

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

YAQUELÍN TORRALBAS PÉREZ.

**PLANO DE INTERVENÇÃO PARA ELEVADA PREVALÊNCIA DA
HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA EM IDOSOS DO PSF SANTO
ANTÔNIO DO MUNICÍPIO CAMBUÍ- MG**

CAMPOS GERAIS-MINAS GERAIS

2016

YAQUELÍN TORRALBAS PÉREZ.

**PLANO DE INTERVENÇÃO PARA ELEVADA PREVALÊNCIA DA
HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA EM IDOSOS DO PSF SANTO
ANTÔNIO DO MUNICÍPIO CAMBUÍ- MG**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização Estratégia de Saúde da Família da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para a obtenção do certificado de especialista.

Orientador: Prof.^a Dra. Silvia Ribeiro Santos Araújo

CAMPOS GERAIS

2016

YAQUELÍN TORRALBAS PÉREZ.

**PLANO DE INTERVENÇÃO PARA ELEVADA PREVALÊNCIA DA
HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA EM IDOSOS DO PSF SANTO
ANTÔNIO DO MUNICÍPIO CAMBUÍ- MG**

Banca Examinadora

Prof.^a Dr.^a. Silvia Ribeiro Santos Araújo - orientadora

Prof.^a Ms. Maria Dolores Suares Madureira - examinadora

Aprovado em Belo Horizonte: 18 / 05 / 2016

DEDICATÓRIA

À minha família pelo apoio e amor incondicional para continuar o dia a dia na dedicação a meu trabalho na comunidade brasileira, a toda a equipe de saúde da família de Santo Antônio-Cambuí/MG e aos usuários da Unidade de Saúde, bem como a todos aqueles que de uma forma ou de outra contribuíram para sua realização.

AGRADECIMENTO

Agradeço à minha família, em especial a meu marido e filho pela compressão e apoio e porque eles são o mais importante na minha vida.

Agradeço a Deus pela oportunidade de conhecer, conviver e ajudar a comunidade brasileira de Cambuí-MG.

Agradeço à professora Silvia Ribeiro Santos Araújo pelas orientações na realização deste projeto.

Agradeço a amigos, usuários e professores que ajudaram de alguma forma na realização deste trabalho.

Agradeço ainda à minha equipe de saúde pela ajuda durante este processo de crescimento pessoal e profissional.

RESUMO

A Hipertensão Arterial Sistêmica é uma doença crônica de elevada prevalência na população brasileira e com baixa taxa de adesão ao tratamento. É uma síndrome que se caracteriza pelo aumento dos níveis pressóricos, tanto sistólicos quanto diastólicos atingindo 10 a 20 % da população adulta e aparecendo como causa direta ou indireta de elevados números de óbitos. A hipertensão arterial é considerada um dos principais fatores de riscos para doenças cardiovasculares com elevados índice de óbitos na população adulta. A equipe de saúde da família escolheu a alta prevalência de hipertensão arterial sistêmica em idosos como problema prioritário da área de abrangência por ter constatado um subdiagnóstico dessa doença crônica, pelo baixo nível de informação sobre a doença na população, baixa adesão ao tratamento e pela importância desse problema para a saúde pública. Este trabalho teve como objetivo elaborar um plano de intervenção para diminuir a alta prevalência de hipertensão arterial e adesão ao tratamento em idosos do posto de saúde da família Santo Antônio do município de Cambuí- Minas Gerais. Após realizar o diagnóstico situacional e conhecer o território estudado, através do método da Estimativa Rápida, incluindo os principais problemas enfrentados em nossa área, foram planejadas intervenções para garantir a melhoria no atendimento de pacientes com HAS. Também fez pesquisa bibliográfica da base de dados do NESCON de manuais, revistas, diretrizes, livros de texto, materiais oferecidos no curso de especialização na atenção básica disponibilizados no programa agora, revista na biblioteca virtual em saúde, em SciELO, LILACS, dados oferecidos da unidade de saúde e secretaria municipal de saúde de Cambuí. O plano de ação foi elaborado seguindo o método do Planejamento Estratégico Situacional (PES) com a finalidade de ajudar a equipe a melhorar seu desempenho no atendimento junto aos usuários. Isto será possível através de ações como diagnosticar precocemente e cadastrar os hipertensos, modificar hábitos e estilos de vida, manter a população bem informada sobre o assunto e estratificar o risco cardiovascular de todos os pacientes hipertensos.

Descritores: Hipertensão arterial. Fatores de risco. Atenção básica em saúde. Intervenção.

ABSTRACT

The Hypertension is a chronic disease of high prevalence in the population and low rate of adherence to treatment. It is a syndrome that is characterized by increased blood pressure, both systolic as diastolic reaching 10 to 20% of the adult population and appearing as a direct or indirect cause of high numbers of deaths. Hypertension is considered one of the main risk factors for cardiovascular disease with high death rates in the adult population. The family health team chose the high prevalence of hypertension in the elderly as a priority problem of the coverage area to have found underdiagnosis of this chronic disease, the low level of information about the disease in the population, poor adherence to treatment and the importance this problem for public health. This study aimed to develop an action plan to reduce the high prevalence of hypertension and treatment adherence in health post of the elderly of the Holy Family Antonio in the city of Cambuí- Minas Gerais. After performing the situational diagnosis and know the territory studied by the method of the flash estimate, including the main problems faced in our area, interventions are designed to ensure improvement in the care of patients with SAH. Also made literature of NESCON database manuals, magazines, guidelines, textbooks, materials offered in the course of specialization in primary care available in the program now, journal in the virtual health library in SciELO, LILACS, data available from health units and municipal health of Cambuí. The action plan was prepared following the method of Situational Strategic Planning (PES) in order to help the team improve their performance in meeting with users. This can be achieved through actions such as early diagnosis and register hypertensives, change habits and lifestyles keep the public well informed on the subject and stratify cardiovascular risk in all hypertensive patients.

Key words: Hypertension. Risk Factors. Basic health attention. Intervention.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

DATASUS – Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde

DCNT – Doenças Crônicas Não Transmissíveis

DCV – Doenças Cardiovasculares

HAS - Hipertensão arterial Sistêmica.

LILACS - Literatura Latino- Americana e do Caribe em Ciências da Saúde

IBGE- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IDBE - Índice de desenvolvimento da Educação Básica

IMC – Índice de Massa Corporal

SCIELO - *Scientific Electronic Library Online*.

SIAB - sistema de Informação da Atenção Básica

SUS - Sistema Único de Saúde

PA - Pressão Arterial

PSF – Programa de Saúde da Família

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	11
1.1 Contextos Gerais do Município.....	12
1.2 PSF Santo Antônio	17
1.3 Morbidade e mortalidade da população assistida do PSF Santo Antônio-2015	18
2. JUSTIFICATIVA.....	19
3. OBJETIVOS	21
3.1	Objetivos
Específicos.....	211
4. METODOLOGIA.....	22
4.1 Desenhos do estudo.....	22
4.2 Cuidados éticos	22
4.3 Amostra	22
4.4 Procedimentos	22
5. REVISÃO DA LITERATURA.....	24
5.1 Hipertensão arterial no idoso	24
5.2 Aspectos importantes a se considerar para os idosos	25
5.3 Classificação da Hipertensão Arterial.....	26
5.4 Fatores de risco da hipertensão arterial	28
5.4.1 Genéticos	28
5.4.2 Idade.....	28
5.4.3 Gênero e etnia	28
5.4.4 Sobrepeso e obesidade	29
5.4.5 Ingestão de sal	29
5.4.6 Ingestão de álcool.....	29
5.4.7 Sedentarismo.....	30

5.4.8 Fatores socioeconômicos	30
5.4.9 Tabagismo	30
5.5 Estratificação de risco cardiovascular em hipertensos.....	30
5.6 Adesão ao tratamento anti-hipertensivo: fatores intervenientes.....	31
6. PLANO DE INTERVENÇÃO.....	35
6.1 Identificação e Priorização do Problema	35
6.2 Descrição e Explicação do Problema.....	35
6.3 Identificação e Seleção dos Nós Críticos	36
6.4 Desenho das Operações.....	37
6.5 Elaboração e Controle do Plano Operativo	39
6.6 Gestões do plano	41
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS	42
REFERÊNCIAS.....	43

1. INTRODUÇÃO

A hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), segundo a Sociedade Brasileira de Hipertensão (2010), é conceituada como síndrome caracterizada pela presença de níveis tensionais elevados, associados a alterações metabólicas e hormonais e a fenômenos tróficos (hipertrofias cardíaca e vascular), sendo considerada, por isso, entidade clínica multifatorial e poligênica. Para o National High Blood Pressure Education Program (1993), além de ser doença, é a maior representante dos fatores de risco para o desenvolvimento das doenças cardiovasculares (CAMPANE; GONÇALVES, 2002). É um problema de Saúde Pública e apresenta custos elevados, em função das complicações: Acidente Vascular Cerebral, Doença Arterial Coronariana, Insuficiência Cardíaca, Insuficiência Renal Crônica e Doença Vascular de Extremidades (DIRETRIZES, 2010).

