

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

ANTONIO MODESTO MIRANDA MORERA

**AÇÕES DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE COMO FERRAMENTA PARA
COTROLE DA PRESSÃO ARTERIAL DOS IDOSOS DA ESF
FLORESTA DE CORONEL FABRICIANO/MG.**

CORONEL FABRICIANO/MG

2015

ANTONIO MODESTO MIRANDA MORERA

**AÇÕES DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE COMO FERRAMENTA PARA
COTROLE DA PRESSÃO ARTERIAL DOS IDOSOS DA ESF
FLORESTA DE CORONEL FABRICIANO/MG.**

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

Orientadora Prof. Me. Ricardo Luiz Silva Tenório

CORONEL FABRICIANO/MG

2015

ANTONIO MODESTO MIRANDA MORERA

**AÇÕES DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE COMO FERRAMENTA PARA
COTROLE DA PRESSÃO ARTERIAL DOS IDOSOS DA ESF
FLORESTA DE CORONEL FABRICIANO/MG.**

Banca examinadora

Prof. Ms. Ricardo Luiz Silva Tenório- orientador

Prof. Ms. Flávia Casasanta Marini – banca examinadora

Aprovado em Belo Horizonte, 04 de outubro de 2015

RESUMO

O município de Coronel Fabriciano está localizado na microrregião do Vale do Aço, a 250 Km de Belo Horizonte, capital de Minas Gerais, e possui uma população de 108 mil habitantes. Após diagnóstico situacional feito pela nossa equipe de saúde Floresta em Coronel Fabriciano/MG foi priorizado como problema de pesquisa a hipertensão arterial que é muito comum em nossa área de abrangência. A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é uma doença muito frequente no Brasil e constitui um importante problema de saúde pública no país e no mundo e é um fator de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais, e responsável por pelo menos 54 % das mortes por AVC e 47% das mortes por doença arterial coronariana. O objetivo principal deste trabalho foi orientar a população idosa sobre medidas e ações que são necessárias para diminuir as complicações da hipertensão. Na elaboração do presente trabalho foi utilizado o método de Planejamento Estratégico Situacional (PES), de forma a organizar uma proposta de ação específica para melhorar o controle da hipertensão dos idosos. Para a construção desse projeto também foram utilizados trabalhos científicos disponíveis em base de dados como: Biblioteca Virtual em Saúde, PUBMED, Biblioteca Virtual da Universidade Federal de Minas Gerais, SCIELO. Espera-se que, ao final da intervenção, os pacientes tenham mudanças dos hábitos dietéticos inadequados, façam alguma atividade física e obtenham uma melhora na qualidade de vida.

Palavras-chave: atenção primária à saúde, hipertensão arterial sistêmica, tratamento da hipertensão.

ABSTRACT

The city of Coronel Fabriciano is located in the micro Steel Valley, a.250 km from Belo Horizonte, capital of Minas Gerais, and has a population of 108,000 inhabitants. After situational diagnosis made by our health team Forest in Coronel Fabriciano / MG was prioritized as a research problem that high blood pressure is very common in our area of coverage. Systemic arterial hypertension (SAH) is a very common disease in Brazil and is a major public health problem in the country and the world and is a risk factor for the development of cardiovascular, cerebrovascular and kidney disease, and accounts for at least 54 % of deaths from stroke and 47% of deaths from coronary artery disease. The main objective was to guide the elderly population on measures and actions that are necessary to reduce the complications of hypertension. In preparing this study we used the method of Situational Strategic Planning (PES), in order to arrange a proposal for a specific action to improve the control of hypertension in the elderly. For the construction of this project scientific papers available were also used in the database as: Virtual Health Library, PUBMED, Virtual Library of the Federal University of Minas Gerais, SCIELO. It is expected that at the end of the intervention, patients have changes of inadequate dietary habits, do some physical activity and obtain a better quality of life.

Keywords: primary health care, hypertension, treatment of hypertension.

