deve ter o tamanho adequado ao braço da pessoa. A largura da bolsa de borracha deve corresponder a 40% da circunferência do braço e o seu comprimento envolver pelo menos 80% do referido membro (SANTOS, 2006).

Esta medida deve ser realizada na posição sentada, de acordo com o procedimento descrito no Caderno de Atenção Básica nº 16 - Hipertensão Arterial. Dois aspectos importantes devem ser considerados nas pessoas idosas:

- Maior frequência de hiato auscultatório, que consiste no desaparecimento dos sons na ausculta durante a deflação do manguito, geralmente, entre o final da fase I e o início da fase II dos sons de Korotkoff. Tal achado pode subestimar a verdadeira pressão sistólica ou superestimar a pressão diastólica.
- Pseudo-hipertensão, caracterizada por nível de pressão arterial falsamente elevada em decorrência do enrijecimento da parede da artéria. Pode ser detectada por meio da manobra de Osler, que consiste na inflação do manguito no braço até o desaparecimento do pulso radial. Se a artéria for palpável após esse procedimento, sugerindo enrijecimento, a pessoa é considerada Osler positivo. (SANTOS, 2006).

São considerados fatores de risco para o desenvolvimento da HA:

- Idade: a pressão arterial aumenta linearmente com a idade. Em indivíduos jovens, a hipertensão decorre mais frequentemente apenas da elevação na pressão diastólica, enquanto que a partir da sexta década o principal componente é a elevação da pressão sistólica. O risco relativo de desenvolver doença cardiovascular associado ao aumento da pressão arterial não diminui com o avanço da idade e o risco absoluto aumenta marcadamente.
- Sexo e etnia: a prevalência global de hipertensão entre homens (26,6%; IC 95% 26,0- 27,2%) e mulheres (26,1%; IC 95% 25,5-26,6%) insinua que o gênero sexual não é um fator de risco para hipertensão. Estimativas globais sugerem taxas de hipertensão mais elevadas para homens até os 50 anos e para mulheres a partir da

sexta década. A hipertensão é mais prevalente em mulheres afrodescendentes com excesso de risco de hipertensão de até 130% em relação as mulheres brancas.

- Fatores socioeconômicos: nível socioeconômico mais baixo está associado a maior prevalência de hipertensão arterial e de fatores de risco para elevação da pressão arterial, além de maior risco dele são órgãos-alvos eventos cardiovasculares. Hábitos dietéticos, incluindo consumo de sal e ingestão de álcool, índice de massa corpórea aumentada, estresse psicossocial, menor acesso aos cuidados de saúde e nível educacional são possíveis fatores associados.
- Consumo de sal: o consumo excessivo de sódio contribui para a ocorrência de hipertensão arterial. A relação entre aumento da pressão arterial e avanço da idade é maior em populações com alta ingestão de sal. Povos que consomem dieta com reduzido conteúdo deste, têm menor prevalência de hipertensão e a pressão arterial não se eleva com a idade. Entre os índios, que têm baixa ingestão de sal, não foram observados casos de hipertensão arterial. Em população urbana brasileira, foi identificada maior ingestão de sal nos níveis socioeconômicos mais baixos.
- Obesidade: o excesso de massa corporal é um fator predisponente para a hipertensão, podendo ser responsável por 20% a 30% dos casos de hipertensão arterial; 75% dos homens e 65% das mulheres apresentam hipertensão diretamente atribuível a sobrepeso e obesidade. Apesar do ganho de peso estar fortemente associado com o aumento da pressão arterial, nem todos os indivíduos obesos tornam-se hipertensos. Estudos observacionais mostraram que ganho de peso e aumento da circunferência da cintura são índices prognósticos importantes de hipertensão arterial, sendo a obesidade central um importante indicador de risco cardiovascular aumentado. Estudos sugerem que obesidade central está mais fortemente associada aos níveis de pressão arterial do que a adiposidade total. Indivíduos com nível de pressão arterial ótimo, que ao correr do tempo apresentam obesidade central, têm maior incidência de hipertensão. A perda de peso acarreta redução da pressão arterial.
- Álcool: o consumo elevado de bebidas alcoólicas como cerveja, vinho e destilados aumenta a pressão arterial. O efeito varia com o gênero e a magnitude está associada à quantidade de etanol e à frequência de ingestão. O efeito do consumo leve a moderado de etanol não está definitivamente estabelecido. Verifica-se redução média de 3,3 mmHg (2,5 a 4,1 mmHg) na pressão sistólica e 2,0 mmHg (1,5 a 2,6 mmHg) na pressão diastólica com a redução no consumo de etanol. Estudos observacionais indicam que o consumo de bebida alcoólica fora de refeições aumenta o risco de hipertensão, independentemente da quantidade de álcool ingerida.
- Sedentarismo: o sedentarismo aumenta a incidência de hipertensão arterial. Indivíduos sedentários apresentam risco aproximado 30% maior de desenvolver hipertensão que os ativos. O exercício aeróbio apresenta efeito hipotensor maior em indivíduos hipertensos que normotensos.
- Fatores de risco cardiovascular: ocorre mais comumente na forma combinada. Além da predisposição genética, fatores ambientais podem contribuir para uma agregação de fatores de risco cardiovascular em famílias com estilo de vida pouco saudável. A obesidade aumenta a prevalência da associação de múltiplos fatores de risco (BRASIL, 2006a).