Em Minas Gerais a SES/MG estima prevalência da HAS na ordem de 20% em sua população com idade igual ou superior a 20 anos. A prevalência de HAS aumenta linearmente com o envelhecimento, atingindo percentual superior a 60% em indivíduos acima de 60 anos (SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS, 2013).

A prevenção da hipertensão também se baseia em hábitos saudáveis de alimentação, com preferência para verduras, frutas, peixes, evitando alimentos ricos em gordura, frituras, carnes vermelhas, embutidos, além de diminuir o consumo de sal, evitar temperos prontos, contendo grande teor de sal e passar a observar os valores de sal contidos nas embalagens dos alimentos.

Controlar o peso é importante para manter a PA, pois com o aumento de peso a pressão arterial tende a aumentar, fazer exercícios físicos diários, no mínimo por 30 minutos, parar de fumar, controlar os demais fatores de risco para o coração [...], pode prevenir a hipertensão.

Após o diagnóstico de hipertensão e o tratamento medicamentoso estiver prescrito pelo médico, é importante que os medicamentos sejam tomados diariamente e nos horários determinados. Para isto, devem-se colocar lembretes, manter os medicamentos em locais secos e arejados, observar a validade dos medicamentos, se houver dúvidas, o profissional enfermeiro pode ajudar esclarecê-las e garantir a continuidade do tratamento, pois só assim a pressão arterial estará controlada e a hipertensão e seus riscos prevenidos (SOCIEDADE DE CARDIOLOGIA DO ESTADO DE SÃO PAULO, 2013).

Segundo os dados epidemiológicos do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), no PSF Santo Antônio no ano de 2014 havia 363 hipertensos e deles 220 são pessoas acima de 60 anos. Este problema no PSF Santo Antônio deve-se a hábitos de vida não saudáveis como o sedentarismo, uso abusivo do sal, uso do álcool, hábito de fumar e outros fatores como baixo nível de escolaridade. Nos atendimentos médicos e visitas domiciliares foi identificado um baixo nível de informação sobre a doença e suas complicações pelos pacientes assistidos. O paciente por não ter estratificação de risco cardiovascular, esse fato, contribui para a percepção das complicações e a necessidade do controle médico, para a falta de adesão ao tratamento, para as mudanças de estilos de vida e o tratamento inadequado.

Dessa forma, devido à prevalência de 25% da HAS na população acima de 20 anos da área de abrangência e do evidente grau de descontrole desses pacientes, acredita-se que o projeto de intervenção possa ser um ferramenta para subsidiar políticas públicas pelo setor de saúde e assim minimizar os custos com o tratamento aos cofres públicos. Também, pode melhorar as condições de saúde e de vida da população adstrita, reduzir a morbimortalidade relacionada às doenças cardiovasculares relacionados ao controle desses pacientes.

Assim, a partir desta abordagem espera-se maior adesão dos pacientes a mudanças de estilos de vida, uso correto da medicação, preocupação com o bom controle, em longo prazo da HAS e uma maior autonomia em relação ao acompanhamento da própria saúde (ALVES; NUNEZ, 2006).

1.1 Contextos Gerais do Município

O município de Cambuí está localizado ao sul/sudoeste de Minas Gerais, limítrofe com os municípios Camanducaia, Senador Amaral, Bom Repouso, Córrego do Bom Jesus, Consolação, Munhoz e Estiva. O município de Cambuí esta 420 quilômetros de distância da capital do estado, Belo Horizonte, e a 151 quilômetros da cidade de São Paulo.

Cambuí surgiu com as incursões dos bandeirantes paulistas que atravessavam a serra da Mantiqueira em busca de pedras preciosas. O local era um ponto de parada desses aventureiros, os quais estabeleceram seus ranchos e, posteriormente, fazendas ao longo do território do atual município.

O município de Cambuí tem uma área total de 244.567 km², com uma concentração habitacional de 7.626 domicílios na zona urbana, com um total de domicílios de 9.018 no município. O número aproximado das famílias é de 8.089, sendo 6.823 urbanas e 1.266 rurais de acordo com o censo realizado em 2010 pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Em Cambuí o índice de desenvolvimento humano é de 0.751 (IBGE, 2010), a taxa de urbanização de 84.21%, com renda média familiar de R\$ 705.81 (DATASUS), com um 72.8% de abastecimento de água tratada (SIAB, 2012), com uma porcentagem de recolhimento de esgoto por rede pública de 71.04% (SIAB, 2012).

A Taxa de Crescimento Anual é de 15.33%, com densidade demográfica de 109,07hab/km² (IBGE, 2010) e taxa de escolarização de 92.51% (DATASUS, 2010).

As principais atividades econômicas do município são comerciais como a confecção de capas para bancos de automóveis e montagem de mesas para escritório e agropecuárias como plantação de batata e morango, respectivamente. No município 60% da população trabalha no comércio, 30% no setor industrial e 10% são trabalhadores rurais, sendo que o índice de desemprego na população maior de 16 anos, de acordo com o DATASUS (2010) é de 4.68%.

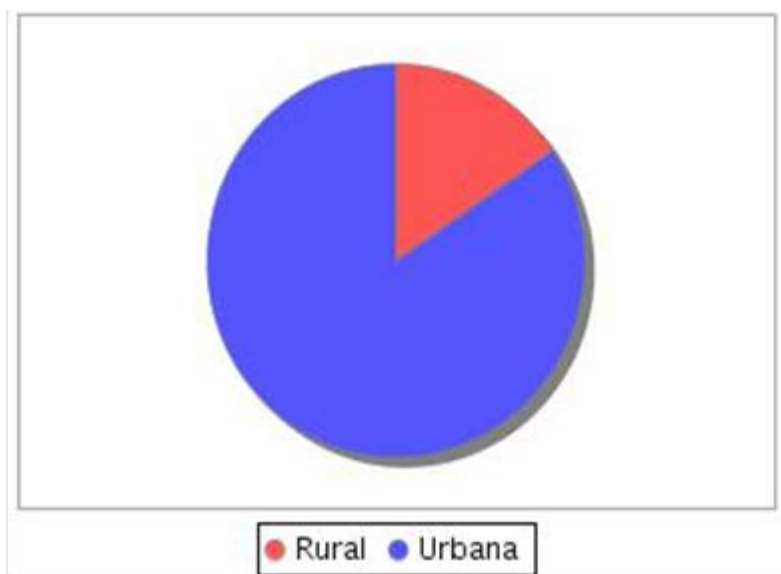
Tabela 1: Aspectos Demográficos do município de Cambuí

Nº de indivíduos	0-4	5-9	10-14	15- 19	20-39	40-49	50-59	60+	Total
Área Urbana	1194	1406	1784	1821	7380	3234	2470	3071	22360
Área Rural	269	244	266	233	1110	508	643	853	4126
Total	1463	1650	2050	2054	8490	3742	3113	3924	26486

Fonte: IBGE (2010)

De acordo com a tabela 1, a faixa etária que mais predomina varia entre 20 e 39 anos com 8490 habitantes e logo depois, a faixa etária acima de 60 anos com 3924 habitantes. Cambuí, conhecida como uma cidade tranquila, muitos moradores imigram das grandes cidades, principalmente São Paulo, para instalarem residência, fato esse que pode justificar o aumento populacional.

