

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

BRUNA OLIVEIRA REIS

**FATORES DE RISCO DE HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA
NA TERCEIRA IDADE**

FORMIGA - MINAS GERAIS

2014

BRUNA OLIVEIRA REIS

**FATORES DE RISCO DE HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA
NA TERCEIRA IDADE**

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

Orientadora: Profa. Maria Dolôres Soares Madureira

FORMIGA – MINAS GERAIS

2014

BRUNA OLIVEIRA REIS

**FATORES DE RISCO DE HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA
NA TERCEIRA IDADE**

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

Orientadora: Profa. Maria Dolôres Soares Madureira

Banca Examinadora:

Profa. Ms. Maria Dolôres Soares Madureira - orientadora

Profa. Dra. Maria Rizioneide Negreiros de Araújo - UFMG

Aprovado em Belo Horizonte em: 29/ 12/2014.

Dedicatória

Decido esta conquista aos meus pais pela fonte de amor e ternura que foram minhas grandes inspirações. A meus irmãos pelo apoio, interesse e preocupação. E a todos que contribuíram para o que sou e o que faço hoje.

“Ninguém ignora tudo.

Ninguém sabe tudo.

Todos nós sabemos alguma coisa.

Todos nós ignoramos alguma coisa.

Por isso aprendemos sempre”.

Paulo Freire

RESUMO

A hipertensão arterial sistêmica é considerada um sério problema de saúde pública, sendo responsável por grande parte da morbimortalidade das doenças cardiovasculares. O seu controle visa prevenir lesões irreversíveis no organismo e está diretamente relacionado ao grau de adesão do hipertenso ao tratamento. Na área de abrangência da equipe de Saúde da Família Novo Horizonte, município de Passos - MG identificou-se, por meio do diagnóstico situacional, que a maioria da população idosa tem hipertensão arterial sistêmica. A não adesão dos pacientes ao tratamento constitui um dos mais importantes problemas enfrentados pelos profissionais de saúde. Portanto o objetivo deste estudo é elaborar um projeto de intervenção com vistas a melhorar a qualidade de vida dos idosos hipertensos da área de abrangência desta equipe de saúde. Os procedimentos metodológicos incluem: diagnóstico situacional, revisão narrativa de literatura e elaboração do projeto de intervenção. Foram propostas intervenções como visitas domiciliares e atividades educativas com vistas ao auto cuidado que deverão ser contínuas e avaliadas. Com este projeto espera-se manter os níveis pressóricos adequados dos pacientes e conseqüentemente proporcionar uma qualidade de vida melhor para os mesmos.

Palavras chave: Hipertensão. Tratamento. Atenção primária à saúde. Idosos. Saúde do Idoso.

ABSTRACT

Hypertension is considered to be a serious public health problem, being responsible for much of the morbidity and mortality from cardiovascular diseases. Your control aims to prevent irreversible lesions in the body and is directly related to the degree of adherence of hypertension to treatment. In the area covered by the family health team Novo Horizonte, municipality of Passos - MG, identified through the Situational diagnosis, that the majority of the elderly population has hypertension. The non-adherence of patients to treatment constitutes one of the most important problems faced by health care professionals. Therefore the aim of this study is to elaborate a project of intervention with a view to improving the quality of life of the elderly with hypertension in the scope of the health team. The methodological procedures include: Situational diagnosis, review of narrative literature and elaboration of the intervention project. Interventions have been proposed as home visits and educational activities with a view to auto care must be continuous and evaluated. With this project it is expected to maintain adequate blood pressure levels of patients and hence provide a better quality of life for them.

Keywords: Hypertension. Treatment. Primary attention to health. Elderly. Health of the elderly.

LISTA DE SIGLAS

CEREST - Centro de Referência em Saúde do Trabalhador

HAS - Hipertensão Arterial Sistêmica

NAE - Núcleo de Assistência em Estomatoterapia

NAEHP - Núcleo de Assistência, Ensino e Pesquisa em Hanseníase

NASF - Núcleo de Apoio à Saúde da Família

PAD - Pressão Arterial Diastólica

PAS - Pressão Arterial Sistólica

PES - Planejamento Estratégico de Saúde

SUS- Sistema Único de Saúde

UAP – Unidade de Atenção Primária

UPA - Unidade de Pronto Atendimento

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
2 JUSTIFICATIVA.....	24
3 OBJETIVOS	25
4 METODOLOGIA.....	26
5 REVISÃO DE LITERATURA.....	27
6 PROJETO DE INTERVENÇÃO.....	30
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	36
REFERÊNCIAS	37

1 INTRODUÇÃO

Por meio das informações coletadas durante a realização do diagnóstico situacional na área da Equipe de Saúde da Família Novo Horizonte do município de Passos - MG, onde desenvolvo as atividades do dia a dia, foi possível conhecer melhor: população estimada, área da unidade territorial, densidade demográfica, histórico do município e como funciona o atendimento ao público na unidade básica de saúde.

Entre os problemas identificados, priorizou-se a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) na terceira idade na área de abrangência da equipe Novo Horizonte.

Considera-se que o problema deste estudo está relacionado à condição de sedentarismo que pode contribuir para o desenvolvimento de hipertensão arterial na terceira idade, bem como a pouca informação em relação à HAS e suas consequências.

Sabe-se que, atualmente, que a hipertensão arterial tornou-se prioridade em saúde pública no Brasil.

A hipertensão arterial, segundo a Sociedade Brasileira de Cardiologia (2007), é um dos mais importantes problemas de saúde pública, tem alta prevalência e baixas taxas de controle, acometendo aproximadamente 20% da população geral e nas pessoas idosas esses índices podem chegar a 50%.

Para Mano e Pierin (2005) como causa isolada, a hipertensão arterial sistêmica é a mais importante morbidade do adulto. Embora seu tratamento, medicamentoso e não medicamentoso, seja conhecido, a HAS é de difícil controle provavelmente em consequência da baixa adesão dos pacientes ao tratamento. Em decorrência desses fatores apresenta alta prevalência na população brasileira.

Além disso, o tratamento da HAS e de suas complicações demanda custos médicos e socioeconômicos muito elevados, principalmente em idosos, sendo uma das mais importantes causas de morbimortalidade (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2007; SEVERO *et al.*, 2009).

Oliveira (2013, p.12) comenta que

[...] o enfrentamento da hipertensão arterial implica uma reestruturação, no modo de vida das pessoas, uma vez que estas e seus familiares têm que aprender a viver e a gerir a situação da doença o que não tem se mostrado tão simples no cotidiano das famílias acompanhadas.

Os profissionais da área da saúde, segundo Mano e Pierin (2005, p.270) “devem buscar estratégias para melhorar a adesão dos hipertensos ao tratamento”, principalmente na atenção primária de saúde, na Estratégia Saúde da Família, favorecendo o controle da doença no contexto da família.

1.1 O município de Passos e a atenção à saúde.

A formação de Passos iniciou-se em meados do séc. XVIII, com a implantação de fazendas implantadas, sendo que a Vila de Passos inicia-se em 1848. Com seu franco desenvolvimento a vila é elevada a categoria de cidade em virtude da lei nº 854, de 14 de maio de 1858, conservando a mesma denominação (IBGE, 2014).