A hipertensão arterial pode levar a complicações, comprometendo as funções de diversos órgãos, entre os quais se destacam:

- Coração: pode levar a angina do peito, infarto do miocárdio, insuficiência cardíaca, arritmias cardíacas e distúrbios da condução elétrica do coração.



- Cérebro: a isquemia cerebral transitória é uma disfunção neurológica reversível, geralmente, durando poucos minutos. O acidente vascular cerebral ou derrame cerebral é uma disfunção neurológica mais duradoura, podendo deixar sequelas graves. O derrame cerebral poderá ser causado por uma obstrução ou sangramento de uma artéria cerebral (acidente vascular cerebral isquêmico e hemorrágico, respectivamente).
- Rins: a hipertensão arterial assim como o diabetes mellitus constituem a principal causa de insuficiência renal crônica no Brasil.
- -Vasos: a hipertensão arterial pode causar a aterosclerose (formação de placas de gordura ou ateromas na parede das artérias) e as doenças da aorta (aterosclerose, aneurismas e dissecção aórtica aguda).
- Olhos: a retinopatia hipertensiva pode levar à cegueira (FUCHS et al., 2004).

Nos países em desenvolvimento, o crescimento da população idosa e o aumento da longevidade, associados a mudanças nos padrões alimentares e no estilo de vida, têm forte repercussão sobre o padrão de morbimortalidade. No Brasil, projeções da Organização das Nações Unidas (ONU) (2002) indicam que a mediana da idade populacional passará, de 25,4 anos em 2000 a 38,2 anos em 2050. Uma das consequências desse envelhecimento populacional é o aumento das prevalências de doenças crônicas, entre elas a hipertensão (SAÚDE, 2008).

No Brasil, as doenças cardiovasculares são responsáveis por 33% dos óbitos com causas conhecidas. Além disso, essas doenças foram a primeira causa de hospitalização no setor público, entre 1996 e 1999, e responderam por 17% das internações de pessoas com idade entre 40 e 59 anos e 29% daquelas com 60 ou mais anos (SAUDE, 2008).

A maioria dos eventos cardiovasculares ocorre em indivíduos com alterações leves dos fatores de risco que, se deixados sem tratamento por muitos anos, podem produzir uma doença manifesta. Vários estudos epidemiológicos e ensaios clínicos já demonstraram a drástica redução da morbimortalidade cardiovascular com o tratamento da hipertensão arterial. Existe boa evidência médica de que medidas depressão arterial podem identificar adultos com maior risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, em razão da hipertensão. Diretrizes de serviços preventivos dos Estados Unidos da América (EUA) e do Canadá recomendam o rastreamento sistemático da hipertensão em adultos, dados os benefícios do tratamento precoce (CONTEL, 2008).

Estudos de prevalência da hipertensão no Brasil, entre 1970 e início dos anos 90, revelam valores de prevalência entre 7,2 e 40,3% na Região Nordeste, 5,04 a 37,9% na Região Sudeste, 1,28 a 27,1% na Região Sul e 6,3 a 16,75% na Região Centro-Oeste. Esses estudos de prevalência são importantes fontes de conhecimento da frequência de agravos na população. Servem, também para a verificação de mudanças ocorridas após as intervenções (ALMEIDA et al.2003).