SUMARIO

1 INTRODUÇÃO	7
2 JUSTIFICATIVA	10
3 OBJETIVO	11
4 METODOLOGIA	12
5 REFERENCIAL TEÓRICO	15
6 PLANO DE INTERVENÇÃO	20
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	25
REFERENCIAS	26

1 INTRODUÇÃO

O município de Coronel Fabriciano está localizado na microrregião do Vale do Aço, a 250 Km de Belo Horizonte, capital de Minas Gerais e possui uma população de 108 mil habitantes (IBGE 2012).

Em 27 de dezembro de 1948, o governador Milton Campos assina a Lei nº 336, criando o município de Coronel Fabriciano, e a Comarca é instalada em 1955. Em 1958, foi instalada a Usiminas, ano em que é também criada a Associação Comercial (MOURÃO, 2010).

A cidade de Coronel Fabriciano é considerada centro geográfico do Vale do Aço, pois se enquadra na condição de cidade de prestação de serviços nas áreas do comércio, lazer, educação e cultura. No município residem funcionários diretos da Usiminas, Acesita, Usimec, Cenibra, Prefeitura de Ipatinga e Prefeitura de Timóteo, além de tantos outros que atuam nas áreas das empresas da região. (MOURÃO, 2010).

A área total do município é de 221,252 Km². A concentração habitacional é de 468,57 (Hab/Km²). O município possui 31.615 domicílios, sendo 29.635 famílias em área urbana e 354 famílias em área rural (IBGE 2012).

O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) em 2009 era de 0,709 (classificação média pelo Programa das Nações Unidas). A taxa de urbanização: 97,4%. A renda média familiar em 2009 era de 1,9 salários mínimos (IBGE 2012).

O abastecimento de água abrange 93% dos domicílios do município. E o percentual de recolhimento de esgoto por rede pública é de 81% da população. (IBGE 2012)

O município possui uma economia fundamentada na agricultura e na pecuária. Na agricultura destacam-se as culturas de milho, cana de açúcar, mandioca, tomate, feijão, cebola, banana, mamão, entre outras importantes culturas. Na pecuária sobressaem as criações de bovinos, caprinos e ovinos. A avicultura também é importante na economia do município (DIÁRIO DO AÇO, 2000).

A indústria, atualmente, é o segundo setor mais relevante para a economia fabricianense, pois corresponde a 92 599 mil reais do PIB municipal. Parte deste valor é original do distrito industrial. Este distrito está instalado a oeste da cidade, distanciando-se cerca de 6 km do Centro, sendo composto por aproximadamente 40 empresas de diferentes ramos, empregando diretamente cerca de 850 pessoas e ocupando uma área total de 182 970 m². É um distrito industrial-misto, pois possui empresas de pequeno, médio e grande porte. Recentemente passou por uma reestruturação e atualmente é administrado pela Companhia de Desenvolvimento Econômico de Minas Gerais - CODEMIG (MOURÃO, 2010).

A rede de saúde do município é composta por quinze unidades de Atenção Primária à Saúde (APS) e dezesseis Equipes de Saúde da Família (ESF).

Nas especialidades odontológicas contamos com vinte consultórios odontológicos. Destes, nove instalados em unidades de Atenção Primária à Saúde, dez em escolas municipais /estaduais, um na APAE. Um Centro de Especialidades Odontológicas com quatro consultórios instalados atendendo às especialidades de endodontia, periodontia, cirurgia, pacientes especiais e prótese.

O Núcleo de Atenção à Saúde (NASF) ainda está em implantação no município, pelo número de equipes de ESF que possuímos serão implantados três NASFs.

A rede de assistência secundária à saúde do município possui o **CEPS** (Centro de Especialidades), com atendimentos de ginecologia, mastologia, ortopedia, cardiologia, neurologia, urologia, dermatologia; **CASAM** (Centro de Atendimento ao paciente com a Saúde Mental debilitada) com atendimentos de psicólogos, psiquiatras, e assistentes sociais; **NEPS** (Núcleo Especializados em Programas de Saúde) com atendimento a portadores de doenças sexualmente transmissíveis, tuberculose e hanseníase.