Inicialmente, o quadro territorial judiciário-administrativo era constituído dos distritos de Passos e São João Batista do Glória, posteriormente no quinquênio 1949-1953, o município de Passos perdeu o distrito de São João Batista do Glória, ficando constituído de apenas o distrito da sede (IBGE, 2014).

O município de Passos localiza-se na Mesorregião Sul/Sudoeste de Minas, distante 345 quilômetros da capital do Estado. Limita-se com os municípios de Delfinópolis, São João Batista do Glória, Alpinópolis, Bom Jesus da Penha, Jacuí, Fortaleza de Minas, Cássia e Itaú de Minas.

Situa-se na bacia de Rio Grande, Rio São João, Ribeirão Conquista e Ribeirão Bocaina, maior manancial de abastecimento de água para a população. Seu clima é Tropical de Altitude, com temperatura média anual superior a 18°C e inverno seco (IBGE, 2014).

Figura 1 – Região administrativa de Passos



Fonte: SES/MG, IBGE, DATASUS (2014)

Quanto ao relevo, apresenta uma topografia predominantemente plana, com áreas bem adequadas à agricultura e pecuária. Os solos são originários de rochas pré-cambrianas, cuja análise química mostra grande riqueza de minerais primários, com altos teores de potássio, o que transfere aos solos características de alta fertilidade.

Segundo o IBGE (2014), a população de Passos em 2010 era de 106.290 habitantes, sendo 94,87% (100.842) na zona urbana e 5,18% (5448) na zona rural. Para 2014 estima-se que seja de 112.402 habitantes, distribuída por seu território de 1338,07km², o que constitui uma densidade demográfica de 79,44 habitantes/km², Passos constitui a 4ª maior cidade do Sul/Sudoeste Mineiro e a 26ª do Estado (IBGE, 2014).

Quadro 1 – Distribuição da população, por sexo e faixa etária, Passos, 2013.

Faixa Etária	Homem	Mulher	Total
< - 4	3.558	3.317	6.875
5 - 9	3.706	3.530	7.236
10-14	4.706	4.282	8.780
15-19	4.626	4.528	9.154
20-29	9.171	9.098	18.269
30-39	8.102	8.391	16.493
40-49	7.552	7.791	15.343

50-59	5.846	6.284	12.130
60-69	3.598	3.922	7.520
70-79	1.876	2.206	4.082
80+	715	1.064	1.779
Total	53.248	54.413	107.661

Fonte: Relatório Anual de Gestão (PASSOS, 2014)

Pelo perfil demográfico observa-se a configuração de um estreitamento na base da pirâmide, onde estão as faixas etárias mais jovens, acompanhado de alargamento no centro e no topo, nas faixas etárias adultas e idosas. Isto caracteriza queda na taxa de natalidade e aumento da expectativa de vida da população. A partir da faixa de 30 anos, especialmente no sexo feminino, há um aumento acentuado que pode indicar uma mortalidade maior do sexo masculino ou migração.

Nesta direção, emergem necessidades de reformular as ações de intervenção do setor saúde, no sentido de priorizar as demandas advindas do crescimento e das condições de urbanização, do envelhecimento populacional e do número relevante de óbitos em homens adultos jovens (PESSOA, 2009).

A cidade está dividida em 64 bairros e possui dois Distritos Industriais: um na saída para São João Batista do Glória, e outro na entrada da cidade, próximo à Rodovia MG 05.

O município possui uma economia originada na agropecuária e no agronegócio; possui pequenas indústrias de confecções e móveis, além de um forte setor de serviços. É servida principalmente pelas rodovias MG-050 e pela BR-146.

Segundo o IBGE (2014) em 2010, o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDH-M) do município era de 0,756, sendo que o município ocupou a 32ª posição entre os 100 maiores municípios mineiros em 2010. A renda média familiar também em 2010 era de R\$ 550,00 na área urbana e R\$400,00 na zona rural.

Embora os dados apontem para melhoria na cobertura de redes de esgotamento sanitário, evidencia-se, ainda, um grande número de enfermidades condicionadas a fatores ambientais e a dinâmicas sociais. Os percentuais de atendimento verificados para a rede de saneamento básico no município mostram-se sistematicamente superiores aos observados para o restante do estado.

Dessa forma, o Sistema de Abastecimento de Água e Esgoto (SAAE), concessionária do serviço desde 1963, é responsável por tratar e abastecer 37.948 residências, o que representa 99% das casas existentes e regularizadas na cidade. A coleta de lixo abrange 100% da população urbana.

Já a rede de esgoto atende 37.181 residências, ou pouco mais de 97% do número de domicílios da cidade. Quanto à energia elétrica, esta é fornecida pela CEMIG e chega a 97,6% dos domicílios, o que corresponde a 36.900 residências (SAAE).

O município de Passos apresenta bons indicadores de infraestrutura social, além de apresentar bons níveis de renda, com destaque para a agroindústria (açúcar, álcool, fermento, laticínios,); agropecuária (cana, café, milho, gado de corte e de leite, avicultura de corte e de postura, suinocultura); indústria confeccionista e de serviços. Atualmente a cidade está se destacando na indústria moveleira. A indústria mobiliária (móveis rústicos e finos) vem se destacando e ganhando expressão nacional pela sua qualidade de acabamento, design diferenciado e durabilidade.

Comércio forte, infraestrutura de serviços institucionais e privados, aliados à tradicional hospitalidade mineira fazem do turismo de compras em Passos realmente um diferencial para quem visita a cidade (PREFEITURA MUNICIPAL DE PASSOS, 2014).

Quadro 2 - Distribuição da população, segundo escolaridade, Passos - MG, 2010.

Escolaridade:	Distribuição da população %
Sem instrução/ 1º ciclo fundamental incompleto	4,34
1º Ciclo completo/2º incompleto	10,68
2º Ciclo Fundamental completo ou mais	78,49
Não determinada	6,48
Total	100

Fonte: IBGE, 2014

Pode-se observar no quadro acima que a maior parte da população possui o 2º ciclo do ensino fundamental completo, ou seja, possui 11 ou mais anos de estudo.

Quanto à taxa de analfabetismo no município de Passos, verifica-se de acordo com a PNAD/IBGE (2010), que entre a faixa etária de 10 a 14 anos esta era de 1,1% e entre os de 15

e mais anos era de 5,5%. Tais percentuais encontram-se pequenas divergências em relação aos do Estado, que eram de 0,8% e 7,9%, respectivamente.

O Sistema Local de Saúde

Passos possui 41 estabelecimentos públicos de saúde inseridos no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), distribuídos em diferentes níveis de atenção à saúde.

No município de Passos, a Vigilância em Saúde vem intensificando o desenvolvimento de ações de promoção da saúde, prevenção e controle dos agravos, por meio da equipe da divisão de Vigilância Epidemiológica, que já atuavam no município, com os técnicos da divisão de Controle de Vetores e Animais Peçonhentos. A principal diretriz desse processo é a aproximação das ações equipes da vigilância em saúde com a atenção básica. No processo de consolidação do SUS e da qualificação das ações de saúde, o setor de Vigilância em Saúde tem como abordagens de trabalho atuar na promoção à saúde, vigilância ambiental, vigilância à saúde do trabalhador, vigilância da situação de saúde, vigilância epidemiológica e vigilância sanitária.