Sabe-se que a hipertensão arterial está comumente associada às doenças do aparelho circulatório (85% dos pacientes com acidentes vascular-cerebral e cerca de 40 a 60% dos pacientes com infarto agudo do miocárdio). Este é o principal grupo de causas de morte em Santa Catarina, representando cerca de um terço do total de óbitos ocorridos a cada ano (ALMEIDA et al. 2003).

Nos últimos anos, observa-se o aumento do número de estudos transversais para estimar a prevalência da hipertensão arterial. Observa-se, entretanto, grande variabilidade na informação obtida, em função de vários fatores, entre os quais: a) desenhos de amostra diversos; b) distintos grupos populacionais (sexo, idade, renda, escolaridade, etc.); c) abrangência geográfica do estudo (nacional, regional,

urbano, rural); d) critérios de diagnóstico e rigor na mensuração da pressão arterial (PA); e) fonte e tipos de dados coletados; e f) análise dos dados. Essa variabilidade da informação, geralmente, inviabiliza a comparação dos estudos e sua utilização como ferramenta de decisão para a Saúde Pública (FUCHS et al.2004).

Os profissionais de saúde da rede básica têm importância primordial nas estratégias de controle da hipertensão arterial, quer na definição do diagnóstico clínico e da conduta terapêutica, quer nos esforços requeridos para informar e educar o paciente hipertenso como fazê-lo seguir o tratamento.

É preciso ter em mente que a manutenção da motivação do paciente em não abandonar o tratamento é talvez uma das batalhas mais árduas que profissionais da saúde enfrentam em relação ao paciente hipertenso. Para complicar ainda mais a situação, é importante lembrar que um grande contingente de pacientes hipertensos também apresenta outras comorbidades, como diabetes, dislipidemia e obesidade, o que traz implicações importantes em termos de gerenciamento das ações terapêuticas necessárias para o controle de um aglomerado de condições crônicas, cujo tratamento exige perseverança, motivação e educação continuada (BRASIL, 2006b).

## 6-PLANO DE INTERVENÇÃO

### **1º passo:** Identificação dos problemas

Após a reunião com a equipe de trabalho, discutindo-se o diagnóstico situacional da nossa área de abrangência, foram identificados os seguintes problemas:

a) Aumento de usuários Hipertensos idosos

Os usuários desconhecem a importância da prevenção dos fatores de risco da hipertensão arterial, e há pouca adesão ao Programa Hipertensão.

b) Aumento de cachorros soltos nas estradas.

O aumento de cachorros nas ruas tem trazido como consequência novos casos por mordeduras de cão.

c) Não realização da classificação de risco dos usuários.

Na ESF tem os protocolos de Manchester, mais este não é aplicado pois não há preparação dos funcionários da equipe, então as triagens são feitas para que não seja remarcado nenhuma consulta e conseqüentemente o paciente não retorne as suas casas sem atendimento. Com isso ocorre lotação de usuários, e o trabalho fica subcarregado.

### **2º passo:** Priorização dos problemas

Uma vez identificados os problemas, foi efetuada a priorização dos mesmos, tendo como critérios para a seleção deles; a importância do problema, sua urgência e a própria capacidade para enfrentá-los. A equipe elaborou uma tabela para melhor seleção e priorização dos problemas a partir do diagnóstico situacional. (CAMPO,2010)

Quadro-1. Classificação de prioridades dos problemas identificados a partir do diagnóstico situacional na área de abrangência de Estratégia de Saúde da família, Juruáia II, 2015.

Principais problemas	Importância	Urgência	Capacidade para enfrentá-los	Seleção
Aumento de usuários Hipertensos idosos	Alta	9	Parcial	1
Aumento de cachorros nas estradas	Alta	6	Fora	3
Não realização da classificação de risco dos usuários	Alta	7	Parcial	2

A seleção foi feita a partir da análise dos pontos obtidos com os critérios anteriores. Na Equipe ESF Juruáia II, o problema aumento de usuários Hipertensos idosos, foi selecionado como prioridade 1, pois dos usuários idosos (total 1336 pessoas), 32 % (427 idosos) são hipertensos.

### **3º passo:** Descritores do problema

Foram utilizados alguns dados fornecidos pelo SIAB e outros que foram produzidos pela própria equipe. Foram selecionados indicadores da frequência de alguns problemas relacionados a hipertensão arterial (número de hipertensos cadastrados acompanhados pelo ACs, hipertensos analfabetos, dislipidemias, tabagistas), de ação da equipe frente a esses problemas (cobertura e controle de

hipertensão) e também indicadores que podem nos dar uma ideia indireta da eficácia das ações (internações e óbitos). Cabe aqui ressaltar as deficiências dos nossos sistemas de informação e da necessidade de a equipe produzir informações adicionais para auxiliar no processo do planejamento.