Nossa unidade básica de saúde (UBS) Floresta dispõe de uma equipe de saúde bem organizada formada por um médico, uma enfermeira, uma técnica de enfermagem, uma dentista, um auxiliar de saúde bucal, seis agentes comunitários, uma psicóloga e uma nutricionista.

A população adstrita em nosso PSF é de 1046 famílias cadastradas, e 4562 pessoas, dos quais 1997 são do sexo masculino e 2565 são do sexo feminino.

Os pacientes maiores de 60 anos são 444, dos quais 190 são do sexo masculino e 254 do sexo feminino. Do total de população 377 são hipertensos (8,26%), e deles 229 tem mais de 60 anos.

Principais problemas de saúde identificados pela UBS Floresta, Equipe Branca:

- Elevado porcentagem de hipertensos não controlados;
- Elevado porcentagem de Diabetes Mellitus tipo 1 e 2 não controlados;
- Elevado índice de verminoses;
- Alta morbimortalidade por doenças cardiovasculares;
- Alta morbidade por DTS;
- Elevado índice de tabagismo;
- Maus hábitos dietéticos;
- Elevado índice de violência;
- Elevado índice de usuários de droga e álcool.

Nossa equipe trabalha com diferentes grupos populacionais como idosos e hipertensos e realizamos diferentes atividades educativas para prevenção de doenças crônicas. O número de pacientes hipertensos com elevação da pressão arterial chamou a atenção da equipe e alertou sobre a necessidade de realizar ações para diminuir os níveis pressóricos dos hipertensos. Devido à alta prevalência de HAS e a presença de vários fatores de risco que tem relação com esta condição crônica decidimos fazer o trabalho de intervenção para diminuir as complicações em decorrência desta condição crônica em nossa área de abrangência.

Podemos detectar que esta doença é um problema prioritário em nossa área, e que os nós críticos identificados são: educação insuficiente sobre a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), abandono de tratamento, ausência de um tratamento higiênico dietético (reeducação alimentar), má cultura alimentar, processo de trabalho da ESF inadequado para enfrentar o problema, deficiência na estrutura e fluxos dos serviços de saúde.

Para atingir o objetivo deste estudo elaboramos uma proposta de intervenção educativa para o controle da hipertensão arterial dos usuários.

2JUSTIFICATIVA

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é uma doença crônica de elevado custo econômico e social, e com grande impacto na morbidade brasileira e do mundo, principalmente em decorrência das suas complicações. A prevalência mundial estimada é da ordem de 1 bilhão de indivíduos hipertensos sendo que aproximadamente 7,1 milhões de óbitos por ano podem ser atribuídos a hipertensão arterial (BRASIL, 2001).

Ela é uma doença muito frequente no Brasil e constitui um importante problema de saúde pública no país e no mundo. A HAS é um fator de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais, sendo responsável por pelo menos 54 % das mortes por acidente vascular cerebral (AVC) e 47% das mortes por doença arterial coronariana. Esta doença tem uma alta prevalência entre as pessoas idosas. A HAS é um grande fator determinante de morbidade e mortalidade, seja pelas complicações e limitações funcionais, quanto pelas incapacidades. (VI DBH, 2010).

Um dos principais problemas da HAS é ser uma doença assintomática pelo que deve ser pesquisado e investigado sistematicamente. Em nossa população, são muitos os fatores de risco que tem influência na aparição da HAS como o excesso de peso, hábitos alimentares não saudáveis, o uso excessivo de álcool, o tabagismo e o sedentarismo.

Com o desenvolvimento desta investigação pretendeu-se conhecer os fatores de risco associados no desencadeamento da hipertensão, e oferecer uma educação em saúde para os pacientes hipertensos, e prevenção da doença. Além disso, pretendeu-se evitar complicações, que repercutissem em maior custo econômico a família e a sociedade.