De acordo com o artigo 1º do capítulo 1 da Portaria MS nº 3252 de 22 de dezembro de 2009, destaca-se que

A Vigilância em Saúde tem como objetivo a análise permanente da situação de saúde da população, articulando-se num conjunto de ações que se destinam a controlar determinantes, riscos e danos à saúde de populações que vivem em determinados territórios, garantindo a integralidade da atenção, o que inclui tanto a abordagem individual como coletiva dos problemas de saúde (BRASIL, 2009, sp.).

A vigilância à saúde é constituída de ações de promoção, vigilância e proteção da saúde da população e de ações que possam controlar as doenças e agravos à saúde (BRASIL, 2009).

Considerando o conceito abrangente da vigilância em saúde, o processo de descentralização e regionalização é fundamental, bem como trabalhar os conceitos de risco e de vulnerabilidade e promover a democratização da definição de prioridades e estratégias de intervenção, monitoramento e avaliação das ações de saúde.

O Plano Municipal de Saúde de Ribeirão Preto destaca que

[...] em um contexto socioeconômico diverso e complexo, com altas taxas de morbidade e de mortalidade por doenças crônicas não transmissíveis, a emergência de novas doenças, o crescimento da violência e dos acidentes de transporte e o envelhecimento da população, torna-se imperioso repensar a organização das ações e dos serviços de saúde, associando promoção, vigilância e atenção à saúde no dia a dia de todos os atores do sistema, especialmente dos tomadores de decisão. Diante desse quadro, as ações de Vigilância em Saúde vêm passando por profunda reorganização normativa e operacional para adequar-se aos princípios e diretrizes constitucionais do SUS de descentralização e integralidade, bem como adequar-se às necessidades de saúde da população (RIBEIRÃO PRETO, 2013, p.47).

A Atenção Primária à Saúde (APS) do município é integrada por 26 Unidades de Saúde, sendo 17 Unidades da Estratégia de Saúde de Família (ESF) e 9 Unidades Básicas de Saúde que ainda atuam dentro do modelo convencional. (UBS/ambulatorios), apoiadas por 2 Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). O município encontra-se territorializado, com adscrição de áreas de abrangência e cobertura de 100% da população urbana e rural, 60% pela ESF e 40% pelas UBS Convencionais.

As 17 Unidades da ESF estão distribuídas em pontos estratégicos da cidade e recebem os nomes dos bairros onde estão localizadas. A expansão da cobertura pela ESF, nas áreas adscritas pelas UBS, integra as metas do Plano Municipal de Saúde em vigor, em consonância com a nova Política Nacional da Atenção Básica, que reconhece a Saúde da Família como a estratégia recomendada e prioritária para a consolidação da APS (BRASIL, 2011).

A Estratégia Saúde da Família no município

As equipes da ESF são constituídas, cada uma, por um médico, um enfermeiro, um técnico de enfermagem, seis Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e uma recepcionista, apoiados por equipes multidisciplinares dos NASF, formadas por nutricionistas, farmacêuticos, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, fonoaudiólogos, psicólogos e assistentes sociais.

A programação local dessas Unidades de Saúde é estabelecida anualmente, a partir do diagnóstico de saúde da população. Com base nessa programação, os atendimentos médicos são distribuídos em: 1) imediato, para pessoas com queixas agudas, ou com agudização de condições crônicas, que necessitem atendimento no momento em que

acessam a Unidade de Saúde; 2) agendado, para pessoas que acessam a Unidade de Saúde da Família (USF), porém, não requerem atendimento imediato, sendo agendadas ao longo da semana; 3) programado, para atendimento de grupos específicos (crianças, adolescentes, hipertensos, diabéticos, tuberculose, hanseníase, saúde mental, gestantes, idosos), os quais são previamente agendados pelos ACS, sem que os usuários tenham de acessar a USF. Estes têm enfoque preventivo e representam 60% das ações desenvolvidas pelo médico dessas Unidades de Saúde.

As principais ações e programas desenvolvidos pelas ESFs e NASF são:

- Acolhimento aos usuários na Unidade de Saúde e no domicílio;
- Visitas domiciliares, com enfoque na vigilância em saúde individual e coletiva, realizada por todos os membros da equipe de Saúde da Família e NASF;
- Atenção integral à saúde de gestantes e crianças (grupos de gestantes; classificação de risco de gestantes e priorização de ações; atendimento pré-natal das gestantes de risco habitual);
- Acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento das crianças (puericultura), conforme preconização das Diretrizes Clínicas (Linha Guia de Saúde da Criança); programa Saúde de Ferro;
- Acompanhamento do aleitamento materno, com atendimento domiciliar multiprofissional;
- Grupos informativos sobre educação para a saúde em sala de espera, creches, escolas e Centros de Referência de Assistência Social (CRAS).

Na Atenção Integral à Saúde do Adolescente, verifica-se atendimento médico e de enfermagem individual, de caráter integral; Programa Saúde na Escola, com enfoque em sexualidade e drogas; participação no Projeto Pró-jovem dos CRAS, para abordagem de planejamento familiar e prevenção de Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) e Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS); grupos informativos de educação para a saúde em sala de espera e escolas.

Na Atenção Integral à Saúde do Adulto: identificação da população adulta, com classificação de risco e priorização de ações, conforme recomendações das Diretrizes Clínicas de Atenção à saúde do Adulto (hipertensão arterial, diabetes, tuberculose, hanseníase e infecção por HIV/AIDS); ações de prevenção e acompanhamento de pessoas com

hipertensão arterial e diabetes (Programa Hiperdia); grupo de Práticas Corporais Orientadas - Projeto DANT (Doenças e Agravos Não transmissíveis), Projeto Obesidade, para estímulo à perda de peso; grupo de culinária saudável; Programa antitabagismo; Projeto Saúde nas Empresas, em parceria com Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST); atendimento a pessoas em situação de privação de liberdade (população carcerária), por meio de atendimentos e atividades de grupos realizados na Penitenciária de Passos; acompanhamento de saúde mental; grupos de artesanato; grupos terapêuticos (Roda de Conversa); diagnóstico e acompanhamento de pacientes com tuberculose e hanseníase; atendimento médico e de enfermagem noturno voltado para a atenção integral à saúde do homem; ações preventivas de saúde da mulher (câncer do colo uterino e da mama, planejamento familiar).

Na Atenção Integral à Saúde do Idoso: acompanhamento médico e de enfermagem para a saúde do idoso; classificação de risco e priorização de ações; visitas domiciliares; grupos de convivência; passeios; grupos de práticas corporais e artesanato; grupo de cuidadores; tratamento de feridas.

As equipes de Saúde da Família estão se preparando para implantar o serviço de acolhimento aos usuários com classificação de risco, por meio do Protocolo de Manchester, para organizar a rede de urgência e emergência do município, em atendimento ao Plano Diretor da Atenção Primária de Minas Gerais, visando a organização do acesso nas diferentes portas de entrada do sistema de saúde.

