

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

CAMILA LEITE DA SILVEIRA

**IMPLANTAÇÃO DE UM PLANO DE INTERVENÇÃO PARA
MONITORAMENTO DA PRESSÃO ARTERIAL DE PACIENTES
HIPERTENSOS**

Montes Claros / Minas Gerais

2015

CAMILA LEITE DA SILVEIRA

**IMPLANTAÇÃO DE UM PLANO DE INTERVENÇÃO PARA
MONITORAMENTO DA PRESSÃO ARTERIAL DE PACIENTES
HIPERTENSOS**

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

Orientadora. Prof^ª Dr^ª Jurema Ribeiro Luiz Gonçalves

Banca Examinadora

Prof^ª Dr^ª Jurema Ribeiro Luiz Gonçalves – orientadora

Prof^ª Ms. Sara Franco Diniz Heitor – examinadora

Aprovado em Uberaba: 14/03/15.

Montes Claros / Minas Gerais

2015

RESUMO

A hipertensão arterial sistêmica é encontrada em grande parte da população e apenas uma pequena parcela realiza um controle normal ou ótimo da pressão arterial. Diante deste fato a população fica exposta às consequências dramáticas como infarto agudo do miocárdio, acidente vascular encefálico levando a um aumento do índice de pacientes renais crônicos, repercutindo na alta morbimortalidade que tais afecções provocam e seus gastos dispendiosos. O presente estudo objetivou elaborar um plano de intervenção, centralizado nos preceitos de promoção da saúde que tem o intuito de monitorar a pressão arterial dos idosos hipertensos pertencentes à área de abrangência da Estratégia Saúde da Família Dr. José Vale Filho. Para fundamentar o plano, fez-se pesquisa bibliográfica na Biblioteca Virtual em Saúde com os descritores: nefropatia hipertensiva, prevenção e Atenção Primária à Saúde além de documentos do Ministério da Saúde. O plano se baseou no Planejamento Estratégico Situacional (PES) de Carlos Matus. Acreditando no potencial da Estratégia de Saúde da Família espera-se com este Plano de Intervenção implantar uma nova forma de funcionamento dos grupos de hipertensos realizados atualmente para os usuários idosos portadores de hipertensão arterial sistêmica. Acredita-se que as atividades realizadas propiciarão uma nova concepção pedagógica para os profissionais da equipe e a comunidade, fortalecendo as ações de saúde.

Palavras chave: Nefropatia Hipertensiva. Prevenção. Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT

Hypertension is found in much of the population and only a small portion performs a normal or optimal blood pressure control. Considering this fact the population is exposed to the dramatic consequences such as acute myocardial infarction, stroke, leading to an increase in the rate of chronic renal patients, reflecting the high mortality that such disorders cause and its costly expenses. This study aimed to develop an intervention plan, centered on health promotion precepts that aims to prevent hypertensive nephropathy with the elderly hypertensive patients belonging to the area covered by the ESF Dr. Joseph Son Valley. In support of the plan, there was literature in the Virtual Health Library with the descriptors: Hypertensive nephropathy, prevention and primary health care as well as the Ministry of Health documents The plan was based on the Situation Strategic Planning (PES) of Carlos Matus . Believing in the potential of the Family Health Strategy is expected with this Intervention Plan deploy a new way of functioning of hypertensive groups currently performed for patients elderly users of hypertension. It is believed that activities will provide a new pedagogical concept for team members and the community, strengthening health actions.

Keywords: Hypertensive Nephropathy. Prevention. Primary Health Care.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	6
2 JUSTIFICATIVA	12
3 OBJETIVOS.....	13
4 METODOLOGIA.....	14
5 REVISÃO DE LITERATURA.....	17
6 PROJETO DE INTERVENÇÃO.....	22
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	27
REFERÊNCIAS.....	28

1 INTRODUÇÃO

1.1 Identificação do município

Januária é um município brasileiro situado no interior do estado de Minas Gerais. Dista cerca de 603 Km, por via terrestre, da capital mineira (Belo Horizonte), em um percurso, geralmente, de sete horas contínuas. Januária, ainda, dista cerca de 170 Km da cidade polo regional, Montes Claros. As principais vias de acesso ao município são pelas rodovias brasileiras BR-135 e BR-365. Segundo o último Censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010), o município possui um total de 65.463 habitantes, ocupando o ranking de 3º lugar em população geral da região norte de Minas, sendo também a 54º maior do estado. Ainda segundo o IBGE (2010), Januária faz limite com os municípios Formosa, Chapada Gaúcha, São Francisco, Pedras de Maria da Cruz, Itacarambi, Bonito de Minas, Cônego Marinho e com o estado da Bahia.

Quanto à organização administrativa, figura-se como chefe do poder executivo Sr. Manoel Jorge de Castro, prefeito da cidade, sendo o seu vice o Sr. Hamilton Viana. A Secretaria Municipal de Saúde está em mudança de sua gestão, sendo recentemente assumida pelo secretário Sr. Jailton Xavier dos Santos, sendo o coordenador da Atenção Primária o Sr Hudson Rodrigo Macedo Amaral.