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Elaborar um plano de intervenção para orientar a população idosa sobre medidas e ações que são necessárias para diminuir as complicações da hipertensão pela equipe branca da UBS Floresta, em Coronel Fabriciano/MG.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1-Identificar os principais fatores de risco para a Hipertensão Arterial na UBS Floresta.

2-Desenvolver ações educativas com o objetivo de diminuir a incidência de Hipertensão Arterial.

3-Melhorar a qualidade de vida dos pacientes idosos com Hipertensão Arterial.

4 METODOLOGIA

Na elaboração do presente trabalho foi utilizado o método de Planejamento Estratégico Situacional (PES), de forma a organizar uma proposta de ação específica para melhorar o controle da hipertensão dos idosos. Uma das funções da atenção básica e das equipes de Saúde de Família é a implementação de ações no controle desta patologia.

Para a construção desse projeto foram utilizados trabalhos científicos disponíveis em base de dados como: Biblioteca Virtual em Saúde, PUBMED, Biblioteca Virtual da Universidade Federal de Minas Gerais, SCIELO, e os módulos do Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, disponíveis na Plataforma Agora (www.nescon.medicina.ufmg.br/agora). Os artigos disponíveis nessas bases de dados, bem como publicações em livros e revistas médicas foram selecionados conforme sua relevância. Outros dados importantes utilizados foram os disponíveis na secretaria municipal de saúde Coronel Fabriciano, dados do Ministério da Saúde e arquivos da própria equipe branca da UBS Floresta. Os descritores utilizados nesse trabalho foram: atenção primária à saúde, hipertensão arterial sistêmica, tratamento da hipertensão.

Após a revisão de literatura, foi iniciado o trabalho com a equipe de saúde para elaboração do diagnóstico de saúde, programação de encontros e conhecimento do território estudado, incluindo os principais problemas enfrentados por nossa UBS. Posteriormente, foram planejadas intervenções que garantiriam melhoria no atendimento, segundo o protocolo da atenção das doenças crônicas no acompanhamento do paciente hipertenso.

A amostra escolhida para o trabalho foi de 160 pacientes com disponibilidade de participar do estudo (exceto acamados, pacientes psiquiátricos e com dificuldades de acompanhamento). Inicialmente foram feitas capacitações para os profissionais da equipe sobre HAS para fazer consultas e visitas domiciliares aos pacientes idosos hipertensos identificados, para saber sobre a adesão do usuário ao tratamento, fatores de risco associados, conhecimentos sobre a doença, dentre outras questões.

O trabalho contou com a participação dos profissionais de saúde e população adscrita da Unidade Básica de Saúde do bairro Frederico Ozaná, Chácara de Ouro Verde, São Cristovão, Judih Bhering e Manoel Maia.

A partir dos dados coletados, todo o material passou pela análise do autor deste trabalho para compreender a realidade, e assim realizar um planejamento das atividades para o desenvolvimento do trabalho.

O trabalho foi dividido em diferentes etapas: avaliação do nível de conhecimento inicial de pacientes hipertensos, elaboração e implementação de uma estratégia de intervenção educativa, e nova avaliação do nível de conhecimento alcançado pelos pacientes. O enfoque do trabalho estava dirigido as características da doença, fatores de risco, hábitos e estilos de vida saudáveis relacionados com a dieta e exercício físico, e a participação e apoio da família no controle adequado do paciente.

Em relação ao desenho das operações pretendeu-se aumentar o nível de informação dos pacientes sobre a Hipertensão Arterial. Para isso foram criados grupos operativos específicos.

No primeiro encontro, foram traçadas metas com divisão de funções a cada responsável e cronograma.

No segundo encontro foram planejadas estratégias de comunicação necessárias para melhor mobilização da população participante. Além disso, foi articulada parceria entre unidade básica de saúde e setor de comunicação social, secretaria de educação e secretaria de saúde do município.