As UBS convencionais contam com uma equipe composta por médico (clínico geral, pediatra e ginecologista/obstetra), enfermeiro, psicólogo, nutricionista, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional, técnico de enfermagem e recepcionista. Suas ações e programas assemelham-se aos desenvolvidos pelas ESF, porém realizadas exclusivamente nas Unidades de Saúde e com enfoque individual. Também é da sua responsabilidade o Programa Nacional de Imunizações (PNI), com cobertura de toda a população urbana e rural. O acesso aos usuários é viabilizado por meio da procura por atendimento (demanda espontânea), agendamento presencial ou encaminhamento feito pelas ESF para atendimentos de pediatria e de ginecologia, de acordo com os territórios de abrangência. A atenção primária é responsável pela coordenação da rede de atenção à saúde do município e dos fluxos de atendimento, juntamente com os serviços especializados que compõem a atenção secundária e a terciária.

A Atenção Secundária à Saúde

É realizada em 8 Unidades de Saúde: 1 Policlínica de Especialidades e Centro de Diagnóstico, 1 Unidade de Pronto Atendimento (UPA-24 horas), 1 Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST), 1 Núcleo de Assistência em Estomaterapia (NAE), 1 Ambulatório de Referência para DST/AIDS (AMBES), 1 Núcleo de Assistência, Ensino e Pesquisa em Hanseníase (NAEHP), 1 Unidade do Programa Viva Mulher, 1 Unidade do Programa de Hepatites Virais. Os serviços especializados que integram este nível de atenção atuam de forma integrada com a Atenção Primária para o fortalecimento da rede de atenção, por meio de diversas ações e serviços ofertados.

Policlínica Central Dr. Antonio Carlos Piantino e Centro de Saúde Dra. Celina Coelho: possuem as seguintes especialidades médicas: Cardiologia, Endocrinologia, Ortopedia, Oftalmologia, Neurologia, Otorrinolaringologia, Gastroenterologia, Proctologia e Cirurgia Geral. Além dos atendimentos médicos, são realizados eletrocardiograma e exames de imagem (radiografia e ultrassonografia). O acesso dos usuários aos atendimentos médicos e aos exames diagnósticos se dá por meio de agendamentos realizados pelas Unidades da APS, através de um sistema informatizado de gestão em saúde que possibilita agendamentos, monitoramento e regulação dos mesmos.

Unidade de Pronto Atendimento: integra a rede de urgência e emergência do município e da região, juntamente com a Santa Casa de Misericórdia de Passos. Nela desenvolvem-se ações e programas recomendados pelo Ministério da Saúde e pela Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais para a consolidação das redes de urgência e emergência. Atualmente, implantou-se o sistema de Acolhimento e Classificação de Risco, com adesão ao protocolo de Manchester.

A UPA possui corpo clínico integrado por cinco ortopedistas, 23 clínicos gerais, 10 cirurgiões gerais e cinco pediatras. Conta também com equipe de enfermagem composta por 13 enfermeiros, 42 técnicos de enfermagem e cinco auxiliares em enfermagem. Além dos profissionais médicos e de enfermagem, na UPA trabalham tres técnicos em farmácia, tres técnicos em imobilização ortopédica, 23 acadêmicos em enfermagem (convênio com a FESP), tres assistentes sociais, 10 recepcionistas, seis motoristas, 10 profissionais de assepsia, dois cirurgiões dentistas, um auxiliar de saúde bucal, um bioquímico, dois farmacêuticos, tres auxiliares de laboratório, um técnico de

laboratório, cinco técnicos em radiologia e seis seguranças. A estrutura física da UPA é formada por salas de recepção, de espera e de triagem, consultórios médicos, 40 leitos de observação, laboratório de análises clínicas, serviço de radiologia, sala para pequenas cirurgias, posto de enfermagem, sala de serviço social e UTI (4 leitos). A UPA funciona 24 horas por dia, com média de 450 atendimentos médicos diários.

Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST): iniciou suas atividades em 2010 e atende toda a região de saúde Passos-Piumhi e São Sebastião do Paraíso. Sua equipe conta com um médico do trabalho, um enfermeiro, um técnico de enfermagem, um assistente social, duas fisioterapeutas, um psicólogo e um técnico em segurança do trabalho. Este serviço realiza, semanalmente, 15 quinze atendimentos médicos, cinco visitas a serviços de saúde, empresas e aos municípios da região e uma palestra ou atividade de educação permanente com os profissionais da atenção primária.

Núcleo de Assistência em Estomaterapia (NAE): inaugurado em 2010, é um serviço de atendimento especializado a pacientes com úlceras crônicas e ostomias e atua com equipe multidisciplinar formada por um enfermeiro estomaterapeuta, um técnico de enfermagem, um médico cirurgião geral, um médico cirurgião plástico, um assistente social, um psicólogo e uma nutricionista. Atualmente, realiza acompanhamento de 400 pacientes de Passos e regiões de saúde Passos-Piumhi e São Sebastião do Paraíso (24 municípios).

A Equipe de Saúde da Família Novo Horizonte

A área do ESF Novo Horizonte possui um total de 1.190 famílias distribuídas entre 3.500 habitantes.

Quadro 3 - Consolidado das atividades realizadas no domicílio na área de abrangência da ESF Novo Horizonte

Atividades	Micro áreas						
	1	2	3	4	5	6	Total
Domiciliar formal	02	03	00	03	00	00	08
Domiciliar informal	11	02	02	02	00	00	17
Manipulação de produto químico no domicílio	01	00	01	02	00	00	04
Manipulação de produto de beleza no domicílio	02	02	00	02	02	02	10
Manipulação de alimentação no domicílio	02	01	01	00	02	02	08
Plantações no terreno do domicílio para consumo	06	03	12	24	09	08	62

próprio							
Plantação no terreno do domicílio para comercialização	01	01	02	00	00	00	04
Total	25	12	18	33	13	12	113

Fonte: CEREST, 2014.

Pelos dados do quadro acima podemos verificar que a plantação do terreno do domicílio para o consumo próprio tem aumentado, especialmente em decorrência da redução dos demais grupos.

Quadro 4 - Consolidado das principais atividades ocupacionais na área de abrangência da ESF Novo Horizonte

Micro área	Principais atividades
01	Costureira 2, manicure 2, cabeleireiro 2, vendedor de desinfetante 1, cozinheira 2, salgadeira fabricante de bolsas 1
02	Comerciante 5, cabeleireira 2, feirante 1
03	Verdureiro 2, cabeleireiro 1, salgadeira 1
04	Manicure 8, cabeleireira 3, costureira 3
05	Pasteleira 1, salgadeira 1, cabeleireira 1
06	Bar 1, salgadeira 1, depiladora 1

Fonte: CEREST, 2014.

De acordo com o consolidado, a micro área 1 concentra maior diversificação de atividades ocupacionais.