1.2 Histórico e descrição do município

Há três versões que conta o surgimento de Januária. De acordo com a primeira versão, o nome do município é uma alusão ao atuante fazendeiro Januário Cardoso de Almeida, que morava na região e era proprietário da fazenda Itapiraçaba, localizada onde hoje se encontra o município. Outras versões, porém, atribuem o nome a uma homenagem à princesa Januária, irmã do Imperador Dom Pedro II e, ainda, à escrava Januária que, fugindo do cativo, teria se instalado no Porto do Salgado (atual município de Januária), estabelecendo, ali, uma estalagem, onde os barqueiros e tropeiros do povoado se encontravam.

O município se situa às margens do Rio São Francisco, que oferece excelentes praias fluviais temporárias, atividade pesqueira e belíssimas cachoeiras, destacando-se, também, grutas de formação calcária com algumas pinturas rupestres. A presença do casario colonial no município pode ser observada na Avenida São Francisco e suas ruas transversais.

Depois de algumas leis e nomes o município passou a se chamar Januária através da Lei provincial n.º 3.194, de 13 de setembro de 1884 e teve sua sede revertida a Porto do Salgado, em cumprimento à de n.º 3.297, de 27 de agosto de 1885. Conforme a Lei n.º 2, de 14 de setembro de 1891, manteve o distrito de Januária em divisão territorial datada de 2003, e o município passou a ser constituído por 07 distritos: Brejo do Amparo, Levinópolis, Pandeiros, Riacho da Cruz, São Joaquim, Tejuco e Várzea Bonita (IBGE, 2007).

Quanto a descrição geral do município, este pertence ao estado de Minas Gerais, está situado na região do Médio São Francisco e localizado à margem esquerda deste. Segundo IBGE (2010) ocupa uma extensão territorial de 6.661,666 km², onde reside uma população estimada de 65.463 habitantes. É o 4º maior em população urbana e 3º em população geral do norte de Minas Gerais.

O município localiza-se na mesorregião do Norte de Minas, como mostra a Figura 1.

Figura 1- Localização geográfica do município de Januária/MG.



Mapa de localização do município de Januária em Minas Gerais

1.3 Diagnóstico situacional

1.3.1 Aspectos Demográficos e geográficos

Conforme dados do IBGE (2010), a população de Januária é 65.463 habitantes, distribuída em uma extensão territorial de 6.661,666 km², sendo sua densidade demográfica de 9,83hab/km². Da população total, 63,1% é urbana, correspondendo a cerca de 41.322 habitantes, e 36,9% é rural, o equivalente a 24.141 habitantes.

Ainda de acordo com o censo, a evolução da população de Januária/MG tem se caracterizado por uma tendência ao crescimento, o que começou em meados do ano 2000. Nessa época, a população do município era composta por 31.764 (49,93%) homens e 31.841 (50,06%) mulheres. Em 2010, essa proporção era de 32.344 homens (49,41%) e 33.119 mulheres (50,59%). A densidade demográfica local passou a ser de 9,83 habitantes por km², em 2010. Ao comparar a densidade demográfica do município de Januária com a do estado de Minas Gerais, no mesmo ano, o equivalente a 33,41hab/km², verifica-se que ela é baixa.

Em Januária se encontra a bacia do Rio São Francisco. Há, ainda, outros rios importantes, tais como o Rio Pandeiros, que nasce e deságua no município, e o Rio Carinhanha, que nasce na divisa dos estados da Bahia e Minas Gerais.

1.3.2 Aspectos socioeconômicos

O município busca o seu desenvolvimento na prestação de serviços, no artesanato, na produção da cachaça de alta qualidade, no extrativismo de frutos e essências do cerrado, e, principalmente, no incremento da atividade turística. Januária, com seus três séculos de história, encanta os visitantes e a população local, não só por seus atrativos históricos e culturais, mas também por suas belíssimas e variadas belezas naturais. Em seus arredores, localiza-se a principal zona produtora de cachaça de Januária, a comunidade denominada Sítio. Lá os visitantes tem a oportunidade de conhecer o roteiro dos alambiques e todo o processo de fabricação artesanal da cachaça. O distrito conta, ainda, com trilhas e ruas propícias para a prática do ecoturismo e também com uma belíssima gruta, a Gruta dos Anjos (JANUÁRIA, 2014).

Januária, antigo povoado de Brejo do Salgado, com seus três séculos de história, busca seu desenvolvimento através dos seus atrativos naturais com o turismo, na produção de cachaça, no extrativismo de frutos e essências do cerrado e prestação de serviços (JANUÁRIA, 2014).

1.3.3 Recursos da comunidade

O município conta com diversos meios de comunicação. A TV Norte, por exemplo, é uma emissora de televisão municipal que, em parceira com a Rede Minas, apresenta as

últimas notícias da cidade e de toda a região. Além da Rádio local, a Alternativa FM (sintonizada a 90,7) e de sites da cidade, sendo o mais visitado o “portal janu”.

Januária possui uma agência dos Correios que se localiza na Praça Dom Daniel, 71, Centro. Possui, ainda, oito agências bancárias (Bradesco, Banco Montes Claros, Caixa Econômica Federal, Banco do Nordeste do Brasil, Itaú, Banco do Aposentado, Unibanco, Banco do Brasil) e um SESC, localizado na Avenida Aeroporto, onde a unidade e a comunidade em geral desenvolvem diversos projetos e ações de cunho social. Além de várias igrejas, praças e um ginásio poliesportivo.