Outro ponto importante foi o de garantir distribuição dos recursos necessários e medicamentos para o acompanhamento destes pacientes. Foram necessários recursos financeiros e espaço apropriado para as atividades. Para elevar a cobertura de atendimentos foi preciso fazer adequação da agenda do médico e da enfermeira.

Como forma de melhorar a prevenção de agravos relacionados à HAS o trabalho também foi feito nas escolas. Essa estratégia prevê melhoraria dos modos e estilos de vida com aquisição de conhecimentos adequados sobre a doença, pois serão eles os que divulgarão depois os conhecimentos aprendidos na comunidade.

Outra questão importante nesta investigação foi enfatizar a importância do autocuidado e adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico para atingir um bom controle da doença.

Durante a avaliação pudemos conhecer a repercussão do trabalho feito e o grau de conhecimentos adquiridos pelos pacientes por meio de uma melhor resposta ao tratamento, assim como mudanças de hábitos e estilos de vida, e, desta forma, melhorar a qualidade de vida dos pacientes idosos com HAS.

5 REREFENCIAL TEÓRICO

A Hipertensão Arterial Sistêmica é uma doença muito frequente no país, e constitui um importante problema de saúde pública no Brasil e no mundo e é um fator de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais (VI DBH, 2010)

Há um desconhecimento sobre a causa da hipertensão arterial em muitos casos. Porém vários fatores podem estar associados a elevação da pressão arterial como: sedentarismo, estresse, tabagismo, envelhecimento, historia familiar, raça, gênero, excesso de peso e fatores dietéticos. Apesar da relação entre hipertensão arterial e os fatores nutricionais, ainda não são bem esclarecidos os mecanismos de atuação destes fatores com a elevação da pressão arterial. Entretanto, são conhecidos os efeitos de uma dieta saudável (rica em frutas e vegetais, e pobre em gorduras) sobre o comportamento dos níveis pressóricos (KRINSKI, 2006).

A prevalência da hipertensão é maior em países desenvolvidos, apesar da grande massa populacional em países em desenvolvimento ter contribuído de forma significativa para o número total de indivíduos hipertensos no mundo todo. Estima-se 1,5 bilhões de pessoas com hipertensão em 2025 (BRASIL, 2004).

Atualmente, a prevalência média mundial estimada da hipertensão é de 26,4%, podendo variar dependendo da população estudada, atingindo 33,5 a 39,7% nos países europeus, 15 a 21,7% nos países africanos e asiáticos, cerca de 40% na América Latina, 21,0% nos EUA e Canadá (CONVERSO, 2004).

Aproximadamente 50 milhões de norte-americanos possuem hipertensão arterial. Destes, 70% tem conhecimento do diagnóstico, porém apenas 59% recebem tratamento e 34% têm seus níveis pressóricos controlados de acordo com as diretrizes atuais (BRASIL 2004, HAJJAR, 2003).

Alguns inquéritos populacionais realizados nos últimos 20 anos em cidades brasileiras apresentaram uma prevalência de HAS acima de 30%, considerando-se valores de PA \geq 140/90 mmHg. Em 22 estudos encontraram prevalências entre 22,3% e 43,9%, (média de 32,5%), com mais de 50% entre 60 e 69 anos e 75% acima de 70 anos (VI DBH 2010).

A doença cardiovascular (DCV) é a maior causa de mortalidade em países desenvolvidos. No Brasil, a DCV é responsável por aproximadamente 30% da mortalidade geral e 1,2 milhões de hospitalizações, com um custo aproximado de 650 milhões de dólares/ano (ROMÁN, 2005).