Quadro 5 - Consolidado dos Dados Individuais dos Trabalhadores- por micro área

Micro área	Principais ocupações do território em ordem decrescente
01	Atendente 42, comerciante 40, balconista 32, doméstica 19, professora 19, costureira 17, faxineira 17, enfermeiro 15, motorista 15, pedreiro 9, secretária 7, mecânico 6, eletricitista 4, funcionário público 4, empresário 4, advogado 2, manicure 2, cabeleireiro 2, cozinheira 2
02	Serviços gerais 15, vendedor 12, doméstico 12, comerciante 11, professores 07, pedreiro 7, motorista 5, empresário 5, costureira 4, eletricitista 4, mecânico 3, funcionário público 3, recepcionista 3, serralheiro 2, técnico de enfermagem 2, cabeleireira 2, pintor 2 feirante 1.
03	Vendedor 39, doméstica 20, cozinheira 13, motorista 12, lavrador 11, pedreiro 9, comerciante 7, marceneiro 7, militar 5, costureira 5, frentista 4, catador 4, secretária 3, enfermeiro 1, lavadeira 2, agente comunitário de saúde 1, manicure 1, padeiro 1, topógrafo 1.
04	Motorista 20, vendedor 20, comerciante 16, professora 16, secretária 12, mecânico 9, manicure 8, enfermeira 6, balconista 5, advogado 4, cabeleireira 3, costureira 3, auxiliar de cartório 3,

	pintor 2, agente comunitário de saúde 2, serviços gerais 2, técnico de enfermagem 2, barbeiro 1.
05	Serviços gerais 76, domestica 37, pedreiro 21, lavrador 17, vendedor 10, motorista 6, mecânico 6, costureira 6, babá 4, secretaria 4, moto-taxi 4, carroceiro 4, chapa 4, vigia 3, pintor 3, gari 3, professor 1, cozinheira 1, cabeleireira 1.
06	Serviços gerais 74, domestica 40, mecânico 10, vendedor 6, motorista 6, mecânico 10, pedreiro 5, serralheiro 5, tratorista 3, balconista 3, comerciante 2, costureira 2, cozinheira 1, depiladora 1.

Fonte: CEREST, 2014.

A comunidade conta com os serviços existentes dentro da área de abrangência juntamente com a ESF Novo Horizonte, Ambulatório Novo Horizonte, CAPS e Cantina da Bernadete. A unidade ESF Novo Horizonte consta com 9 profissionais da saúde são eles: 1 médico, 1 enfermeiro, 1 técnico de enfermagem e 6 agentes comunitários de saúde (ACS).

A unidade básica de saúde funciona no horário de 07 às 11h30min e de 13 às 16h30min.

A seguir apresentamos alguns espaços físicos da ESF Novo Horizonte onde atuou.

Figura 2- Fachada da Unidade Básica de Saúde Novo Horizonte.



Figura 3 - Recepção da Unidade Básica de Saúde Novo Horizonte



A unidade tem uma boa estrutura física possibilitando a realização das atividades inerentes à atenção básica.

Pelo exposto, reconhece-se que a unidade básica de saúde e a rede de atenção à saúde do município de Passos prescindem de ações voltadas para os hipertensos da terceira idade considerando o quantitativo de idosos hipertensos e os fatores de riscos os quais eles estão expostos.

2 JUSTIFICATIVA

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é uma das causas de morbimortalidade prematura em idosos decorrente de sua grande prevalência e por ser fator de risco para complicações cardiovasculares (CESARINO *et al.*, 2004).

Neste sentido, Contiero *et al.* (2009, p.68) ressaltam que a falta de adesão dos pacientes ao tratamento da HAS deve ser sempre um de preocupação para os profissionais de saúde e que um fator importante relacionado a esta situação é a falta de conhecimento do significado da hipertensão arterial e suas complicações e o risco quando não tratada. As autoras constataram em estudo realizado com idosos que os mesmos demonstraram “certa limitação em entender o processo saúde-doença da hipertensão arterial” o que contribui para a não adesão ao tratamento.

Na área de abrangência da equipe de saúde da família Novo Horizonte, município de Passos, identificou-se por meio do diagnóstico situacional que a maioria da população idosa tem hipertensão arterial sistêmica e percebeu-se também a necessidade de uma atenção planejada a esta população.

No controle da HAS e suas consequências nos idosos as ações educativas tem um papel coadjuvante fundamental no tratamento.

Com isso, espera-se que este projeto seja de extrema importância para a prática da autora e da equipe de saúde com vistas à melhoria da qualidade de vida dos idosos hipertensos.

3 OBJETIVOS

Objetivo geral

- Elaborar um projeto de intervenção com vistas a melhorar a qualidade de vida dos idosos com diagnóstico de Hipertensão Arterial Sistêmica na área de abrangência da equipe de Saúde da Família Novo Horizonte do município de Passos – MG.

Objetivos específicos

- Identificar na literatura os fatores de risco associados à Hipertensão Arterial Sistêmica.
- Propor ações na atenção primária à saúde que favoreçam a qualidade de vida de idosos hipertensos.

4 METODOLOGIA

Para a realização deste trabalho foram seguidas as seguintes etapas:

- Utilização do método do Planejamento Estratégico Situacional (PES) para a elaboração do Diagnóstico situacional através do método de estimativa rápida (MATUS, 1993; CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).
- Os dados foram coletados nos registros na unidade de saúde e fontes secundárias como Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) e no Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).
- Levantamento de idosos cadastrados na ESF e posteriormente um convite para idosos na faixa etária de 60 a 90 anos de idade, para comparecerem a unidade. Foi também feita busca ativa pela equipe e utilizados meios de comunicações para a divulgação das atividades necessárias ao controle da hipertensão arterial.
- Para fundamentação teórica foi feita a pesquisa bibliográfica na modalidade de revisão de literatura nos seguintes bancos de dados: *Scientific Electronic Libray Online* (SciELO), Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências de Saúde (LILACS) e *National Library of Medicine* (MEDLINE). Também foram utilizados manuais do Ministério da Saúde e da Organização Mundial de Saúde. A pesquisa nos bancos de dados ocorreu por meio dos seguintes descritores:

Hipertensão.

Tratamento.

Atenção Primária à Saúde.

Idosos.

Saúde do Idoso.

5 REVISÃO DE LITERATURA

Desde a década de 60 até os dias de hoje, tem sido difundido em todo o mundo a busca pela mudança de paradigma nos serviços de saúde, valorizando o modelo de promoção da saúde (SILVA *et al.*, 2009).

Neste sentido, são necessárias estratégias de planejamento para intensificar intervenções na promoção de escolhas saudáveis no estilo de vida e ações oportunas para promover e preservar a saúde agindo sobre os principais fatores de risco à saúde (SCHMIDT *et al.*, 2011).

Atualmente, a Organização Mundial de Saúde (OMS) define as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) como de longa duração e progressão geralmente lenta e considera-as como sendo as principais responsáveis pela mortalidade mundial, representando 60% de todas as mortes, principalmente em países cuja renda é baixa ou média (WHO, 2013).

A pressão arterial é o resultado do produto do débito cardíaco e da resistência vascular periférica (STOCKMAN 1993 *apud* BOSQUÊ; MARTINS JUNIOR, 2012).