Gráfico 01: Estratificação por zona da população estimada de Cambuí no ano de 2013.



O gráfico 01, refere-se aos aspectos demográficos do município e baseado nos dados do IBGE (2010). A partir da análise da tabela 1 e do gráfico 1, pode-se verificar que, como ocorre em outros locais, a maioria da população reside no perímetro urbano, onde encontra maiores facilidades de sobrevivência do que no perímetro rural, tais como: emprego, saúde e educação.

Em relação aos dados educacionais, o município possui oito escolas municipais, que atendem uma demanda de 1.945 alunos, desde a Educação Infantil (Pré de 04 e 05 anos) até o Ensino Fundamental Inicial (1º ao 5º anos). Sendo que possui uma escola, localizada no Bairro Rio do Peixe (zona rural), que oferta o Ensino Fundamental Final (6º ao 9º ano). Cambuí possui cinco creches, que atendem a uma demanda de 759 crianças (0 a 3 anos de idade).

O município conta também com duas escolas particulares, que ofertam desde a Educação Infantil até o Ensino Médio, com um total de 387 alunos. Também possui duas escolas particulares, que ofertam somente a Educação Infantil, atendendo um total de 110 crianças.

Quanto ao Índice de desenvolvimento da educação básica, absoluto e relativo no Brasil: o município Cambuí em relação à avaliação do IDEB, 2013 é de 6,6 em média, para a rede municipal e de 5,9 em média para a rede estadual.

No município aproximadamente 90% da população utiliza exclusivamente o Sistema Único de Saúde para acesso aos serviços de saúde, seja para o atendimento nas Unidades de Saúde da Família, Urgência e Emergência ou em Especialidades.

Os 10% que possuem Planos Particulares de Saúde, em sua grande maioria, são aqueles ofertados pelas empresas onde exercem suas atividades laborais. Hoje em dia as empresas prezam pela saúde de seus funcionários e pela qualidade de vida dos mesmos, sendo importante a oferta alguns benefícios, sendo o plano de saúde um deles.

Quanto ao Conselho Municipal de Saúde é um órgão colegiado, previsto na Legislação Federal, Estadual e Municipal, que cumpre a função de representação da sociedade no controle da política pública de Saúde. É instância deliberativa no âmbito do planejamento em saúde, bem como tem papel estratégico no controle e fiscalização da gestão e da prestação das ações e serviços de saúde. Nesse sentido, deve ter assegurada a estrutura e capacidade operacional adequada ao cumprimento dessas funções, bem como ter seu papel reconhecido e respeitado pela gestão do SUS nas três esferas de governo.

A composição do mesmo está organizada da seguinte forma:

- ✓ 12 representantes usuários;
- ✓ 06 representantes dos prestadores de saúde;
- ✓ 06 representantes dos trabalhadores da saúde.

O conselho foi eleito na Conferência Municipal de Saúde, realizada em Julho de 2011. As reuniões do conselho são realizadas mensalmente, onde os conselheiros

são informados acerca dos serviços prestados na saúde, a adesão de novos programas e a importância destes para a melhoria do serviço prestado a população, aprovação de prestação de contas e planos municipais, etc. Todas as ações realizadas pela Rede de Saúde são informadas ao Conselho para ciência ou aprovação de demandas. As ações de saúde desenvolvidas pelo município são financiadas com recursos provenientes da União, Estado e Município (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE CAMBUI, 2014).

Segundo a Legislação (EC 29/2000), cada esfera de governo tem que aplicar um mínimo de recurso para a Saúde, sendo União aplicará, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde, o montante correspondente ao valor empenhado no exercício financeiro anterior, apurado nos termos desta Lei Complementar, acrescido de, no mínimo, o percentual correspondente à variação nominal do Produto Interno Bruto (PIB) ocorrida no ano anterior ao da lei orçamentária anual. Os Estados e o Distrito Federal aplicarão, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde, no mínimo, 12% da arrecadação de impostos e aos municípios cabe aplicar anualmente, em ações e serviços públicos de saúde, no mínimo, 15% da arrecadação dos impostos (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE CAMBUI, 2014).

Mas, na realidade, o que ocorre é que a União e Estado não repassam o percentual mínimo estipulado, ficando o município responsável por ações que seriam de competência destas esferas de governo e tendo que aplicar muito além do que definido por lei.

Quanto ao programa saúde da família (PSF), o município conta com dez equipes de estratégia da família de gestão municipal, que tem por principal objetivo desenvolver ações voltadas a Promoção da Saúde e Prevenção de Doenças. Além do atendimento básico prestado à população, estas unidades também realizam visitas domiciliares e palestras, destinadas às crianças e jovens, com temas que estimulem o interesse desta parcela da população. O município conta com quatro equipes de saúde bucal, sendo esta instalada na policlínica e as outras três formam parte da estratégia da saúde da família, além disso, temos uma equipe do NASF no município tipo 1, mas não é contabilizado com CEO.

O Sistema de Referência e Contra referência é municipal, e as especialidades que não tem no município são coordenadas no consórcio intermunicipal em Pouso Alegre.

Quanto às Redes de Média e Alta Complexidade: Como a demanda é superior à oferta, o município realiza a compra de serviços de exames de imagem (média e alta complexidade) por meio de Processo Licitatório, inclusive, exames não ofertados pelo SUS na região como, por exemplo: Colonoscopia, Tomografia e Ressonância para crianças, etc.

1.2 PSF Santo Antônio

A equipe de saúde da família de Santo Antônio situado na zona urbana de Cambuí atende a população da Vila Santo Antônio e Cambuí Velho, esta última considerada zona rural, com um total de habitantes de 1968, deles 61 pertence a Cambuí Velho (zona rural) e atende a um total de 722 famílias. A maioria da comunidade vive em casas bem estruturadas e tem um nível de alfabetização de 95%, onde o ensino fundamental ocupa a maior porcentagem (46,6%). Os principais postos de trabalho estão no comércio, ou seja, em lojas, em mercados e em fábricas. A taxa de emprego é de 65%, a porcentagem restante pertence aos aposentados e desempregados. As principais causas de mortes são os problemas cardiovasculares e as neoplasias, respectivamente.

Quanto aos Recursos da comunidade: A mesma consta com um posto de saúde da família, uma igreja, uma creche, uma escola de ensino fundamental e meio. A luz elétrica e a água da rede pública chegam aos 100 % da população. Além disso, tem cobertura de todas as operadoras de telefonia, o correio e o banco que dispõem é do município, já que a comunidade não tem esses serviços.

Quanto à Unidade básica de saúde o posto da saúde de Santo Antônio está inserida na comunidade do mesmo nome e situada na rua Sebastião Ferreira da Silva nº 333 na qual tem acesso à população. O horário de funcionamento é de 7:00 horas às 17:00 horas.

Quanto aos Recursos humanos, a equipe está formada por um recepcionista, um agente de serviços gerais, quatro agentes comunitários de saúde, um cirurgião dentista, um técnico de odontologia, um enfermeiro, um técnico de enfermagem e um médico (clínica geral), totalizando assim 11 profissionais. O horário de trabalho é de 7:00 às 11:00 horas e de 12:00 às 16:00 para o recepcionista, técnico de enfermagem, dentista e técnico de dentista, os demais profissionais tem um horário de 8:00 às 12:00 e de 13:00 às 17:00 horas.

Quanto aos Recursos materiais, a unidade é composta por: 1 sala de recepção, 3 banheiros, 1 área de nebulização, 1 área de técnico de enfermagem, 1 área de enfermeiro, 1 área de consulta medica, 1 cozinha , 1 área de lavanderia, 1 sala de vacina, 1 sala de recepção de vacina, 1 sala de arquivo, 1 sala de curativos, 1 sala de reunião, 1 área de consulta de dentista, 1 almoxarifado.

1.3 Morbidade e mortalidade da população assistida do PSF Santo Antônio-2015

Segundo os dados dos atendimentos e da informação da equipe de saúde a população assistida do PSF Santo Antônio no final de 2015 fechou com um total de 363 hipertensos para uma prevalência de 25 %; deles 220 são hipertensos maiores de 60 anos, um total de 92 diabéticos para uma prevalência de 6,32%, 106 tabagista maiores de 18 anos com uma taxa de prevalência de 7,6%, 95 pacientes obesos para um 4,82% do total da população, 51 pacientes menores de 2 anos tiveram infecção respiratória aguda alta, 15 pacientes com câncer e 56 mulheres em idade fértil com infecções vaginais.