Alguns estudos clínicos detectaram que, para a redução dos eventos cardiovasculares, é fundamental a detecção, o controle e o tratamento da HAS. No Brasil, 14 estudos populacionais realizados nos últimos quinze anos com 14.783 indivíduos (PA > 140/90 mmHg) revelaram baixos níveis de controle da PA (19,6%). Estima-se que essas taxas devem estar subestimadas, devido, principalmente, à heterogeneidade dos trabalhos realizados. A comparação das frequências, respectivamente, de conhecimento, tratamento e controle nos estudos brasileiros com as obtidas em 44 estudos de 35 países, demonstrou taxas semelhantes em relação ao conhecimento (52,3% vs. 59,1%), mas significativamente superiores no Brasil em relação ao tratamento e controle (34,9% e 13,7% vs. 67,3% e 26,1%) principalmente em municípios do interior com ampla cobertura do Programa de Saúde da Família (PSF), mostrando que os esforços concentrados dos profissionais de saúde, dos meios acadêmicos e da gestão governamental são fundamentais para se atingir metas aceitáveis de tratamento e controle da HAS. (VI DBH 2010).

Considerando a importância das condições crônicas, pela magnitude e abrangência no território nacional, o Ministério de Saúde cria, em 2014, um Caderno de Atenção Básica onde destaca a complexidade das doenças e os fatores de risco determinantes, e aborda conceitos comuns às diversas doenças crônicas juntamente com as diretrizes para a organização do cuidado. Também são incluídas estratégias para mudança de hábitos, promoção da alimentação saudável, prática de atividade física, abordagens para construção e acompanhamento dos planos de cuidado e de apoio ao autocuidado (MS, 2014).

As intervenções recomendadas para os serviços de Saúde considera um processo de educação permanente com os profissionais da atenção básica para a construção de novas práticas e mudanças nos processos de trabalho. Os objetivos mais importantes das ações de Saúde em HAS são o controle da pressão arterial e a redução da morbimortalidade. Portanto, fazer uma intervenção educativa, sistematizada e permanente com os profissionais de saúde é um aspecto

fundamental para mudar as práticas em relação a esses problemas. Essas intervenções seguem distintos níveis de determinação, que deverão se fundamentar na efetividade das práticas que irão produzir a redução das iniquidades e os melhores resultados de saúde na população. Os determinantes distais são as condições socioeconômicas, ambientais e culturais em que as pessoas, suas famílias e as redes sociais estão inseridas, por exemplo o desenvolvimento e a riqueza de um país, uma região ou um município, e a forma como essa riqueza é distribuída, resultando em distintas condições de vida de uma dada população. Os determinantes intermediários estão relacionados às condições de vida e de trabalho, acesso à alimentação, à educação, à produção cultural, ao emprego, à habitação, ao saneamento e aos serviços de Saúde. E os determinantes proximais estão relacionados às características dos indivíduos e sua condição de saúde (idade, sexo, herança genética), além das relações, formais e informais, de confiança, de cooperação, de apoio das famílias e redes de apoio, onde acontecem as decisões dos comportamentos e estilos de vida (MS, 2014).

A Secretaria Estadual de Saúde do Estado de Minas Gerais (SES/MG) propõe a utilização do Modelo de Atenção às Condições Crônicas para a abordagem das condições crônicas de saúde na população. Essa linha-guia representa uma estratégia para o compartilhamento entre os profissionais de saúde, especialmente da Atenção Primária, e gestores de saúde para o controle desses fatores de risco e de doenças (SES, 2013).

Segundo o modelo de atenção proposto pela SES (2013), a organização do processo de trabalho pelas equipes de saúde, propõe ações desde o nível de promoção da saúde até o nível de gestão de casos.

As intervenções de **nível 1** serão aplicadas na população em geral. Elas estão relacionadas à macro políticas, tais como educação, distribuição de renda, trabalho, habitação, lazer, saneamento, para a obtenção de resultados satisfatórios. Desta forma, faz-se necessário a realização de parcerias intersetoriais (SES, 2013).