De acordo com a sua etiologia, a HAS pode ser classificada em dois subtipos: primária ou essencial, que representa aproximadamente 95% dos casos e se caracteriza por não possuir etiologia definida, possuindo importante componente genético e ambiental; ou secundária, que corresponde a cerca de 5% dos casos, apresenta etiologia definida, sendo que algumas dessas doenças são curáveis, ou seja, existe a possibilidade de cura da HAS com o tratamento da doença primária (NEVES *et al.*, 2012, p.243).

A perda da dispensabilidade e da elasticidade de grandes vasos é responsável pelo aumento da pressão arterial sistólica no processo de envelhecimento resultando na onda do pulso, enquanto que a tendência da pressão sistólica é ficar normal ou mais baixa pela redução da complacência dos vasos de grande capacitância (FREITAS *et al.*, 2002).

A Sociedade Brasileira de Cardiologia (2007), na V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial, considera o limite de normalidade para Pressão Arterial Sistólica (PAS) < 130-139 mmHg e Pressão Arterial Diastólica (PAD) < 85-89mmH e valores maiores que 140mmHg de PAS e 90mmHg de PAD considera-se hipertensão.

Muitas vezes a sua causa é desconhecida, porém, vários fatores podem estar relacionados com a elevação da pressão arterial como o estresse, sedentarismo, tabagismo, envelhecimento,

história familiar, raça, gênero e os fatores dietéticos, principalmente o uso excessivo do sódio (SILVA; SOUZA, 2004; SILVA *et al.*, 2006).

Observa-se um elevado consumo de sal na dieta da população brasileira, superior a 12g/dia *per capita*, na qual em uma dieta saudável a ingestão deveria ser de até 6g/dia *per capita*, e cerca de 75% deste excesso de sódio consumido são provenientes de produtos industrializados como: embutidos, conservas, enlatados e defumados (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2007; CESARINO *et al.*, 2004).

Sampaio e Figueiredo (2004) consideram que o excesso de peso é outro importante fator de risco para o aumento da pressão arterial, o que pode ser avaliado por meio da avaliação do estado nutricional e massa corporal.

Por outro lado, Sanglard *et al.* (2007) afirmam que aproximadamente 10% da população com mais de 75 anos de idade tem a sua independência diminuída ou perdida em uma ou mais de suas atividades da vida diárias (AVDs), como vestir-se e alimentar-se. Isso contribui para o aumento na incidência das doenças crônicas, repercutindo nos gastos do sistema de saúde, o que poderia ser evitado por meio de ações de promoção da saúde e prevenção dos agravos.

Vale salientar que estimular a prática regular da atividade física é muito importante para o fortalecimento muscular e do equilíbrio, entretanto “as mudanças para a adoção de um estilo de vida ativo são parte fundamental de um envelhecer com saúde e qualidade” (MATSUDO, 2009, p.78).

Avaliar a qualidade de vida do idoso implica a adoção de múltiplos critérios de natureza biológica, psicológica e socioestrutural, pois vários elementos são apontados como determinantes ou indicadores de bem-estar na velhice: longevidade, saúde biológica, saúde mental, satisfação, controle cognitivo, competência social, produtividade, atividade, eficácia cognitiva, status social, renda, continuidade de papéis familiares, ocupacionais e continuidade de relações informais com amigos (SANTOS *et al.*, 2002 *apud* MELO *et al.*, 2009, p.1582).

Contiero *et al.* (2009) destacam que o entendimento dos idosos hipertensos sobre o processo saúde-doença da hipertensão arterial tem uma grande influência na adesão ao tratamento. Faz-se necessário, portanto que a equipe de saúde desenvolva estratégias específicas em relação a este aspecto, envolvendo equipe-idoso-família, empoderando a comunidade com esclarecimentos sobre a hipertensão arterial, seus fatores de risco, e como prevenir as suas

conseqüências e a importância do seu tratamento. Uma condição que favorece este empoderamento é a capacitação dos profissionais de saúde para desenvolver ações de educação em saúde, possibilitando uma melhor assistência aos idosos e seus familiares.

6 PROJETO DE INTERVENÇÃO

Após a realização do diagnóstico situacional iniciou-se a construção do plano de ação. Em reuniões com a equipe, verificamos os problemas mais comuns da comunidade e em seguida priorizamos o problema hipertensão arterial sistêmica a partir da sua importância e da nossa capacidade de enfrentamento. Descrevemos o problema, caracterizando-o da maneira mais precisa possível. Através da identificação de suas causas, identificamos os nós críticos necessários para impactá-lo e transformá-lo. A partir desse detalhamento iniciamos o planejamento para operacionalização das estratégias de enfrentamento. Podemos analisar recursos financeiros, organizacionais cognitivos e políticos para realização das ações propostas. A viabilidade do projeto foi analisada e os prazos e responsáveis escolhidos.

O plano de ações tem como objetivo de método o planejamento estratégico situacional no qual vamos considerar que sua construção tem como caminho para cada passo e dado um conjunto de atividades que precisam ser conhecidas (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

Primeiro passo: definição dos problemas. Por meio do diagnóstico situacional foram identificados os principais problemas de saúde da área de abrangência da ESF Novo Horizonte, destacando-se:

- ✓ Grande número de hipertensos com valor pressórico elevado;
- ✓ Baixa adesão do autocuidado em portadores de hipertensão arterial
- ✓ Sedentarismos
- ✓ Uma alimentação não saudável

São problemas referentes à população adulta e idosa. Não foi possível considerar histórico familiar, pois acreditamos que a qualidade de vida pode evitar os agravos e suas consequências.

Segundo passo: priorização de problemas. Com a análise dos problemas levantados, foi necessário realizar os seguir os critérios de seleção considerando sua importância do problema na comunidade, o grau urgência que a doença apresenta e a própria capacidade de enfrentamento da equipe (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

A equipe Novo Horizonte priorizou o número elevado de idosos hipertensos com valores de pressão arterial acima de 140x90 mmHg, com baixa adesão de autocuidado e tratamento farmacológico.

Terceiro passo: descrição do problema selecionado. Na ESF Novo Horizonte a demanda é grande por atendimento de pacientes hipertensos com pressão arterial descompensada. De acordo com os dados obtidos dos 3.067 pacientes acompanhados na unidade Novo Horizonte, em abril do ano passado, 14,08% da população é constituído de pacientes adultos e idosos com hipertensão arterial.

De acordo com os dados obtidos no mesmo período foram registradas aferições de pressão arterial em pacientes hipertensos, sendo que 300 hipertensivos estavam com a pressão arterial acima de 140x90mmHg.

Quarto passo: explicação do problema. Neste momento ocorre a explicação do problema, ou seja, quais as causas do problema e as reações entre elas. Segundo Campos; Faria e Santos (2010, p.63) o objetivo da explicação “é entender a gênese do problema que se pretende enfrentar a partir da identificação das suas causas”.

Neste sentido, são fatores que contribuem para o problema: sedentarismo, alcoolismo, baixa adesão ao tratamento, dificuldade de seguir as orientações e alimentação não saudável.

Quinto passo: seleção dos “nós críticos”. Os principais “nós críticos” relacionados ao problema e que necessitam ser enfrentados são:

- ✓ Comprometimento ineficaz da equipe, na promoção e educação na saúde e nível de informações da equipe;
- ✓ Baixa adesão ao tratamento com resistência às mudanças de hábitos de vida
- ✓ Incompreensão dos cuidados com a saúde.