1.4 Sistema Municipal de Saúde

Cerca de 90% da população é dependente do aparato assistencial do Sistema Único de Saúde (SUS). O município é assistido com 16 unidades de Estratégia Saúde da Família – ESF na sede e na zona rural, um posto de saúde, um centro de saúde Viva Vida para prestação de alguns serviços especializados, um hospital municipal para atendimento em nível terciário, ideologicamente. Além disso, tem o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) Macronorte para os casos de urgência e emergência que precisam de um atendimento móvel e o Centro Avançado de Tratamento e Pesquisa em Leishmaniose.

Januária é tida como pólo microrregional realizando alguns serviços de média complexidade, como atendimento de clínica, ginecologia, obstetrícia, ortopedia e cirurgia geral por meio do Consórcio Intermunicipal de Saúde (CIS) e do hospital, sendo então, considerada referência para os municípios vizinhos. Os procedimentos de alta complexidade são referenciados aos municípios de Montes Claros e Belo Horizonte.

Poucos profissionais são efetivos, portanto, a maioria presta serviço por contratação.

1.5 Unidade de Saúde da Família

A Unidade Básica de Saúde Doutor José Vale Filho foi fundada em 2004, já que ~~antes~~ anteriormente o local funcionava como Posto de Saúde. Encontra-se na periferia da cidade dentro de uma estrutura física destinada ao Centro de Aprendizagem e Integração de Cursos (CAIC). A maioria de suas ruas não são pavimentadas, apresentando irregularidades no solo, o que dificulta o acesso a algumas áreas. Seu acesso principal se dá pela Avenida Um, sem número.

A equipe é composta por:

- Uma enfermeira concursada que presta serviço à unidade há cerca de seis anos;
- Uma médica que atua pelo Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (PROVAB), presta serviço à unidade há cerca de quatro meses;
- Duas técnicas de enfermagem, sendo uma contratada e outra concursada;
- Seis agentes comunitários de saúde (ACS), que prestam serviço desde a inauguração da unidade;
- Um zelador que presta seu serviço desde quando foi inaugurada a unidade.

A estrutura física da Unidade Básica de Saúde (UBS) é improvisada, contando apenas com uma recepção que é realizada pelos ACS em forma de rodízio; com cadeiras insuficientes para a demanda diária de atendimento; um espaço reservado para sala de vacinação, de curativos e de pesagem; um cômodo usado para cozinha, reuniões, lavanderia e almoxarifado; uma sala pra atendimento médico com um banheiro interditado; uma sala para atendimento da enfermagem também com um banheiro interditado. Assim, quando necessário, a equipe utiliza o banheiro externo para uso de todos que freqüentam o CAIC. Além disso, não há coleta de lixo e só há água no cômodo da cozinha.

A área de abrangência do Programa Saúde da Família (PSF) Doutor José Vale Filho conta com coleta de lixo apenas em dois bairros do território, denominados Vila São João e Vila Viana; e os demais bairros não se beneficiam do serviço, jogando os lixos em lotes vagos. Além disso, em algumas partes há esgoto a céu aberto evidenciando uma estrutura de saneamento básico precária.

1.6 Aspectos Epidemiológicos

Considerando o perfil da população frequentadora do PSF e os dados do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), foram contabilizados aproximadamente: 231 hipertensos, 54 diabéticos e um portador de Tuberculose pulmonar (TBC). Sendo assim, por ser a hipertensão um problema tão prevalente em nosso meio, justifica-se o presente trabalho.

2 JUSTIFICATIVA

Este trabalho justifica-se na importância em se trabalhar, dentro dos preceitos do Sistema Único de Saúde, assim como da proposta da Estratégia Saúde da Família, os principais problemas de saúde capazes de intervir na qualidade de vida de uma população assistida. Ademais, justifica-se, também, na alta prevalência e incidência de pacientes hipertensos com controle inadequado da PA observadas a partir de análise dos registros existentes na unidade, da observação direta por meio das consultas diárias e visitas domiciliares, de dados obtidos no fechamento do SIAB e discussão da equipe nas reuniões propostas. Assim, é notória a grande incidência de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) no território, bem como a má aderência e insucesso terapêutico.

Verifica-se também uma parcela considerável de pacientes com história prévia de Acidente Vascular Encefálico (AVE) consequente ao mau controle da PA, tem-se ainda cerca de quatro encaminhamentos hospitalares mensais devido a crises hipertensivas e Doença Renal Crônica (DRC) e, em menor prevalência, Infarto Agudo do Miocárdio.

De modo geral, a HAS é encontrada em grande parte da população e apenas uma pequena parcela realiza um controle normal ou ótimo da PA. Identificam-se como causas do tratamento inadequado da afecção, situações simples de serem corrigidas, porém que demandam tempo, como: falta de disponibilização de medicação no posto; falta de informação do hipertenso sobre como conseguir retirar a medicação em farmácias em parceria com o programa de farmácia popular; falta de instrução do paciente sobre a gravidade do não controle da doença; baixa escolaridade e analfabetismo, o que inviabiliza o autocuidado no sentido de discernir qual medicamento tomar e sua posologia; falta de participação da família no auxílio do tratamento do paciente; seja oferecendo a medicação correta no horário correto, seja na vigilância de seus hábitos de vida e no estímulo ao acompanhamento médico; mitos e conhecimentos passados entre vizinhos sobre dado medicamento e a influência psicológica disto. Tudo isto expõe a população alvo à consequências dramáticas como IAM, o AVE e o aumento do índice de pacientes renais crônicos, repercutindo na alta morbimortalidade que tais afecções provocam e seus gastos dispendiosos.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Elaborar um plano de intervenção centralizado nos preceitos de promoção da saúde com o intuito de monitorar a pressão arterial na população idosa hipertensa pertencente à área de abrangência da ESF Dr. José Vale Filho.