A mortalidade da população assistida do PSF Santo Antônio foi de um total de 23 falecidos sendo 1,16% do total da população, deles 9 pacientes com câncer, 9 falecidos por infarto agudo do miocárdio, 2 pacientes com septicemia, 1 falecido por acidente vascular cerebral e uma morte violenta.

2. JUSTIFICATIVA

A hipertensão arterial é um importante problema de saúde pública, apresentando altas taxas de prevalência em todo o mundo, podendo se observar também no PSF Santo Antônio no município Cambuí.

"A morbidade e mortalidade das doenças do aparelho circulatório ocupam primeiro lugar nos levantamentos nacionais e internacionais, impactando em uma maior ocupação dos leitos hospitalares e, conseqüentemente, maiores gastos com a saúde" (NAKAMOTO, 2012, sp).

Apesar do diagnóstico simples e tratamento de fácil acesso, a adesão à terapia anti-hipertensiva é insatisfatória e permanece como um desafio aos serviços de saúde e políticas públicas. A baixa adesão pode estar diretamente direcionada à negação para aceitar o diagnóstico da doença, pela falta de informação para o melhor entendimento dos fatores de riscos, e baixa motivação com relação ao desenvolvimento do autocuidado e de hábitos de vida saudável. Esses pontos supraditos podem ser identificados na população de hipertensos idosos assistidos no PSF Santo Antônio e a maioria dessa população não teve os riscos cardiovasculares estratificados advindas da doença.

Segundo Sociedade Brasileira de Cardiologia (2010) em algumas cidades do Brasil a prevalência de hipertensão arterial ($\geq 140/90$ mmHg) é de 22,3% a 43,9% . A estimativa do PSF Santo Antônio um total de 1452 pacientes maiores de 20 anos, ou seja, 25% (363) dos assistidos são portadores de HAS. Dos portadores de HAS, 60% (220) são hipertensos maiores de 60 anos de idade.

De acordo com os atendimentos individuais e grupais dos hipertensos do PSF Santo Antônio podemos perceber a resistência ao tratamento para minimizar os riscos e complicações associadas à HAS. Exemplos de fatores que interferem na adesão ao tratamento têm: esquecimento de tomar a medicação, não tomar no mesmo horário, deixam de tomar por conta própria, além de faltarem à consulta médica por esquecimento e problema particulares, não seguem as orientações e não praticam exercícios físicos regularmente.

Dessa forma, devido à prevalência de 25% da HAS na população e por ser um fator de risco modificável por meio de estratégias de conscientização e devido ao evidente grau de descontrole do pacientes, acredita-se que o projeto de intervenção possa ser uma ferramenta para subsidiar políticas públicas pelo setor de saúde e assim minimizar os custos com o tratamento aos cofres públicos. Também, pode melhorar as condições de saúde e de vida da população adstrita, reduzir a morbimortalidade relacionada às doenças cardiovasculares relacionados ao controle desses pacientes.

Assim, a partir desta abordagem, espera-se maior adesão dos pacientes às mudanças de estilos de vida, uso correto da medicação, preocupação com o controle da HAS em longo prazo e uma maior autonomia em relação ao acompanhamento da própria saúde (ALVES; NUNEZ, 2006).

3. OBJETIVOS

3.1. Objetivo Geral

Elaborar o plano de intervenção com a finalidade de diminuir a prevalência de hipertensão arterial da população assistida no PSF Santo Antônio e otimizar a adesão ao tratamento.

3.2. Objetivos Específicos

- Informar a população sobre as causas e conseqüências da hipertensão arterial sistêmica.
- Diagnosticar e cadastrar todos os hipertensos da área de abrangência.
- Estratificar o risco cardiovascular dos hipertensos da área.
- Acompanhar o portador de HAS em tratamento.
- Conscientizar o portador de HAS para hábitos de vida saudáveis.

4. METODOLOGIA

4.1 Desenhos do estudo

Compreende a pesquisa científica da proposta de um plano de intervenção para elevada prevalência de hipertensos idosos no PSF Santo Antônio CAMBUI- MG, desenvolvida por meio de levantamentos de dados bibliográficos e epidemiológicos.

4.2 Cuidados éticos

O presente estudo respeitou todas as normas estabelecidas pelo Conselho Nacional em Saúde (2012) envolvendo pesquisas com seres humanos (RES 466/12). Antes de iniciarem a participação neste projeto, os entrevistados receberam todas as informações quanto aos objetivos e aos procedimentos metodológicos do estudo, e quanto aos possíveis riscos e benefícios associados à participação dos mesmos. Logo após, deram o consentimento e estavam cientes de que a participação na pesquisa era de forma voluntária e a qualquer momento poderiam ausentar do estudo sem qualquer constrangimento.

4.3 Amostra

A amostra foi composta pelo pacientes hipertensos maiores de 60 anos do PSF Santo Antônio Cambuí - MG.

4.4 Procedimentos

Para a coleta das informações necessárias para um melhor entendimento das doenças prevalentes no PSF, utilizou-se um questionário formulado pelo próprio pesquisador para a identificação dos problemas da comunidade de Santo Antônio.

Para o planejamento do trabalho utilizou-se o método de estimativa rápida para poder identificar os problemas da comunidade de abrangência. Os documentos de gestão da Secretaria Municipal de Saúde revelaram dados fundamentais para conhecer o município. Nas entrevistas com informantes chave foram abordaram temas como cultura, aspectos sociais e econômicos, empregos mais frequentes e os problemas de saúde. Para tal, foram respeitados todos os critérios éticos na

entrevista. Utilizaram-se algumas bases de dados como a DATASUS, IBGE para conhecer a população de Cambuí em geral.

Foi feita uma coleta de dados da população do PSF santo Antônio por meio do sistema de informação da atenção básica (SIAB) e com as agentes comunitárias de saúde da secretaria da saúde. De todos os problemas identificados priorizou-se a hipertensão arterial sistêmica para posterior identificação dos nós críticos.

Após a priorização do problema foi realizada a revisão de literatura sobre a hipertensão arterial sistêmica com pesquisa bibliográfica de tipo narrativa considerando manuais, revistas, diretrizes, livros de texto, materiais oferecidos no curso de especialização na atenção básica, disponibilizados no programa ágora, revista na biblioteca virtual em saúde, no *Cientific Electronic Libray Online* (SciELO) e dados oferecidos da unidade de saúde, e por última a elaboração de um plano de intervenção com propostas simples e objetivas que proporcionem benefícios a toda a comunidade alvo. Logo após, houve a indicação dos responsáveis por cada uma das operações e o estabelecimento de prazos para cada um da equipe. Os descritores utilizados foram hipertensão arterial, fatores de riscos, atenção básica em saúde e intervenção.

5. REVISÃO DA LITERATURA

5.1 Hipertensão arterial no idoso

O Ministério da Saúde caracteriza a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) como:

[...] um problema grave de saúde pública no Brasil e no mundo. Ela é um dos mais importantes fatores de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais, sendo responsável por pelo menos 40% das mortes por acidente vascular cerebral, por 25% das mortes por doença arterial coronariana e, em combinação com o diabetes, 50% dos casos de insuficiência renal terminal (BRASIL, 2006 p. 9).

A HAS de acordo com as VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão, é considerada como uma condição clínica multifatorial e silenciosa que é caracterizada por níveis elevados e sustentados da pressão arterial. A HAS é definida como pressão arterial sistólica igual ou superior a 140 mmHg e pressão arterial diastólica igual ou superior a 90mmHg naqueles indivíduos que não estão em uso de medicamentos anti-hipertensivos (BRASIL, 2006).

A HAS, considerada uma assassina silenciosa é o maior problema médico-social dos países desenvolvidos e em muitos dos emergentes. Mesmo conhecendo-se a eficácia, a efetividade e a eficiência de várias medidas preventivas, de controle disponível, sejam ou não farmacológicas, a hipertensão continuará, por décadas, representando um dos maiores desafios em saúde e um dos maiores ônus para o próprio hipertenso e para a sociedade (SANTOS *et al.*, 2005).