No nível 2, as principais ferramentas utilizadas são as ações que estimulam o comportamento e o estilo de vida saudáveis tanto no âmbito individual quanto no coletivo. É nesse nível que a atenção primária à saúde realiza o rastreamento das

subpopulações com fatores de risco para o desenvolvimento da HAS e condições crônicas: pessoas tabagistas, com sobrepeso ou obesidade, de sedentários, de usuários excessivos de álcool, com alimentação inadequada (SES, 2013).

No nível 3, encontram-se usuários com fatores de risco biológicos e usuários com condições crônicas, de baixo e médio risco. Neste grupo devem ser realizadas intervenções da atenção primária à saúde, relacionadas às ações de tratamento da condição crônica e de rastreamento das complicações da HAS e condições crônicas (SES, 2013).

Nos níveis 4 e 5, as intervenções são direcionadas aos usuários com condições crônicas complexas e muito complexas. Esses usuários frequentemente são acometidos por complicações dessas condições, sendo necessário o manejo do caso de maneira individualizada e em cogestão com profissionais especialistas de áreas focais (SES, 2013).

6 PLANO DE INTERVENÇÃO

O presente trabalho foi um projeto de intervenção educativa voltada para o tema controle da hipertensão arterial na atenção básica. O estudo foi realizado na população adscrita da área de abrangência da equipe branca da unidade básica de saúde FLORESTA, no município de Coronel Fabriciano/MG, no período de janeiro a dezembro de 2014.

6.1 DESENHO DAS OPERAÇÕES.

6.1.1 Nó Crítico:

- 1) Hábitos e estilos de vida inadequados.
- 2) Desconhecimento da população sobre hipertensão arterial.
- 3) Não adesão do hipertenso ao tratamento.
- 4) Processo de trabalho da ESF inadequado para o enfrentamento do problema.
- 5) Fluxo de atendimento inadequado para o atendimento ao hipertenso.

6.1.2 Operação:

- 1) Mudar hábitos e estilos de vida nos pacientes.
- 2) Aumentar o nível de informação da população sobre a hipertensão arterial.
- 3) Aumentar o nível de informação sobre o tratamento medica.
- 4) Implantar o processo de trabalho segundo os protocolos para a hipertensão arterial incluindo os mecanismos de referência e contra referência.
- 5) Melhorar o fluxo de serviço de saúde para o atendimento dos portadores de hipertensão arterial.

6.1.3 Resultados esperados:

- 1) Diminuir em o número de sedentários, obesos e tabagistas em um ano.
- 2) Obter uma população mais informada sobre hipertensão arterial.
- 3) População mais informada sobre o tratamento médico da HAS.
- 4) Melhorar a cobertura da população com hipertensão arterial.
- 5) Aumentar o numero de consultas, exames, medicamentos, etc.

6.1.4 Recursos críticos:

- 1) Organizacional - organizar as caminhadas, academias e exercícios físicos.
Cognitivos – informação sobre o tema.
Financeiros - aquisição de recursos áudio visuais, folhetos educativos, etc.
- 2) Organizacional - organizar a agenda.
Cognitivo – conhecimento sobre o tema.
Politico - articulação Inter setorial (parceria com o setor educação).
- 3) Cognitivo - Conhecimento sobre o tema.
Organizacionais- organização da agenda.
- 4) Cognitivo - implementação do protocolo.
Políticos- articulação entre os setores de saúde e de adesão os profissionais.
Organizacional - adequação de fluxos (referencia e contra referência).
- 5) Políticos-aumentar os recursos para estruturar os serviços.
Financeiros-aumento da oferta de exames, medicamentos.
Cognitivo-elaboração do projeto de adequação.