4 METODOLOGIA

O plano de intervenção baseou-se em duas etapas:

Primeira etapa: definição do problema prioritário da área de abrangência com a utilização do Planejamento Estratégico Situacional (PES), desenvolvido pelo chileno Carlos Matus, por meio do qual, após processados os problemas identificados no diagnóstico situacional da área de abrangência da equipe de saúde da família Doutor José Vale Filho, no município de Januária, estado de Minas Gerais, fez-se a eleição do que era prioritário no momento atual (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

De acordo com este método elaborou-se o plano de ação para buscar sanar o problema identificado como prioritário tal seja: monitorar a pressão arterial dos idosos hipertensos e sua adesão ao tratamento e seu acompanhamento clínico como forma de prevenir a nefropatia hipertensiva.

Neste contexto, quatro momentos caracterizaram o processo de planejamento, sendo eles: o momento explicativo, o momento normativo, o momento estratégico e o momento tático-operacional. (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

Segunda etapa: fez-se pesquisa bibliográfica na Biblioteca Virtual em Saúde e documentos do Ministério da Saúde para fundamentação teórica do plano.

Os descritores usados para busca do material de consulta foram:

- Nefropatia Hipertensiva
- Prevenção
- Atenção Primária à Saúde.

4.1 Delineamento do estudo

Trata-se de um estudo intervencional de abordagem descritiva, transversal.

Segundo Gil (1991), a pesquisa intervencional tem como objetivo explorar aspectos de uma situação e a descritiva objetiva descrever as características de determinada população ou fenômeno. Em uma abordagem transversal, o objetivo é procurar rapidamente associações comuns entre fatores, o que é bom para a criação de métodos de diagnóstico rápido.

Minayo (2006) esclarece que nas pesquisas descritivas, procura-se estudar a distribuição das doenças num determinado local, realizando a formulação de hipóteses. São usadas, dessa forma, algumas variáveis que podem auxiliar o estudo, tais como: indivíduo

(quem?), o local (onde?) e o tempo (quando?). A obtenção dos dados para o estudo pode ser feito de duas formas, através das fontes primária e secundária, cujas informações são coletadas num determinado momento especificamente e a partir de uma base ou registro de dados, respectivamente, a fim de se obter as informações desejadas.

4.2 Local do estudo

Estratégia Saúde da Família Doutor José Vale Filho, situada no município de Januária / Minas Gerais.

4.3 População ou amostra do estudo

A população do estudo constará de idosos, ou seja, indivíduos com idade igual ou superior a 60 anos, que sejam hipertensos, atendidos na unidade de saúde Doutor José Vale Filho. Segundo dados do SIAB e colhidos durante grupos de hiperdia, dentre os 231 hipertensos cadastrados e acompanhados, 150 são idosos.

4.4 Critério de inclusão/exclusão da amostra ou população

Serão inclusos em nossa pesquisa, os indivíduos que possuem todas as características citadas abaixo:

1. Portador de hipertensão, independente da classificação;
2. Com idade igual ou superior de 60 anos;
3. Ser atendido pela ESF Doutor José Vale Filho.

Desde que atenda os requisitos supracitados e não se enquadre nos critérios de exclusão, todos podem participar do presente trabalho, independente do gênero, religião, situação econômica, portadores de complicações ou não, com doenças associadas ou não, ou qualquer outra condição.

Serão excluídos de nossa pesquisa os indivíduos que possuem qualquer requisito citado abaixo:

1. Indivíduos não portadores de hipertensão arterial sistêmica;
2. Menores de 60 anos de idade;
3. Portador de hipertensão, mas que não seja atendido pela ESF Doutor José Vale Filho;
4. Pacientes com transtornos mentais, impossibilitando-os de participar;

5. Indivíduos que não queiram participar da pesquisa.

4.5 Coleta de dados

Os dados foram coletados através da observação e avaliação estratégica junto ESF supracitada, no período de outubro de 2014 a janeiro de 2015.

4.6 Análise dos Dados

Após a coleta, os dados foram ordenados e analisados e posteriormente transportados para planilha do programa Excel, com intuito de apresentar a conformação do plano estratégico.

5 REVISÃO DE LITERATURA

De acordo com as VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão (2010), a HAS é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de PA. Associa-se frequentemente a alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo (coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos) e a alterações metabólicas, com consequente aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais.