Importante desafio para a saúde pública do mundo todo estima-se que cerca de 20% da população adulta mundial seja hipertensa, sendo que sua prevalência se eleva para próximo de 50% nos indivíduos acima de 60 anos. Mais alarmante o fato de que mais de 40% da população hipertensa não esteja recebendo algum tipo de tratamento e que apenas cerca de 30% esteja com seus níveis pressóricos controlados (CHOBANIAN *et al.*, 2003 *apud* NAKAMOTO, 2012).

A prevalência global da HAS é duas vezes mais freqüente em indivíduos de etnia negra e semelhante entre ambos os sexos. Ressalta-se que em pessoas mais

jovens a prevalência é maior entre os homens, e em idosos, a prevalência é maior nas mulheres (DIRETRIZES 2010).

De acordo com Converso e Leocadio (2005) *apud* Dias (2013) baseado no crescimento demográfico e no envelhecimento da população, o Brasil vem sofrendo uma transição epidemiológica, tendo como resultado uma mudança justificada na incidência das causas da mortalidade, passando de doenças infecto-contagiosas às doenças crônicas degenerativas, como a HAS, uma enfermidade multicausal e multifatorial decorrente da interação de vários fatores como alcoolismo, sedentarismo, tabagismo, estresse e outros.

5.2 Aspectos importantes a se considerar para os idosos

- A hipertensão sistólica é muito comum em idosos. O objetivo é a redução gradual da PA para valores abaixo de 140/90 mmHg. Na presença de valores muito elevados de PA sistólica podem ser mantidos inicialmente níveis de até 160 mmHg. Não está bem estabelecido o nível mínimo tolerado da PA diastólica (DIRECTRIZES, 2011)
- Maior frequência de hiato auscultatório, que se caracterizam quando, após a ausculta dos sons iniciais, ocorre o desaparecimento dos sons e o seu reaparecimento em níveis pressóricos mais baixos, o que subestima a verdadeira pressão sistólica. Pode-se evitar este tipo de erro palpando o pulso radial e inflando o manguito até o seu desaparecimento (20 a 30 mmHg acima deste nível).
- Pseudo-hipertensão, caracterizada por níveis pressóricos falsamente elevados, devido ao enrijecimento da parede arterial, que dificulta a oclusão da artéria. Podemos identificar esta situação com a Manobra de Osler que consiste em inflar o manguito até acima do nível da pressão sistólica e palpar a artéria radial. Nos pacientes que apresentam calcificação vascular, a artéria permanece palpável (sinal de Osler positivo).

- A hipertensão do avental branco é mais comum em idosos, especialmente em mulheres (JOBIM, 2008).
- Hipotensão ortostática: é diagnosticada quando os níveis de pressão sistólica diminuem 20 mmHg ou mais ou os níveis diastólicos diminuem 10 mmHg ou mais, um a três minutos após o paciente assumir a postura ereta, com ocorrência em um de cada seis idosos hipertensos (JOBIM, 2008).

5.3. Classificação da Hipertensão Arterial

A classificação da HAS, segundo as DIRETRIZES (2010), para maiores de 18 anos encontra-se apresentada no quadro 1.

QUADRO 1- Classificação da pressão arterial de acordo com a medida casual no consultório em maiores de 18 anos.

Classificação	Pressão Arterial Sistólica (mm Hg)	Pressão Arterial Diastólica (mm Hg)
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
Hipertensão isolada	≥140	<90
Quando a pressão sistólica e diastólica situa-se em categorias diferentes, O maior valor acima deve ser utilizado para classificação da pressão arterial.		

Legenda: *Limítrofe: pressão normal alta ou pré-hipertensão são termos que se equivalem na leitura; mm Hg=milímetro de mercúrio.

Fonte: VI Dir Bras HAS, 2010.

O estudo apresentado por Porto (2005) *apud* Souza (2011) mostra que, dentre as várias classificações desta enfermidade, tem valor prático a que toma como referência as causas da hipertensão.

O autor classifica a hipertensão em primária ou essencial e secundária. A pesquisa aqui presente considerou-se necessário apresentar um breve histórico conforme mostra esse autor:

A classificação para a hipertensão segue da seguinte forma:

A) Primária ou essencial: É assim chamada quando não consegue caracterizar sua etiologia, sendo dependente de diversos fatores, tais como traço hereditário, ingestão excessiva de sal, obesidade, estresse e uso de bebidas alcoólicas.

B) Secundária: neste tipo de hipertensão arterial o mecanismo patogênico é bem conhecido, sendo muitas vezes consequência direta de isquemia renal, a qual põe em ação o sistema renina-angiotensina- aldosterona, responsável pela regulação do fluxo arterial pelos rins.

a) Doenças renais: glomerulonefrite aguda e crônica, insuficiência renal, pielonefrite, rins policísticos, uropatia obstrutivas, amiloidose, hidronefrose;

b) Doenças endócrinas: doença de Cushing, hiperaldosteronismo primário, feocromocitoma, acromegalia;

c) Doenças vasculares: coartação da aorta, estenose da artéria renal;

d) Toxemia gravídica;

e) Medicamentos: anticoncepcionais hormonais, antiinflamatórios esteróides, descongestionantes nasais, anorexígenos, antidepressivos tricíclicos, ciclosporinas;

Outras possíveis causas são: hipertensão intracraniana, intoxicação pelo chumbo, intoxicação por tálio, ingestão de grande quantidade de alcaçuz, neoplasia do ovário, de testículo e de cérebro (PORTO, 2005 *apud* SOUZA, 2011).

Ainda segundo Porto (2005) *apud* Souza (2011), quanto à evolução, a hipertensão arterial pode ser benigna ou maligna. A primeira evolui de forma lenta e apresenta níveis pressóricos pouco elevados, sem causar lesões em níveis dos rins, do coração ou e leito arteriolar. Entretanto, a segunda apresenta uma evolução bastante rápida com cifras tensionais muito elevadas e pressão diastólica acima de 140 mm Hg com grande freqüência, ocasionando assim graves complicações para os rins, coração, cérebro e olhos. O autor ressalta ainda que o valor prognóstico dos

níveis tensionais pode ser pequeno, sendo mais importante a evolução e a presença de lesão em órgão alvo.

5.4. Fatores de risco da hipertensão arterial

A HAS é uma condição clínica decorrente de fatores genético, em geral associados a alterações de estilo de vida e a fatores socioeconômicos (DIRETRIZES, 2010).

5.4.1 Genéticos

“A contribuição nos fatores genéticos para a gênese da HAS está bem estabelecida na população. Porém, não existem, até o momento, variantes genéticas que possam ser utilizadas para prever o risco individual de se desenvolver HAS” (DIRETRIZES, 2010).

5.4.2 Idade

Segundo Sociedade Brasileira de Cardiologia (2006) *apud* diretrizes (2010) existe relação direta e linear da PA com a idade, sendo a prevalência de HAS superior a 60% na faixa etária acima de 65 anos.

Entre metalúrgicos do RJ e de SP a prevalência de HAS foi de 24,7% e a idade acima de 40 anos foi a variável que determinou maior risco para esta condição (MARTINEZ, 2006 *apud* DIRETRIZES, 2010, p.2).

5.4.3 Gênero e etnia

Indivíduos do sexo masculino apresentam maior prevalência de HAS que mulheres até os 50 anos de idade. A partir dessa faixa etária, as mulheres apresentam significativo incremento na prevalência de HAS em relação à cor, a HAS é duas vezes mais prevalente em indivíduos de cor branca, especialmente nas mulheres (SECRETARIA DE SAÚDE DE MINAS GERAIS, 2013).

5.4.4 Sobrepeso e obesidade

O excesso de peso se associa com maior prevalência de HAS desde idades jovens. Na vida adulta, mesmo entre indivíduos fisicamente ativos, incremento de 2,4 kg/m² no índice de massa corporal (IMC) acarreta maior risco de desenvolver hipertensão. A obesidade central também se associa com PA (BRANDÃO, 2004; *WORLD HEALTH ORGANIZATION*, 1997 *apud* DIRETRIZES, 2010, p.2).