Sexto passo: Desenho das operações. De acordo com Campos; Faria e Santos (2010, p.65), “o plano de ação é composto de operações desenhadas para enfrentar e impactar as causas mais importantes (ou os nós críticos) do problema selecionado”.

Quadro 6 - Desenho das operações

Nós críticos	Projeto	Resultados	Produtos	Recursos
Processo de Trabalho	Mão na Massa	Conscientização da equipe da importância da orientação e estimulação ao autocuidado na população hipertensa.	Cooperação de toda equipe	Organizacional -recursos áudio visual, espaço físico adequado. Cognitivo - Informações prévias e estratégia de comunicação. Político - Aprovação e apoio do projeto da chefia e Secretaria de Saúde
Informações do pacientes	Cuidar	Orientar e discutir com os usuários, seus conhecimentos da doença e dificuldades na adesão do tratamento	População informada Adesão ao autocuidado	Organizacional -Equipe multiprofissional, material didático. Cognitivo - Percepção da capacidade de aprendizado Político - Aprovação e apoio do projeto pela chefia e Secretária de Saúde.
Hábitos e estilo de vida	Saúde	Ação educativa Discussão sobre alimentação saudável	Adesão de hábitos saudáveis para melhoria da qualidade de vida.	Equipe Multiprofissional e Visitas Domiciliares

Sétimo passo: Identificação dos recursos críticos. Foram selecionados os recursos importantes para realização do projeto.

Quadro 7 - Identificação dos recursos críticos

Projeto	Recurso Crítico
Mão na Massa	Organizacional - Recursos Áudio visuais Político- Aprovação e apoio do projeto pela chefia e Secretaria de Saúde
Eu me Cuido	Organizacional- Equipe NASF Político- Aprovação e apoio a chefia e Secretaria de Saúde
Saúde é Vida	Organizacional- Equipe NASF Político- Aprovação e apoio da chefia e Secretária de Saúde

Oitavo passo: Análise da viabilidade do plano. Avaliamos a motivação de quem controlar os recursos críticos. Entendemos por motivação o envolvimento ou não de quem controla o recurso para solução do problema (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

Quadro 8 - Análise da viabilidade do plano

Projeto	Recursos Críticos	Autor que controla	Motivação	Ação estratégica
Mão na Massa	Organizacional- Recurso áudio visual Político- Aprovação pra chefia e Secretaria de Saúde	Coordenação de Equipe de comunicação áudio visual.	Indiferença Favorável	Apresentação de projetos. Aprovação de projeto solicitado.
Eu me cuido	Organizacional- Equipe multiprofissional Político- apoio pela chefia e Secretaria de Saúde	Equipe NASF Coordenação	Favoráveis	Apresentar projeto ao NASF solicitado. Aprovação do projeto solicitado.
Saúde	Organizacional- Equipe multiprofissional NASF Político- Aprovação e apoio a chefia e Secretaria de Saúde	Equipe NASF Coordenação	Favorável Favorável	Apresentar ao NASF o projeto de apoio solicitado Solicitação de projeto aprovado

Nono passo: Plano Operativo. O plano operativo tem como finalidade designar os responsáveis por cada operação estratégica bem como dimensionar os prazos para cumprimento das ações.

Quadro 9 – Plano operativo

Projetos	Resultados	Produtos	Ações Estratégicas	Responsável	Prazos
Mão na Massa	Conscientização da equipe profissional pela importância e orientação do autocuidado com a população hipertensa.	Cooperação da equipe com a comunidade Comunicação efetiva	Apresentar o tema autocuidado aos hipertensos	Enfermeira e Médico da unidade	Reuniões com a equipe agendadas
Eu me cuido	Realizar ações educativas para orientar e discutir com os usuários e seus conhecimentos sobre a doença e adesão ao tratamento.	Deixar a população bem informada Adesão ao autocuidado Uso correto dos anti-hipertensivos.	Organização de encontros de grupos com a equipe de saúde	Médico da equipe e Enfermeira	A cada 15 dias marca encontro estipulando os temas a serem desenvolvidos por profissionais
Saúde vida	Esclarecer sobre a importância de uma alimentação adequada e o uso de medicações	Obter adesão de hábitos saudáveis para melhoria da qualidade de vida. Reduzir os níveis de morbimortalidade.	Fazer orientações para atividade física, preparação de alimentos saudáveis junto com o NASF. Acompanhamento domiciliar	Equipe NASF e Enfermeiro	A cada 15 dias realizar atividades com o grupo operativos e semanalmente no mural da unidade.

A proposta é envolver a equipe e realizar grupo de estudos uniformizando o conhecimento assim contando com o apoio dos profissionais inseridos.

Serão abordados diversos tipos de ações para cada dia de atividade visando alcançar os objetivos já citados trabalho.

Décimo passo: Gestão do plano. A gestão do Plano de Intervenção, na assistência prestada aos idosos hipertensos cadastrados na área de abrangência da ESF Novo Horizonte será realizada utilizando os indicadores do SIAB pela ESF e coordenadores da atenção básica de saúde.

Esse plano foi construído a partir da realidade do município de Passos - MG e das possibilidades da ESF em oferecer ações de prevenção dos agravos da HAS. Com isto espera-se manter os níveis pressóricos adequados dos pacientes e conseqüentemente proporcionar uma qualidade de vida melhor para a população idosa da área adstrita da ESF Novo Horizonte.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com o envelhecimento da população brasileira e a tendência aos hábitos não saudáveis de vida, a hipertensão arterial sistêmica está cada vez mais prevalente, demandando mais cuidados aos hipertensos. Para melhor acesso à saúde, nós exibimos um cenário onde muitos portadores de HAS estão inseridos e acompanhados pelas equipes de saúde.

É sempre importante incentivar os hipertensos ao autocuidado, possibilitando que seu estado de saúde tenha uma melhora significativa.

Ao conhecermos as causas que podem levar a não adesão ao tratamento de hipertensão junto com o autocuidado, torna-se importante para a equipe de saúde planejar suas ações e aumentar o índice de adesão ao tratamento. Com isso, provavelmente, diminuirão suas complicações e proporcionar-se-á à população de idosos uma qualidade de vida melhor.

Construímos um plano de intervenção. A construção do trabalho é apenas um primeiro passo visando à melhoria da qualidade de vida.

Foram propostas intervenções como visitas domiciliares e atividades educativas que deverão ser contínuas e avaliadas durante desenvolvimento.

A ESF visa trabalhar com a detecção dos casos de hipertensão em idosos, conscientizando aqueles que apresentam dificuldade de adesão ao tratamento, prestando-lhes esclarecimentos sobre a doença e suas possíveis complicações, bem como, a importância do uso contínuo dos medicamentos prescritos pelo médico. Orientando quanto à mudança no estilo de vida, redução de fatores de riscos modificáveis, incentivando ações para uma alimentação saudável com redução do sal, prática de atividade física regular e participação em grupos de apoio.

Sempre existem necessidades que precisam ser compreendidas, como sentimentos e vivências, pois nesse espaço é que enfrentamos nossas dificuldades advindas dessas condições de vidas.