A HAS é um problema de saúde pública multifatorial que afeta grande parte da população mundial alterando o biopsicossocial. Possui alta prevalência e controle pouco efetivo, sendo considerado um dos principais fatores de risco modificáveis. Ocorre um aumento progressivo da mortalidade por doença cardiovascular com a elevação da pressão arterial a partir de 115/75mmHg de forma linear, contínua e independente. (BRASIL, 2006)

De acordo com as VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão, em 2001, cerca de 7,6 milhões de mortes no mundo foram atribuídas à elevação da PA, sendo que, no Brasil, as doenças cardiovasculares (DCV) têm sido a principal causa de morte, ocorrendo, em 2007, 308.466 óbitos por doenças do aparelho circulatório. (VI DBHA, 2010)

As DCV são ainda responsáveis por alta frequência de internações, ocasionando custos médicos e socioeconômicos elevados. Segundo o Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) em novembro de 2009 ocorreram 91.970 internações por DCV, resultando em um custo de R\$ 165.461.644,3.

A doença renal terminal, outra condição frequentemente na HAS, ocasionou a inclusão de 94.282 indivíduos em programa de diálise no SUS e 9.486 óbitos em 2007. No que diz respeito à epidemiologia, estudos populacionais em cidades brasileiras nos últimos 20 anos apontaram uma prevalência de HAS acima de 30%. Entre os gêneros, a prevalência foi de 35,8% nos homens e de 30% em mulheres, semelhante à de outros países. (BRASIL, 2006)

Segundo o Projeto Diretrizes (2002), para o diagnóstico da HAS deve-se realizar no mínimo duas medidas da pressão arterial por consulta, na posição sentada, e se as diastólicas apresentarem diferenças acima de 5 mmHg, fazer novas medidas até se obter menor diferença, sendo que, na primeira avaliação, as medidas devem ser obtidas em ambos os membros superiores e em caso de diferença deve se utilizar sempre o braço de maior pressão.

Já as VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão (2010), traz que a HAS é diagnosticada pela detecção de níveis elevados e sustentados de pressão arterial pela medida casual, apresentando como linha demarcatória valores de PA sistólica ≥ 140 mmHg e/ ou de PA

diastólica ≥ 90 mmHg em medidas de consultório. O diagnóstico deverá ser sempre validado por medidas repetidas, em condições ideais, em pelo menos três ocasiões. Segue dados no quadro 1 abaixo.

Quadro 1 - Classificação da pressão arterial em adultos.

CLASSIFICAÇÃO	PAS (mmHg)	PAD (mmHg)
NORMAL	<120	<80
PRE-HIPERTENSAO	120-139	80 -89
HIPERTENSAO		
ESTAGIO 1	140-159	90-99
ESTAGIO 2	≥ 160	≥ 100

FONTE: VI DBHA, 2010.

De acordo com as VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão de 2010, os fatores de risco para HAS, incluem:

- Idade, com prevalência superior a 60% na faixa etária acima de 65 anos;
- Gênero e etnia: a prevalência entre homens e mulheres é semelhante, porém mais elevada nos homens até os 50 anos, invertendo a partir da quinta década. Em relação à etnia a HAS é duas vezes mais prevalente em pessoas de cor não branca;
- Obesidade: incremento no índice de massa corporal (IMC) de 2.4 kg/m² promove um maior risco de desenvolver HAS;
- Ingestão de sal: a ingestão excessiva de sódio pode estar associada à elevação da PA;
- Ingestão de álcool: a ingestão de álcool por períodos prolongados de tempo está relacionada à HAS;
- Sedentarismo: a atividade física reduz a incidência de HAS, a mortalidade e o risco de DCV mesmo em indivíduos pré-hipertensos;

-Fatores socioeconômicos: no Brasil, a HAS foi mais prevalente entre indivíduos com menor escolaridade e a influência do nível socioeconômico é complexa e difícil de ser estabelecida.

-Genética: não existem variantes genéticas que possam ser utilizadas para prever o risco individual de se desenvolver HAS.

A relevância da hipertensão arterial como importante fator de risco cardiovascular, sua alta prevalência mundial e o aumento da probabilidade de desfechos circulatórios fatais ou não-fatais, quando a ela estão associados outros fatores de risco, tornam muito importante o conhecimento de sua ocorrência nacional e regional, assim como a correlação com outros possíveis fatores potencialmente desencadeantes de eventos cardiocirculatórios (JARDIM *et al.*, 2007).

O tratamento não medicamentoso baseia-se no apoio de multiprofissionais, uma vez que se trata de uma doença multifatorial, visando promoção de saúde e ações educativas, com ênfase nas mudanças de estilo de vida (MEV) e correção dos fatores de risco (MION *et al.*, 2002).

Para a instituição do tratamento deve-se considerar o nível pressórico e o risco do paciente de acordo com o Quadro 2:

Quadro 2 - Nível pressórico e o risco do paciente

Decisão terapêutica segundo os valores de pressão e a classificação do risco individual dos pacientes em função da presença de fatores de risco e de lesão em órgãos-alvo²³(D)			
	Risco A	Risco B	Risco C
	Ausência de fatores de risco e de lesão de órgão-alvo	Presença de fatores de risco (não incluindo diabetes melito) e sem lesão em órgãos-alvo	Presença de lesão em órgãos-alvo, doença cardiovascular clinicamente identificável e/ou diabetes melito
Normal/Límitrofe (130-139/85-89)	MEV	MEV	MEV*
Estágio 1 (140-159/90-99)	MEV (até 12 meses)	MEV ** (até 6 meses)	TM
Estágio 2 e 3 ($\geq 160/\geq 100$)	TM	TM	TM

MEV = mudança de estilo de vida; TM = tratamento medicamentoso
 * TM, se insuficiência cardíaca, renal crônica ou diabetes
 ** TM, se múltiplos fatores de risco

Fonte: Mion *et al.*, 2002.