5.4.5 Ingestão de sal

A ingestão excessiva de sódio tem sido correlacionada com elevação da PA. A população brasileira apresenta um padrão alimentar rico em sal, açúcar e gorduras. Em contrapartida, em populações com dieta pobre em sal, como os índios brasileiros Yanomami, não foram encontrados casos de HAS. Por outro lado, o efeito hipotensor da restrição de sódio tem sido demonstrado (APPEL *et al.*, 1997; FJ & MACGREGOR, 2009; SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2006 *apud* DIRETRIZES, 2010, p.2).

5.4.6 Ingestão de álcool

A ingestão de álcool por períodos prolongados de tempo pode aumentar a PA e a mortalidade cardiovascular em geral. O consumo excessivo de etanol se associa com a ocorrência de HAS de forma independente das características demográficas (MARTINEZ, 2006; SCHERR, 2009; SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2006 *apud* DIRETRIZES, 2010, p.2).

5.4.7 Sedentarismo

Atividade física reduz a incidência de HAS, mesmo em indivíduos pré-hipertensos, bem como a mortalidade e o risco de DCV (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2006; PESCATELLO *et al.*, 2004 *apud* DIRETRIZES, 2010,p.3).

5.4.8 Fatores socioeconômicos

A influência do nível socioeconômico na ocorrência da HAS é complexa e difícil de ser estabelecida. No Brasil a HAS foi mais prevalente entre indivíduos com menor escolaridade (CESARINO, 2008; CONEN, 2009 *apud* DIRETRIZES, 2010, p.3).

5.4.9 Tabagismo

Fumar aumenta temporariamente a pressão arterial e danos as artérias. O uso de tabaco pode ser devastador para a sua saúde, especialmente se você já tem risco de HA. O fumante passivo- exposição a fumaça de outras pessoas -aumenta o risco de doença cardíaca em relação ao não fumante (NASCIMENTO, 2012).

5.5. Estratificação de risco cardiovascular em hipertensos.

De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2006, p.22) deve-se considerar no diagnóstico da hipertensão arterial sistêmica, além dos níveis tensionais, o risco cardiovascular global, estimado pela presença de fatores de riscos, a presença de lesões nos órgãos alvos e as comorbidades associadas. Na avaliação do paciente hipertenso, “a avaliação do risco cardiovascular é de fundamental importância para orientar a conduta terapêutica e o prognóstico do paciente”.

“Para a estratificação do risco cardiovascular é necessário estratificar a presença dos fatores de riscos, das doenças cardiovasculares e das lesões em órgão-alvo...”.

“A classificação de risco de cada indivíduo deve ser avaliada pelo cálculo do escore de *framingham*” (BRASIL, 2006, p.22).

Trata-se de conhecimento importante a ser aplicado pelas equipes de estratégias de saúde da família, pois conhecer o risco coronário dos portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica pode auxiliar no planejamento e na avaliação das ações de saúde, melhor direcionando os planos de cuidado a esses portadores e melhor definindo os intervalos de vigilância e a intensificação das ações de saúde (SILVA; CADÊ; MOLINA, 2012).

Os fatores de risco respondem pela grande maioria das doenças e mortes por doenças crônicas não transmissíveis (DCNT). A estratificação do Risco Cardiovascular (RCV) é fundamental para o tratamento e o prognóstico uma vez que determina a probabilidade da ocorrência de um evento cardiovascular grave.

Segundo as VI DIRETRIZES (2010) os principais fatores de risco cardiovasculares são:

- Idade Homem > 55 anos
- Mulheres > 65 anos
- Tabagismo
- Dislipidemias triglicérides > ou = 150mg/dL
- LDL colesterol > 100mg/dL
- HDL < 40mg/dL
- Diabetes mellitus
- História familiar prematura de doença cardiovascular: homem < 55 anos e mulheres < 65 anos.

Inúmeros ensaios clínicos e estudos populacionais demonstraram que reduções discretas dos valores da pressão arterial impactam em redução significativa de eventos como doenças isquêmicas do coração e acidente vascular cerebral (NAKAMOTO, 2012).

5.6. Adesão ao tratamento anti-hipertensivo: fatores intervenientes

O tratamento precoce e o tratamento adequado e continuado são fundamentais para o controle da hipertensão e a redução de tais complicações. No Brasil existe um número razoável de hipertensos que desconhecem a doença, que abandonam o tratamento ou fazem o controle adequado por falta de condições financeiras, desinformação e dificuldades assistenciais (LOPES, 2012 *apud* OLIVEIRA, 2013).

As baixas taxas de adesão ao tratamento medicamentoso proposto são uma das principais causas de inadequado controle da hipertensão arterial. Enfaticamente, hipertensos que abandonaram o tratamento apresentaram risco de síndrome coronária aguda três vezes superior aos pacientes que mantiveram o tratamento anti-hipertensivo. Também, pode-se observar que a não aderência ao tratamento anti-hipertensivo é uma das causas responsáveis pelas altas taxas de doenças cerebrovasculares em nosso país (LESSA, 2006; PRADO; KUPEK; MION, 2007; VERGETTI; MELO; NOGUEIRA, 2008 *apud* GREZZANA; STEIN; PELLANDA, 2013, p.356).

Quanto ao manejo dos medicamentos, os idosos conseguem manejar bem no máximo três fármacos de forma correta, mas é observado em sua maioria um número elevado de medicamentos em uso, o que leva a variação de sua adesão devido à confusão quanto ao horário e quantidade de comprimidos a serem ingeridos (SÁ *et al.*, 2003 *apud* OLIVEIRA, 2013, -14-15-).

O controle do estresse emocional através de treinamentos com diferentes técnicas comportamentais tem de mostrados benefícios para os hipertensos. Outro ponto positivo é que a abordagem de aspetos psicoemocionais e psicossociais pode ser uma ferramenta útil na melhora da adesão da pessoa idosa as medidas terapêuticas não medicamentosas e medicamentosas (OLIVEIRA, 2013).

O tratamento adotado deve ser de caráter individualizado respeitando a idade, limitações do idoso, presença de outras comorbidades, capacidade de percepção da hipertensão, estado mental, uso de outras medicações, dependências de álcool e tabagismo (BRASIL, 2006 *apud* OLIVEIRA, 2013).

Muitas das pessoas em uso do tratamento medicamentoso suspendem o tratamento diante do desaparecimento dos sintomas, o que traz sérios prejuízos em decorrência deste comportamento. Isso pode ser apontado como um dos motivos a levar à necessidade de atendimento em serviços de urgência pela ocorrência do aumento

da pressão arterial, podendo desencadear sequelas transitórias ou permanentes, ou mesmo causar a morte da pessoa acometida por tal agravo (MONTEIRO *et al.*, 2007 *apud* JABBOUR, 2014).

As mulheres possuem maior conhecimento técnico sobre a hipertensão arterial. O que é consistente com outros estudos, apontando mais uma vez que as mulheres têm maior preocupação com sua saúde, possuem um autocuidado maior e buscam muito mais o atendimento médico (FIRMO; UCHOA; LIMA COSTA, 2004 *apud* MIRON, 2015).

Segundo Pereira (2013), os principais fatores que concorrem para a não adesão ao tratamento anti-hipertensivo são:

Paciente

- Tem concepções errôneas sobre a doença e o tratamento.
- Compreende mal as instruções: não sabe como proceder.
- Não possui capacidade ou recursos necessários para seguir o tratamento.
- Julga ser incapaz de seguir o tratamento.
- Dúvida da utilidade do tratamento.
- Acredita que os benefícios não valem os esforços.
- Demonstra impaciência com a velocidade dos progressos.
- Tem outras preocupações para priorizar.

Tratamento

- Esquemas complexos.
- Custo.
- Efeitos indesejáveis.
- Resultados a longo prazo.
- Exige demais do paciente.

- Qualidade de vida prejudicada.

Instituição

- Política de saúde
- Acesso ao serviço
- Distância
- Tempo de espera
- Duração do atendimento

Profissional

- É distante, pouco cordial, desinteressado, inacessível, impessoal, formal.
- Parece sempre ocupado, com pressa, atende com várias interrupções.
- Usa jargão, não considera as dúvidas e preocupações do paciente.
- Não informa ou o faz de maneira imprecisa.
- Pergunta sobre coisas que o paciente não contaria sequer a amigos.
- Não oferece uma atenção contínua e personalizada, com retornos programados.