Quadro-2. Descritores do problema aumento de usuários hipertensos idosos. Equipe ESF Juruá II, 2015.

Descritor	Valor	Fonte
Hipertensos Cadastrados	427	SIAB
Hipertensos acompanhados pelo ACs	427	Registro da equipe
Hipertensos Controlados	140	Registro da equipe
Hipertensos não controlados	287	Registro da equipe
Dislipidemias	305	Registro da equipe
Tabagistas	125	Registro da equipe
Obesidade	217	Registro da equipe
Sedentarismo	193	Registro da equipe

#### **4º passo:** Explicação do problema

A hipertensão arterial (HA) é a morbidade mais comum na população adulta e frequente nos serviços de emergência no Brasil. Em todo país são cerca de 17 milhões de portadores de hipertensão arterial sistêmica, 35% da população de 40 anos ou mais. Esse número é crescente; seu aparecimento está cada vez mais precoce e estima-se que cerca de 4% das crianças e adolescentes também sejam portadoras da HAS. A HAS constitui um dos principais fatores de riscos para o aparecimento das doenças cardíacas e seu controle está diretamente relacionado com os fatores de riscos. (BARROS et al.2009)

Na população adstrita encontra-se um alto índice de pacientes idosos hipertensos que não tem estilos de vida saudáveis. A hipertensão arterial apresenta custos médicos e socioeconômicos elevados, decorrentes principalmente das suas complicações e sequelas, tais como: doença cerebrovascular, doença arterial coronariana, insuficiência cardíaca, insuficiência renal crônica e doença vascular de extremidades. A carga de doenças representada pela morbimortalidade devida à doença é muito alta e por tudo isso a HAS é um problema grave de saúde pública no Brasil e no mundo

#### **5º passo:** Identificação dos “Nós críticos”:

- Hábitos e estilos de vida inadequados
- Nível de informação
- Processo de trabalho da equipe de saúde.

**6º passo:** O quadro 3 apresenta os desenhos das operações planejadas pela equipe após a identificação dos nós críticos.

Quadro-3 Desenhos das operações para os nós críticos do problema aumento de usuários hipertensos idosos, ESF Juruá II, 2015.

<b>Nós Críticos</b>	<b>Operação/Projeto</b>	<b>Resultados Esperados</b>	<b>Produtos</b>	<b>Recursos Necessários</b>
Hábitos e estilos de vida inadequados	<b>Menos peso mais saúde.</b> Modificar hábitos e estilos de vida inadequados	Diminuir 30% de obesos, sedentários e tabagista	Programa de grupo operativo da ESF	Financeiros: para folhetos educativos, palestra sobre dieta saudável. Cognitivo: informação sobre alimentos saudáveis, consequência dos hábitos tóxicos. Organizacionais: Para realizar exercícios físicos. Políticos: para conseguir local, mobilização social, apoio intersetorial.
Nível de informação	<b>Conhecer mais</b> Aumentar o nível de conhecimento dos usuários hipertensos idosos sobre a prevenção dos fatores de risco.	Usuários mais informados e preparados para o controle da doença.	Campanha na rádio local Avaliação do nível de informação da população Programa de capacitação dos cuidadores	Financeiros: aumento de ofertas dos exames, consultas. Cognitivos: informação sobre estratégias educativas e de comunicação Organizacionais: Organização da agenda de consultas Políticos: mais articulação intersetorial
Processo de Trabalho da equipe de saúde	<b>Linha de cuidado</b> Reorganizar o processo de trabalho para implantação das linhas guias de estratificação de risco cardiovascular nos usuários	Cobertura de 95 % dos usuários hipertensos idosos	Implantar a estratificação de risco cardiovascular aos usuários hipertensos idosos	Cognitivo: capacitação sobre uso das linhas guias de HAS. Políticos: adesão entre profissionais e outros setores.

	hipertensos idosos			Organizacional: melhorar o fluxo entre referência e contra referência.
--	--------------------	--	--	---

**7º Passo:** Identificação dos recursos críticos

Quadro-4 Recursos críticos para o desenvolvimento das operações definidas para o enfrentamento dos “nos” críticos do problema aumento de usuários hipertensos idosos.