De acordo com as VI Diretrizes de Hipertensão de 2010, as MEV e as recomendações são:

- Controle de peso: manter o peso corporal na faixa normal (IMC entre 18,5-24,9kg/m²)
- Padrão alimentar: consumir dieta rica em frutas e vegetais, alimentos com baixa densidade calórica e baixo teor de gordura saturada e total;
- Redução do consumo de sal: reduzir a ingestão de sódio para não mais que 2 gramas;
- Moderação no consumo de álcool: limitar o consumo a 30 g/dia de etanol para homens e 15g/dia para mulheres;
- Exercício físico: habituar-se a prática regular de atividade física aeróbica;
- Abandono do tabagismo para reduzir o risco cardiovascular.

O objetivo primordial do tratamento da HAS é a redução da morbidade e mortalidade cardiovasculares e por nefropatia hipertensiva. Ainda segundo as VI Diretrizes de Hipertensão, qualquer medicamento dos grupos de anti-hipertensivos, comercialmente disponíveis, desde que resguardadas as indicações e contraindicações específicas, pode ser utilizado para o tratamento da HAS.

Classes de anti-hipertensivos disponíveis para uso clínico: Diuréticos, inibidores adrenérgicos (Ação central, betabloqueadores, alfabloqueadores), vasodilatadores diretos, bloqueadores de enzima conversora da angiotensina, bloqueadores do receptor AT¹ da angiotensina II e inibidores direto da renina.

O tratamento deve ser individualizado e procurar conservar a qualidade de vida dos pacientes. Qualquer grupo de fármacos anti-hipertensivos, com exceção dos vasodilatadores de ação direta e alfabloqueadores, é apropriado para controle da PA em monoterapia inicial, como exemplificado no Quadro 3:

Quadro 1 - Tratamento da hipertensão arterial

Fluxograma para o tratamento da hipertensão arterial²³(D)					
Monoterapia			Associação de Fármacos		
Estágio 1			Classes distintas em baixas doses, principalmente para estágio 2 e 3		
Diurético					
Betabloqueador					
Inibidor da ECA					
Antagonista de canal de cálcio					
Antagonista do receptor AT1 da AII					
Resposta inadequada ou efeitos adversos					
Aumentar a dose	Substituir a Monoterapia	Adicionar o 2º fármaco	Aumentar a dose da associação	Trocar a associação	Adicionar o 3º fármaco
Resposta inadequada					
Adicionar outros anti-hipertensivos					
(ECA = enzima conversora da angiotensina; AII = angiotensina II)					

Fonte: Mion *et al.*, 2002.

São recomendadas mudanças no estilo de vida para prevenção primária da HAS, principalmente nos indivíduos com PA limítrofe. Tais mudanças reduzem a PA, bem como a mortalidade cardiovascular. Hábitos saudáveis de vida podem e devem ser adotados desde a infância e a adolescência, respeitando-se as características regionais, culturais, sociais e econômicas dos indivíduos.

6 PROJETO DE INTERVENÇÃO

Para elaboração deste Projeto de Intervenção foi utilizado o método denominado Planejamento Estratégico Situacional (PES). Esse método visa elaborar uma proposta de intervenção, que têm como foco o problema identificado no diagnóstico situacional e a priorização do mesmo. Sendo confrontado com um padrão considerado não adequado ou não tolerável e que motivam os atores sociais a enfrentá-lo (KAMIMURA, 2004).

Toda a equipe de saúde da ESF Doutor José Vale Filho tem uma função importante no projeto de intervenção, e a partir dos problemas detectados conseguiremos enfrentar os problemas presentes.

Foi possível perceber problemas numerosos e tão quanto importantes a serem analisados tanto em nível estrutural quanto social e organizacional.

O diagnóstico situacional tornou-se possível a identificação destes, segundo consenso da equipe:

- Má aderência dos idosos hipertensos ao tratamento
- Má aderência dos diabéticos ao tratamento
- Alcoolismo
- Gravidez na adolescência
- Baixo nível de escolaridade da população
- Grande parte da população é ociosa devido a inscrição no Programa Bolsa Família e, por consequência, busca por consultas médicas em grande escala e mínima necessidade
- Acúmulo de lixo nas casas e ruas
- Violência
- Uso de drogas ilícitas
- Necessidade de novos programas de capacitação para a equipe de saúde que atua no local há muito tempo e nota-se a necessidade de novos estímulos para torná-los mais atuantes

Ficou estabelecida uma ordem de prioridades, levando em consideração a capacidade de mediação da equipe de saúde à situação encontrada, a qual foi classificada como dentro, parcialmente dentro e fora da capacidade. Assim, priorizou-se em melhorar a adesão dos

idosos hipertensos ao tratamento e seu acompanhamento clínico como forma de prevenir a nefropatia hipertensiva. Veja tabela 1.

Tabela 1- Diagnóstico situacional: Priorização dos problemas de saúde na ESF Dr. José Vale Filho.