Por conseguinte, a adesão ao tratamento deve ser apreciada com vista a esses fatores, já que, pacientes que não aderem às recomendações de mudanças de estilos de vida e não seguem as prescrições, dificilmente apresentaram níveis de pressão arterial controlado. “A falta de adesão ao tratamento da hipertensão arterial é o maior desafio para todos os que trabalham e investigam esta área”, uma vez que, aumentam “os custos e os riscos de eventos cardiovasculares em consequência do controle inadequado da pressão, provocado por esta prática” (JARDIM; JARDIM, 2006, p.26).

6. PLANO DE INTERVENÇÃO

6.1 Identificação e Priorização do Problema

Os problemas de saúde freqüentes que mais afetam a comunidade são: a alta prevalência de hipertensos e diabéticos idosos, seguido por crianças menores de 2 anos de idade com doenças respiratórias agudas, por conseguinte as infecções vaginais nas mulheres em idade fértil e por último, infecções vaginais e urinárias na gestação.

Após a priorização dos problemas foi necessário priorizar um deles, e como critério para a priorização considerou-se a importância do problema, sua urgência e a capacidade para enfrentamento, ficando com maior prioridade a **alta prevalência de hipertensos idosos e baixa adesão ao tratamento na comunidade** do PSF Santo Antônio.

6.2 Descrição e Explicação do Problema

A hipertensão arterial e a baixa adesão ao tratamento na comunidade do PSF Santo Antônio são fatores de riscos modificáveis e um dos maiores problemas na saúde de Brasil. A taxa de prevalência no Brasil de hipertensão arterial sistêmica chegou acima dos 30% nos últimos 20 anos. De acordo os dados do SIAB (2014), em Cambuí, o PSF Santo Antonio tinha cadastrados 1452 pessoas maiores de 20 anos, deles 363 são hipertensos, e dos quais 220 são pessoas de 60 anos e mais. A prevalência para a hipertensão arterial sistêmica na área de abrangência é de 25 %, mostrando-se na estatística de meus atendimentos que ainda faltam pacientes por cadastrar e diagnosticar na área, além isso os pacientes não tem estratificação de risco cardiovascular.

Diversos fatores influenciam na alta taxa de prevalência de hipertensos idosos e a baixa adesão ao tratamento na área de abrangência. Dentre eles, pode-se destacar: problemas de identificação e no diagnóstico correto da doença, a não aderência ao uso adequado da medicação, nível de informação sobre a doença e a importância

de seu tratamento, hábitos e estilos de vida não saudáveis, nível de escolarização, ausência de local apropriado para a realização de exercício físico regular pelo grupo de atividade física.

6.3 Identificação e Seleção dos Nós Críticos

- Processo de trabalho da equipe de saúde.
- Hábitos e estilos de vida.
- Nível de informação da população.
- Estratificação de risco cardiovascular.

6.4. Desenho das Operações

Quadro 2: Proposta de ações para resolução dos nós críticos

Operação/ projeto	Recursos críticos	Ator que controla	Motivação	Ação estratégic a
<p>Processo de trabalho da equipe em hipertensos</p> <p>Linha de cuidado</p>	<p>Cognitivo: Saber reconhecer um hipertenso e se esta controlado ou não.</p> <p>Organizacional: Cadastrar todos os hipertensos.</p> <p>Político: Articulação entre os sectores de saúde e adesão dos profissionais.</p>	Secretaria de saúde	Favorável	Apresentar o projeto
<p>Modificar Hábitos e estilos de vida. + saúde.</p>	<p>Cognitivo: Necessária para transmissão das informações dos folhetos. Divulgação na rádio sobre as atividades físicas e caminhadas.</p> <p>Organizacional: Para organizar as caminhadas, as atividades físicas e os grupos.</p> <p>Político: Mobilização</p>	Secretaria de saúde	Favorável	Não é necessária.

	intersetorial e conseguir espaço na radio.			
Aumentar nível de informação da população sobre Hipertensão Arterial Sistêmica. Aprender +	<p>Cognitivo: Sobre o tema e formas de transmitir tal conhecimento.</p> <p>Organizacional: Organizar grupos operativos com os hipertensos.</p> <p>Econômico: Para aquisição de recursos multimídia e folhetos.</p> <p>Político: Articulação intersetorial com o setor de educação.</p>	Secretaria de saúde. Secretario de educação.	Favorável	Não é necessária.
Estratificar o risco cardiovascular de todos os hipertensos da área. Vigilância melhor.	<p>Cognitivo: Conhecimento sobre o escore de Framingham e como aplicá-lo.</p> <p>Organizacional: Fazer busca ativa dos hipertensos.</p> <p>Separar um turno de atendimento para a estratificação.</p> <p>Econômico: Tabelas impressas do escore para anexar ao prontuário do paciente.</p>	Secretario de saúde	Favorável	Não é Necessário

6.5 Elaboração e Controle do Plano Operativo

Quadro 3: Plano de intervenção

Operações /projetos	Resultados	Produtos	Responsáveis	Prazo
Processo de trabalho da equipe em hipertensos. Linha de cuidado	Ter todos os hipertensos da área de abrangência reconhecidos e cadastrados	-Realizar aferição da pressão arterial em todas as consultas médicas -Treinamento para técnica correta de aferição da pressão arterial. -Busca ativa dos hipertensos não acompanhados, -Cadastramento de todos os hipertensos e atualização dos que já estão cadastrados.	Agente comunitário de saúde, médico enfermeiro e técnico de enfermagem.	4 meses
Modificar Hábitos e estilos de vida. + saúde.	Redução do tabagismo alcoolismo sedentarismo e maus hábitos alimentares.	-Realização de atividade física rua do PSF. -Realização de caminhada. -Orientação e informação nos grupos operativos de hipertensos.	Enfermeiro, Agente comunitária de saúde	-4 meses para dar início das atividades. -4 meses para dar início das atividades. -Iniciar em 3 meses e

		-Realização de campanha educativa na radio local e através de folhetos educativos.		dar manutenção dos grupos. -Iniciar em 4 meses e terminar em 5 meses
Aumentar nível de informação da população sobre hipertensão. Aprender +	População mais bem informada sobre sua condição de saúde	Grupos operativos com datas fixas a cada 15 dias, palestras fora do PSF sobre os temas mais questionados, material didático para distribuir para as famílias.	Médico, enfermeiro, técnico de enfermagem	Apresentar o projeto em 2 meses
Estratificar o risco cardiovascular de todos os hipertensos da área. Vigilância melhor	Seguimento e vigilância mais rigorosa e retorno mais frequentes de aqueles com risco aumentado.	Facilitar marcação de consultas e retorno e retornos, tendo um turno por semana para os hipertensos com horário marcado, agendar a consulta continuada em tempo adequado sem pegar fila, cobrar do gestor sobre medicações anti-hipertensivas em falta.	Coordenador da atenção básica em saúde, Medica, Enfermeiro, Técnico de enfermagem.	4 meses

6.6. Gestão do plano

Na efetivação de um plano de ação em saúde pública, é sempre necessária a preparação de um modelo de avaliação e monitoramento para verificar o impacto desse plano no processo definido, assim os objetivos, resultados e impactos definidos serão acompanhados e orientados para definir uma resposta satisfatória.

O acompanhamento do projeto será feito através de reuniões quinzenais. As ações estratégicas devem ser sempre executadas e avaliadas ao mesmo tempo para que os problemas sejam executados e corrigidos no menor tempo possível. Os prazos devem ser cumpridos e se os integrantes da equipe devem cumprir seu papel como foi determinado pelo gestor líder. Reuniões com a população fazem-se necessárias para conhecer se as mudanças almeçadas estão sendo aceitas satisfatoriamente.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A prevalência da HAS na área de abrangência da equipe de PSF Santo Antônio, em Cambuí, sendo considerada elevada é destaque entre os problemas priorizados do diagnóstico situacional da comunidade. Tudo isso pode ser comprovado através da grande demanda de pacientes hipertensos na unidade básica de saúde, óbitos por doenças cardiovasculares e internações por doenças circulatórias. O conhecimento da doença e dos fatores de risco pelos assistidos é o elo para diminuir a prevalência da HAS.