<b>Operações/Projetos</b>	<b>Recursos críticos</b>
<b>Menos peso mais saúde</b>	Político: conseguir o espaço na rádio local. Financeiro: para aquisição de recursos audiovisuais, folhetos educativos, etc.
<b>Conhecer mais</b>	Político: conseguir espaço na rádio local e no jornal regional. Financeiro: aquisição de recursos para folhetos educativos, palestras, etc.
<b>Linha de cuidado</b>	Político: articulação entre os setores assistenciais de saúde Financeiro: recursos necessários para a estruturação do serviço (custeio e equipamentos).

**8º passo:** Análise de viabilidade do plano

Quadro-5 Proposta de ações para motivação dos atores

<b>Operações/Projetos</b>	<b>Recursos Críticos</b>	<b>Controle dos recursos críticos</b>		<b>Ação estratégica</b>
		<b>Ator que controla</b>	<b>Motivação</b>	
<b>Menos peso mais saúde</b> Modificar hábitos e estilo de vidas inadequados	Político: conseguir o espaço na rádio local. Financeiro: para aquisição de recursos audiovisuais, folhetos educativos, etc.	Secretaria de saúde Setor de comunicação social Associações de Barrios	Favorável	Apoio intersetorial
<b>Conhecer mais</b> Aumentar o nível de	Político: conseguir espaço na rádio	Secretaria de Educação	Favorável	Apresentar o projeto

conhecimento dos usuários hipertensos idosos sobre a prevenção dos fatores de risco.	local e no jornal regional. Financeiro: aquisição de recursos para folhetos educativos, palestras, etc.	Secretaria de saúde	Favorável	
<b>Linha de cuidado</b> Reorganizar o processo de trabalho para implantação das linhas guias de estratificação de risco cardiovascular nos usuários hipertensos idosos	Político: articulação entre os setores assistenciais de saúde Financeiro: recursos necessários para a estruturação do serviço (custeio e equipamentos).	Secretaria de saúde	Favorável	Apresentar projeto o

**9º passo:**

Quadro-6 Elaboração do plano operativo.

<b>Operações</b>	<b>Resultados</b>	<b>Pro endemias e epidemia adulto</b>	<b>Ações estratégicas</b>	<b>Responsável</b>	<b>Prazo</b>
<b>Menos peso mais saúde</b> Modificar hábitos e estilo de vidas inadequados	Diminuir 30% de obesos, sedentários e tabagista	Campanha educativa na UAB, na rádio local, Programa de caminhadas; orientações por médio do HIPERDIA.	Elaborar e demonstrar o projeto	Tatiane (nutricionista) e Neylliane (enfermagem)	6 a 12 meses
<b>Conhecer mais</b> Aumentar o nível de conhecimento dos usuários hipertensos idosos sobre a prevenção dos fatores de risco	Usuários mais informados e preparados para o controle da doença.	Orientações por meio do HIPERDIA, Reuniões semanais Educação continuada semanal (capacitação dos ACs e dos cuidadores) avaliação do nível de conhecimento dos usuários	Elaborar e demonstrar o projeto	Luciene e o Ilson (ACs)	6 a 12 meses

		e dos cuidadores.			
<b>Linha de cuidado</b> Reorganizar o processo de trabalho para implantação das linhas guias de estratificação de risco cardiovascular nos usuários hipertensos idosos	Cobertura de 95 % dos usuários hipertensos idosos	Reuniões semanais Educação continuada semanal (para capacitação dos profissionais da equipe)	Elaborar e demonstrar o projeto	Neylliane (enfermagem) e Dra. Norka	6 a 12 meses

### **10º Passo:** Gestão do Plano

De acordo com Campos, Faria e Santos (2010), neste momento da operação, deve ser descrita a gestão do plano. Assim, os objetivos são:

- Criar um modelo de gestão do plano de ação
- Discutir e determinar o processo de acompanhamento do plano
- Criar os respectivos instrumentos

Quadro-7. Apresenta as estratégias adotadas para o acompanhamento do plano de ação no enfrentamento do problema selecionado.