PROBLEMAS	IMPORTÂNCIA	URGÊNCIA (0 a 5 pontos)	ENFRENTAMENTO DA EQUIPE
Má aderência dos idosos hipertensos ao Tratamento	Alta	5	Dentro
Má aderência dos diabéticos ao tratamento	Média	4	Dentro
Alcoolismo	Alta	5	Parcialmente
Gravidez na adolescência	Alta	4	Fora
Baixo nível de escolaridade da população	Média	5	Parcialmente
Número de população ociosa devido a inscrição no Programa Bolsa Família e consequente aumento de procura por consulta	Média	4	Fora
Acúmulo de lixo nas casas e calçadas	Alta	5	Fora
Violência	Alta	4	Parcialmente
Uso de drogas ilícitas	Alta	5	Fora

Fonte: SIAB, 2014

O tema escolhido para ser abordado foi a promoção de saúde aos idosos hipertensos como forma de prevenir a DRC que é uma das conseqüências crônicas de alta morbimortalidade para o paciente e de fácil prevenção. As questões levantadas de maior relevância para justificar, segundo dados do SIAB e colhidos durante grupos de hiperdia, esse desajuste é o fato de dentre 231 hipertensos cadastrados e acompanhados, 150 são idosos, 40 não são alfabetizados, 60 moram sozinhos ou com cônjuge, dificultando assim a adesão ao tratamento, pois estes apresentam dificuldade para memorizar os horários, dificuldade para locomoção até local de agendamento dos exames e posterior realização dos mesmos.

Dos pacientes idosos, 142 receberam atendimento médico, sendo que 21 são portadores da DRC. Outros fatores agravantes são indisponibilidade intermitente de exames gratuitos, pouco recurso financeiro do paciente e família para suprir a falta de recurso

municipal, ausência de um cuidador, ausência da ajuda de familiares no tratamento, uso errado das medicações e falta de acompanhamento clínico-laboratorial adequado.

O diagnóstico situacional é favorecido pela facilidade de abordagem de alguns nós críticos que já traria resultados satisfatórios para comunidade e unidade, além de melhorar a governabilidade da situação. Pode-se citar: mudanças do hábito de vida; conscientização da família através de reuniões; aprimoramento do nível de informação dos hipertensos acerca de sua doença, suas causas e consequências; acompanhamento pelos agentes comunitários de saúde do uso da medicação dos usuários identificados; capacitação dos profissionais para abordar o paciente conforme seu cenário sociocultural e sua visão sobre a própria doença e não apenas uma abordagem técnico-científica; abordagem mais humanizada, o que leva o idoso a entender que ele também é responsável por cuidar de si e assim aumentar a adesão ao tratamento e a propedêutica médica como um todo, dentre outros.

A seguir serão apresentados os planos de intervenção de acordo com os nós críticos identificados.

Quadro 4 - Detalhamento do nó crítico “Baixo nível de instrução”

Nó crítico	_ Baixo nível de instrução / escolaridade da população idosa.
Operação / Projeto	Disponibilizar informações de maneira mais prática e de fácil entendimento para uso correto da medicação anti-hipertensiva.
Resultados esperados	Uso correto da medicação pela população alvo.
Produtos esperados	Usuários bem instruídos sobre a utilização correta da medicação.
Atores sociais/ responsabilidades	Profissionais da ESF.
Recursos necessários	Para este fim utilizaremos recursos didáticos, faz-se necessário a distinção por cores entres os diversos papéis que o doente leva para casa após consulta médica: Receituário branco será receita medicamentosa e receituário azul serão os pedidos de exames. Carimbos com as ilustrações de sol, prato e lua para fazer menção ao horário aproximado de cada medicação.
Controle dos recursos críticos /	Ator que controla: Profissionais da ESF Motivação: Favorável

Viabilidade	
Responsáveis:	Médica, Enfermeira, ACS
Cronograma / Prazo	2 meses

Quadro 5 – Detalhamento do nó crítico “Baixo nível de informações”

Nó crítico	Baixo nível de informações sobre suas condições de saúde (sinais e sintomas da doença, fatores de risco, tratamento e acompanhamento).
Operação / Projeto	-Realizar medidas específicas para redução de peso. - Realizar medidas específicas para prática de exercícios físicos. - Mudanças de hábitos alimentares
Resultados esperados	Mudanças nos hábitos de vida da população, favorecendo os resultados da terapêutica não medicamentosa para HAS
Produtos esperados	População alvo com hábitos de vida mais saudáveis
Atores sociais/ responsabilidades	Profissionais da ESF; Profissionais de Educação Física; Nutricionista.
Recursos necessários	- Para este fim utilizaremos recursos organizacionais e políticos, com ações como disponibilizar profissionais da área de nutrição e educação física para elaboração de dietas e realização de exercícios físicos orientados para a população-alvo. Além de recursos cognitivos, como campanhas educativas para a população sobre a importância de exercícios físicos, informar a população sobre a maior incidência de HAS em pessoas com consumo elevado de sal, sendo imprescindível a realização de dieta hipossódica.
Controle dos recursos críticos / Viabilidade	Ator que controla: Profissionais da ESF, Profissionais de Educação Física, Nutricionista Motivação: Favorável
Responsáveis:	Médica, Enfermeira, ACS, Profissionais de Educação Física, Nutricionista
Cronograma / Prazo	2 meses

Quadro 6 - Detalhamento do nó crítico “Processo de Trabalho da Equipe de Saúde”