Ressalta-se que ao estratificar o risco cardiovascular em pacientes hipertensos pode-se proporcionar a criação de manejo clínico eficiente. Dessa forma, a equipe de saúde consegue dimensionar os cuidados e a atenção que se devem dar as pessoas de sua responsabilidade. Essa conduta se aplica principalmente aos agentes comunitários de saúde já que eles estão com contato mais próximo do paciente a ser assistido.

Espera-se que este plano de intervenção possibilite reduzir morbidade e mortalidade precoce advindos dos problemas da hipertensão no PSF Santo Antônio e melhorar a qualidade de vida dos mesmos. Toda a equipe de saúde será beneficiada, pois haverá a otimização do seu trabalho, da sua relação com os usuários e por uma facilitação no manejo dos casos mais complicados.

REFERÊNCIAS

ALVES, V. S.; NUNES, M. O. Educação em Saúde na atenção médica ao paciente com hipertensão arterial no Programa Saúde da Família. **Interface comum. Saúde educ.** Botucatu, v.10, n.19, p.131-147, jan./jun. 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Departamento de Atenção Básica.** Hipertensão Arterial Sistêmica para o Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

CAMPANE, Rafael Zoppi; GONÇALVES, Aguinaldo. Atividade física no controle da hipertensão arterial. **Rev bras med**, v. 59, n. 8, p. 561-7, 2002.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Resolução Nº 466, de 12 de Dezembro de 2012. Ministério da Saúde. Brasil, 2012. Disponível em:

< <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>

DIAS, M.A.S. Plano de intervenção para redução dos níveis pressóricos de pacientes hipertensos na área de abrangência da equipe de PSF Hermes Veríssimo –Janaúba-MG.Universidade Federal de Minas Gerais.Faculdade de Medicina.Núcleo de Educação em Saúde Coletiva.Montes Claros,2013.53f.**Monografia** (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família).Disponível em:

<<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/4277.pdf>>

DIRETRIZES. Sociedade Brasileira de Cardiologia / Sociedade Brasileira de Hipertensão / Sociedade Brasileira de Nefrologia. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Arq Bras Cardiol** 2010; 95(sup1): 1-51. Disponível em:

<<http://www.scielo.br/pdf/abc/v95n1s1/v95n1s1.pdf>>

DIRETRIZES. Sociedade Brasileira de Cardiologia/Sociedade Brasileira de Hipertensão/Sociedade Brasileira de Nefrologia. V Diretrizes de Monitorização Ambulatorial da Pressão Arterial (MAPA) e III Diretrizes de Monitorização Residencial de Pressão Arterial (MRPA). **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, v. 97, n. 3, p. 1-24, set. 2011. Suplemento 3 .Disponível em: <http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2010/Diretriz_hipertensao_associados.pdf>

GREZZANA, G.B.;STEIN.A.T.;PELLANDA L.C. Adesão ao Tratamento e Controle da Pressão Arterial por Meio da Monitoração Ambulatorial de 24 Horas. Fundação Universitária de Cardiologia do Rio Grande do Sul – ICFUC. 2013. **Artigo Original.** Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/abc/v100n4/aop4797.pdf>>

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTADÍSTICA (IBGE).Infográficos: históricos.**Censo Populacional.** Disponível em: <<http://cidades.ibge.gov.br/painel/historico.php?lang=&codmun=311060&search=||infogr%E1ficos:-hist%F3rico>> Acesso em: 11 oct.2014.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTADÍSTICA (IBGE).**Censo Populacional**,2010. Disponível em:

< <http://cidades.ibge.gov.br/painel/painel.php?codmun=311060>>
Acesso em: 10 sept.2014.

JABBOUR, G.M.J. Hipertensão arterial: uma proposta de intervenção na ESF jardim São Paulo. Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Medicina. Núcleo em Educação de Saúde Coletiva. Campos Gerais, 2014.27f. **Monografia** (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família).

JARDIM, P.C.B.V; JARDIM,T.S.V. Modelos de estudos de adesão ao tratamento anti-hipertensivo.**Rev Bras Hipertens** v. 13,n1, p.:26-29, 2006.

JOBIM, E. F. C. Hipertensão arterial no idoso: classificação e peculiaridades. **Rev Bras Clínic Médic**, São Paulo, v. 6, n. 6, p. 250-253, nov./dez. 2008.

MINISTERIO da Saúde. Tecnologia da Informação a serviço do SUS. **Renda media familiar**. Disponível em:
<<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?ibge/censo/cnv/rendamg.def>>.Acesso em: 11 oct.2014.

MIRON, I.C.M.N. Plano de intervenção para impactar a não adesão ao tratamento da hipertensão arterial no PSF de Arantina - Minas Gerais. Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Medicina. Núcleo em Educação de Saúde Coletiva. Conselheiro Lafaiete, 2015. 39f. Disponível em:
<<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/5049.pdf>>

NAKAMOTO, A.Y.K. Hipertensão Arterial Sistêmica. Moreira JR editora.**Revista Brasileira de Medicina**[on line],v.69,n.4.abril.2012.Disponível em:
<http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?fase=r003&id_materia=5009>

NASCIMENTO, C.S. Fatores de risco para a hipertensão arterial. **Blog Médico-hipertensão arterial e doenças cardiovasculares**. 19/maio. 2012. Disponível em:<<http://hipercardio.blogspot.com.br/2012/05/fatores-de-risco-para-hipertensao.html>>

OLIVEIRA, F.P. Fatores que interferem na adesão ao tratamento anti-hipertensivo pelos idosos. Revisão da Literatura. Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Medicina. Núcleo de Educação em Saúde Coletiva. Araçuaí,2013.p.11. **Monografia** (Especialização em Atenção Básica de Saúde da Família)

PEREIRA, A.A.M. **Aspectos psicológicos envolvidos na não adesão**. In Nobre F, Mion Júnior D. Adesão ao tratamento: O grande desafio das doenças crônicas e da Hipertensão Arterial. São Paulo: Leitura Médica, 2013.p. 35-43.

PREFEITURA Municipal de Saúde Cambuí. Plano anual de saúde. Cambuí. **Administração 2013/2016**. Minas gerais. 2014.

SANTOS, A.S.M.Z. *et al.* Adesão do cliente hipertenso ao tratamento :análise com abordagem interdisciplinar. **Enferm.** v.14, n.13, Florianópolis July/sept. 2005. Disponível em: <[http://: www.scielo.br](http://www.scielo.br)>

SECRETARIA Municipal de Saúde Cambuí. **Relatório de Gestão** - Período de janeiro a dezembro de 2013. Minas Gerais. 2014.

SECRETARIA do estado de saúde de Minas Gerais Belo Horizonte. Linha-guia de hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus e doença renal crônica. **Atenção a saúde do adulto**. 3 ed, 2013.

SILVA, B.R; CADE, N.V; MOLINA, N.C.B. Riscos coronários e fatores associado em hipertensos de uma unidade de saúde da família. **Rev.Enferm. UERJ**. Rio de Janeiro. v.20, n.4, p.39-44. Out /dez.2012.

SOCIEDADE de Cardiologia do Estado de São Paulo. Hipertensão: causa de doença do coração. **Blog do coração**. apud 6/07/2013. Disponível em: <<http://www.socesp.org.br/blogdocoracao/2013/07/06/hipertensao-causa-de-doenca-do-coracao/>>

SOUZA, F.O. Hipertensão sistêmica no município de Diogo de Vasconcelos-MG. 2011. **Trabalho de conclusão do curso**-Universidade Federal de Minas Gerais. Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Medicina. Núcleo em Educação de Saúde Coletiva. Conselheiro Lafaiete, 2011. 56f. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2599.pdf>.>

Apêndice A – Imagem Cambuí-MG

Figura 1 **Panorâmica da cidade vista do morro do cruzeiro.**

Foto: Alessandro Souza

**Apêndice B Localização de Cambuí MG no mapa**

Figura 2 Cambuí- MG



Apêndice C Localização dos ESF de Cambuí

Figura 3- ESF Santo Antônio marcado em laranja .