Almejamos que a partir da implantação do plano de intervenção os idosos hipertensos sejam atendidos, com o objetivo de manter os níveis pressóricos dentro dos limites que são preconizados pelo Ministério de Saúde, e melhorem a qualidade de vida.

REFERÊNCIAS

- BOSQUÊ, S. M. C.; MARTINS JUNIOR, J. A relação do IMC elevado com possíveis alterações na pressão arterial de alunos de 1ª a 4ª série do município de São Jorge do Ivaí - PR. **Revista Saúde e Pesquisa**, v. 1, n. 1, p. 51-58, jan./abr. 2008. Disponível em: <http://www.cesumar.br/pesquisa/periodicos/index.php/saudpesq/article>. Acesso em: 24 out. 2014.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 3.252, de 22 de dezembro de 2009**. Aprova as diretrizes para execução e financiamento das ações de vigilância em saúde pela união, estados, distrito federal e municípios e dá outras providências. Brasília, 2009.
- CAMPOS, F. C. C.; FARIA, H. P. de.; SANTOS, M. A. dos. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. 2 ed. Belo Horizonte: NESCON/UFMG, 2010. Disponível em: <http://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/>
- CESARINO, C. B. et al. Abordagem educativa sobre restrição salina ao paciente hipertenso. **Arq Ciênc Saúde**, v.11, n.4, p. 234-7, 2004.
- CERESTE. **Centro de Referencia em Saúde do Trabalhador. Consolidado 2014**, Cidade de Passos. (texto mimeografado).
- CONTIERO, A. P. et al. Idoso com hipertensão arterial: dificuldades de acompanhamento na Estratégia Saúde da Família. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v.30, n.1, p.62, 2009.
- FREITAS, E. V. et al. Peculiaridades na abordagem ao idoso hipertenso. **Rev. SOCERJ**, v.15, n.4, p.256-262, out.-dez. 2002.
- IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Cidades Minas Gerais**. 2014. Disponível em: <http://cidades.ibge.gov.br/xtras/temas.php?lang=&codmun=314790>. Acesso em: 20 out. 2014.
- MANO, G. M. P.; PIERIN, A. M. G. Avaliação de pacientes hipertensos acompanhados pelo Programa Saúde da Família em um Centro de Saúde Escola. **Ata Paulista de Enfermagem**, v.18, n.3, 2005. Disponível em: <http://www2.unifesp.br/acta/artigo.php?volume=18&ano=2005&numero=3&item=7>
- MATSUDO, S. M. M. Envelhecimento, atividade física e saúde. **Boletim do Instituto de Saúde**, n.47, p.76-79, abril de 2009. Disponível em: http://www.saude.sp.gov.br/resources/instituto-de-saude/homepage/bis/pdfs/bis_n47.pdf Acesso em: 02 nov. 2014.
- MATUS, C. **Política, planejamento e governo**. Brasília: IPEA, 1993.
- MELO, M. C. de et al. A educação em saúde como agente promotor de qualidade de vida para o idoso. **Ciênc. saúde coletiva**, v.14, suppl.1, p.1579-1586, 2009.
- NEVES, P. D. M. M. et al.. Pesquisa de doença aterosclerótica multiarterial em pacientes hipertensos com estenose de artéria renal. **J. Bras. Nefrol.**, v.34, n.3, p. 243-250, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/jbn/v34n3/v34n3a05.pdf>. Acesso em: 24 out. 2014.

OLIVEIRA, A. C. F. **Baixa adesão ao autocuidado em portadores de hipertensão arterial de uma unidade de saúde do município de Lagoa Santa**. Trabalho de Conclusão de Curso. Universidade Federal de Minas Gerais. Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. NESCON/UFMG, 2013. Disponível em: <http://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/4193.pdf>

PASSOS. **Relatório Anual de Gestão 2013**. Passos - MG, 2014. 34p. (texto mimeografado).

PESSOA, I. L.. **Envelhecimento na agenda da política social brasileira: avanços e limitações**. Tese (Doutorado) – Universidade de Brasília, Departamento de Serviços Social, Programa de Pós-graduação em Política Social. Brasília, 2009. 236p. Disponível em: http://repositorio.unb.br/bitstream/10482/4520/1/2009_IzabelLimaPessoa.pdf

PREFEITURA MUNICIPAL DE PASSOS. Secretaria Municipal de Saúde. **Programação Anual de Saúde – Ano 2014**. Passos - MG, 2014. (texto mimeografado).

RIBEIRÃO PRETO. Secretaria Municipal da Saúde. **Plano Municipal de Saúde 2014-2017**. Ribeirão Preto – SP, 2013. Disponível em: <http://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/ssaude/vigilancia/planeja/pms-rp-2014-2017.pdf>

SAMPAIO, L. R.; FIGUEIREDO, V. C. Correlação entre índice de massa corporal e os indicadores antropométricos de distribuição de gordura corporal em adultos e idosos. **Rev.Nutr.** v.18, n,1, 2005.

SANGLARD, R. C. F.; PEREIRA, J. S.; HENRIQUES, G. R. P.; GONÇALVES, G. B. A influência do *isostretching* nas alterações do equilíbrio em idosos. **Rev. Brás. Ciênc. Mov.**, v.15, n.2, p63-71, 2007.

SANTOS, S. R.; SANTOS, I. B. C.; FERNANDES, M. G. M, HENRIQUES M. E. R. M. Qualidade de vida do idoso na comunidade: aplicação da Escala de Flanagan. **Rev Latino-am enfermagem**, v.10, n.6, p.757-64, 2002.

SCHMIDT, M. I. et al. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: carga e desafios atuais. **Series Saúde do Brasil 4**. Mai., 2011. Disponível em: <http://download.thelancet.com/flatcontentassets/pdfs/brazil/brazilpor4.pdf>

SEVERO, D. F.; AMESTOY, S. C.; THOFEHRN, M. B.; GOLDMEIER, S. Conhecimentos e modificações de comportamento frente ao tratamento não-farmacológico da HAS: antes e após educação em saúde do profissional enfermeiro. **Cogitare Enfermagem**, v.14, n.3, jul/set. p. 506-511, 2009.

SILVA, A. R. V. et al., Educação em saúde a portadores de diabetes Mellitus tipo 2: revisão bibliográfica. **Rev. REME**; v.10, n.3, p.146-151, jul/set, 2009.

SILVA, C. A. et al. Hipertensão em unidade de saúde do SUS: orientação para o autocuidado. **Rev. Baiana em Saúde Publica**, v.30, n,1, p.53-61, 2006.

SILVA, J. L. L.; SOUZA, S. L. de. Fatores de risco para hipertensão arterial sistêmica versus estilo de vida docente. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v.06, n.03, 2004. Disponível em www.fen.ufg.br

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. Sociedade Brasileira de Hipertensão. Sociedade Brasileira de Nefrologia. V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. **Arq Bras Cardiol**, v.89, n..3, p.24-79, 2007.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Chronic diseases**. 2013. Disponível em: <http://www.who.int/topics/chronic_diseases/en/> Acesso em: 31 out. 2014