<b>Operação</b>	<b>Produtos</b>	<b>Responsável</b>	<b>Prazo</b>	<b>Situação Atual</b>	<b>Justificativa</b>
<b>Menos peso mais saúde</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Campanha educativa na UAB e na rádio local.</li> <li>• Programa de caminhadas.</li> <li>• Orientações por médio do HIPERDIA.</li> </ul>	Tatiane (nutricionista) e Neylliane (enfermagem)	3 meses	Em andamento	Formato e duração do programa definidos; conteúdo definidos.
<b>Conhecer mais</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Orientações por meio do HIPERDIA.</li> <li>• Reuniões semanais</li> <li>• Educação continuada semanal</li> </ul>	Luciene e o Ilson (ACs)	3 meses	Em andamento	Conscientização da população alvo sobre importância do tratamento



	<p>(capacitação dos ACs e dos cuidadores).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Avaliação do nível de conhecimento dos usuários e dos cuidadores.</li> </ul>				da HAS.
<b>Linha de cuidado</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reuniões semanais</li> <li>• Educação continuada semanal (para capacitação dos profissionais da equipe)</li> </ul>	Neylliane (enfermagem) e Dra. Norka	3 meses	Em andamento	Falta de informação sobre a doença. Há baixa adesão ao tratamento da HAS

## 7-CONSIDERAÇÕES FINAIS

Apesar das possíveis dificuldades, há vários aspectos que poderão viabilizar a implementação desta proposta de intervenção, como o apoio do município, que tem uma visão mais centrada na prevenção das doenças e promoção da saúde. Além disso, acredita-se que a intervenção terá uma boa aceitação da população, pois algumas ações que já são desenvolvidas na UBS são bem aceitas pela comunidade.

Muitas pessoas não vêm a hipertensão (HAS) como uma doença e sim como um fato isolado ocasionado por algum fator emocional momentâneo. É preciso instruir o paciente para que esteja atento, pois a HAS é uma enfermidade crônica e muitas vezes assintomática.

Verificou-se que os usuários possuem conhecimentos adequados acerca da HAS e de seu tratamento, porém agem de forma descuidada, compartilhando informações e situações vivenciadas por conhecidos, tais como as crenças populares que levam ao uso indiscriminado de alimentos e/ou plantas medicinais, cujos efeitos ainda não foram comprovados, com o intuito de reduzir a pressão arterial.

Com o desenvolvimento deste trabalho pretende-se melhorar a qualidade da atenção básica em saúde da comunidade, identificando os fatores de risco que favorecem a incidência de hipertensão arterial na população, estimulando a mudança de hábitos e estilos de vida mais saudáveis, vinculando a população da UBS e compartilhando conhecimento sobre a doença com pacientes da comunidade, garantindo-lhes acompanhamento e tratamento sistemático pela equipe de saúde. Oportunizar estratégias de prevenção e controle desta patologia e assim efetivar os princípios do SUS, possibilitando equidade, integralidade e universalidade a todos.

## 8-REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, F.et al. Predictive factors of in-hospital mortality and of severe perioperative complications in myocardial revascularization surgery. p. 31–38, 2003.
- BARROS, M.B.A., et al. Auto avaliação da saúde e fatores associados. **Revista de Saúde Pública**, Brasil, v.43, n.2, p.27-37, 2009.
- BRASIL. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. **Cadernos de atenção básica Ministério da Saúde**, Brasília, n. 1, 2006.
- BRASIL. Hipertensão arterial sistêmica. **Cadernos de atenção básica Ministério da Saúde**, Brasília, n. 1, 2006.
- CAMPOS, F. C. C. et al. Planejamento e avaliação das ações em saúde. **NESCON/UFMG - Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família**. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2 eds. 110p.2010.
- CONTEL, F. B. et al. Divisão Territorial do Brasil e Limites Territoriais **Instituto Brasileiro de Geográfica e Estatística (IBGE)**, p. 1–3, 2008.
- FUCHS, F.et al. Hipertensão arterial sistêmica. **Condutas de atenção primária baseada em evidências**. Porto Alegre. Artmed. 2004.
- OLIVEIRA C, R. et al. Plano Municipal de Saúde. **Secretaria Municipal de Saúde, Juruáia**, Minas Gerais, p.6-58, 2014.
- SANTOS, R. A. S. et al. Projeto Coração: Sociedade brasileira de hipertensão sbh. **Projeto coração, Sociedade brasileira de cardiologia**. BRASÍLIA: Sociedade Brasileira de Hipertensão SBH, 2006.
- SAÚDE, M.et al. Saúde da família: Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. **Secretaria de Assistência à Saúde, Ministério da Saúde** (Brasil), p. 6–23, 2013.