Nó crítico	Processo de trabalho da equipe de saúde: ações de Educação em Saúde deficientes (realização de grupos operativos mensais, capacitações dos ACS, visitas domiciliares).
Operação / Projeto	Capacitação específica dos profissionais que estão atuando na rede quanto a organização e condução dos grupos operativos.
Resultados esperados	Profissionais capacitados na metodologia de condução de grupos operativos. / Grupos formados e conduzidos.
Produtos esperados	Instrutores para ministrar a capacitação específica em condução de grupos operativos. Materiais didáticos para usuários e profissionais.
Atores sociais/ responsabilidades	Profissionais da ESF; Secretaria de Saúde.
Recursos necessários	Para este fim utilizaremos recursos organizacionais e políticos, com articulação os gerentes do município e unidade de saúde para aprovação do plano, além de recursos financeiros para aquisição de recursos audiovisuais, materiais didáticos para profissionais.
Controle dos recursos críticos / Viabilidade	Ator que controla: Profissionais da ESF, Secretaria de Saúde Motivação: Favorável
Responsáveis:	Médica, Enfermeira, ACS, Secretaria de Saúde
Cronograma / Prazo	2 meses

As atividades desenvolvidas a partir do presente trabalho também deverão ter seus resultados avaliados. Para tanto propomos a realização de reuniões quinzenais de discussão, avaliação e análise do trabalho em desenvolvimento. Além disso, iremos propor a elaboração de um instrumento de avaliação de resultados e a definição da continuidade e criação de novos grupos, a partir da avaliação realizada.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A HAS é uma doença multifatorial e exige orientações voltadas para vários objetivos e, por consequência, diferentes abordagens. Prevenir e tratar esses problemas de saúde envolve ensinamentos sobre a doença, suas inter-relações e complicações, o que implica na introdução de novos hábitos de vida. Além da terapia medicamentosa, é fundamental, no processo terapêutico e na prevenção destes agravos, a abordagem pela equipe das modificações no estilo de vida. Alimentação adequada, sobretudo quanto ao consumo de sal, controle do peso, prática de atividade física, tabagismo e uso excessivo de álcool, são fatores que devem ser adequadamente abordados e controlados.

A revisão bibliográfica nos mostrou a importância de se manter os usuários motivados para aderir o tratamento e também incorporar hábitos de vida saudáveis.

Espera-se com este Plano de Intervenção implantar uma nova forma de funcionamento dos grupos de hipertensos realizados atualmente para os usuários idosos portadores de HAS. As atividades pautarão nas mudanças efetivas dos estilos de vida, de forma que se utilize uma equipe multidisciplinar nessas atividades. Além do atendimento dos portadores de HAS, haverá benefícios também aos portadores de outras patologias como, por exemplo, o Diabetes Mellitus que é a 2ª morbidade em número de casos na área de abrangência da Estratégia de Saúde da Família a qual pertencemos. Através das atividades vai-se propiciar encontro entre usuário e profissional.

Dessa forma as atividades realizadas neste projeto de intervenção propiciarão uma nova concepção pedagógica para os profissionais da equipe e a comunidade, fortalecendo as ações de saúde, favorecendo a construção de um novo olhar para o atendimento da população idosa hipertensa ou em situação de risco para desenvolvimento para desenvolver HAS.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Departamento de Informática do SUS. **DATASUS**, disponível em: <http://datasus.saude.gov.br>, Acesso em: 19 de maio de 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica.** – Brasília: **Ministério da Saúde**, 2006. 58 p. – (Cadernos de Atenção Básica; 16) (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

CAMPOS, Francisco Carlos Cardoso de; FARIA, Horácio Pereira de; SANTOS, Max André dos. **Elaboração do plano de ação.** In: CAMPOS, Francisco Carlos Cardoso de; FARIA, Horácio Pereira de; SANTOS, Max André dos. Planejamento e avaliação das ações em saúde. 2ª ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010.

GIL, A.C. **Como elaborar projetos de pesquisa.** 3º ed. São Paulo (SP): Atlas; 1991.
MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa Qualitativa em Saúde.** 9. ed. São Paulo: Hucitec, 2006.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **IBGE Cidades@.** Janu,[online], 2014. Disponível em: <http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/home.php>. Acesso em: 19 de maio de 2014.

JANUÁRIA (MG). Prefeitura Municipal de Januária. **A História.** Disponível em: <http://januaria.mg.gov.br>, Acesso em: 15 de janeiro de 2015.

JARDIM et. al. Hipertensão arterial e alguns fatores de risco em uma capital brasileira. **Arq. Bras. Cardiol.** v.88 n.4 São Paulo abr. 2007.

KAMIMURA QP. **Microrregionalização: uma proposta metodológica, organizacional e estratégica para os serviços de saúde de alta e média complexidade no litoral norte Paulista.** [Dissertação]. Taubaté: Universidade de Taubaté; 2004.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Guia prático do Programa Saúde da Família.** Brasília: Ministério da Saúde; 2001.

MION JRD et. al. **Hipertensão arterial-abordagem geral.** Sociedade Brasileira de Cardiologia e Sociedade Brasileira de Nefrologia. Projeto e Diretrizes 2002.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. **VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão.** ArqBrascardiol. 2010:1-48. Disponível em: <http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2006/VDiretriz-HA.pdf>. Acesso em: 9 de janeiro de 2014.