6.1.5 Responsáveis:

1. ACS
2. Médico e enfermeira.
3. Médico.
4. Médico, enfermeira e coordenadora de ABS.
5. Gerente da UBS.

6.2 GESTÃO DO PLANO.

Produtos	Responsável	Prazo	Situação Atual	Justificativa	Novo Prazo
Elaboração do projeto de intervenção	Médico	3 meses	Projeto de intervenção elaborado.	Realizar novo projeto de intervenção para HAS	1 mês
Capacitação dos profissionais de saúde da UBS sobre riscos da HAS	Médico	2 meses	Programa de capacitação elaborado. ACS capacitadas.	Capacitar melhor os profissionais para melhorar a assistência	1 mês
Cadastramento de todos os pacientes hipertensos e com riscos.	ACS	2 meses	Cadastramento realizado.	Conhecer o público alvo	2 meses
Identificar entre os usuários cadastrados	ACS		Identificação realizada.	Identificar os usuários com maior chance	

assistidos na UBS os indivíduos com 60 anos ou mais portadores de HAS.		2 meses		de portadores de HAS.	2 meses
Consultas de controle e visitas domiciliares, incluindo o registro de dados sobre o uso correto de medicamento antihipertensivo ,prática de atividades físicas e seguimento	Médico, Enfermeira e as ACS	12 meses	Consultas e visitas domiciliar controladas, assim como os registros de dados.	Aumentar os controles e visitas domiciliares para ter um melhor controle e seguimento	6 meses
Planejar reunião com o grupo de hipertensos idosos para ampliar seus conhecimentos sobre HAS	Médico, Enfermeira e as ACS	2 meses	Reunião com os pacientes de HAS realizada.	Fazer um programa de reuniões com os HAS idosos	1mês
Realizar atividades grupais	Equipe de saúde.	5 meses	Atividades grupais realizadas.	Realizar atividades em grupo para buscar maior adesão dos hipertensos	3 meses
Contato com lideranças comunitárias para discutir sobre HAS.	Médico e Enfermeira.	3 meses	Contatos com alguns líderes comunitários.	Criar parcerias com líderes comunitários.	2 meses
Palestras na UBS, escolas e comunidades	Médico e Enf	5	Palestras realizadas.	Criar outros espaços de discussão para	5 meses

sobre HAS e fatores de risco.	Enfermeira.	meses		promoção da saúde	
Coleta dos dados e resultados	Médico e Enfermeira.	2 meses	Atividade realizada.	Fazer nova coleta dos dados.	1 mês
Avaliação e monitoramento da atividade.	Médico e Enfermeira.	5 meses	Avaliação e monitoramento realizada.	Avaliação permanente.	5 meses

A avaliação do projeto será feita por nossa equipe de saúde e envolverá os diversos atores sociais vinculados ao município e à sociedade (comunidade), e terá como objetivos uma reorganização do processo de trabalho e uma perspectiva de uma mudança de modelo essencial, neste caso, uma melhora na vida dos pacientes com Hipertensão Arterial. Neste processo avaliativo buscaremos uma melhor eficácia, eficiência e efetividade em nosso trabalho.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com a realização deste trabalho pretendemos reduzir a prevalência de HAS em pacientes adultos e idosos, aumentar o conhecimento sobre os fatores de risco, aumentar a adesão dos pacientes hipertensos ao tratamento. Além disso, realizar atividades educativas de promoção e prevenção em saúde para os pacientes idosos em nossa área de abrangência para lograr que 90% dos pacientes tenham mudanças dos hábitos dietéticos inadequados, 90% dos pacientes idosos com HAS façam alguma atividade física e obtenham uma melhora na qualidade de vida.

Com o desenvolvimento desta investigação, pretende-se oferecer conhecimento aos hipertensos sobre os fatores de risco associados à elevação da pressão arterial, a prevenção da doença, dentre outros, contribuindo para evitar as complicações que repercutem em maior custo econômico para a família e para a sociedade.

Outra grande importância deste trabalho consiste em melhorar a qualidade de assistência que é prestada pela equipe de saúde aos usuários hipertensos na área de abrangência, e contribuir para que o usuário tenha uma melhor qualidade de vida.

REFERÊNCIAS

ALESSI, Alexandre. et al. **IV Diretriz para uso da Monitorização Ambulatorial da Pressão Arterial** - II Diretriz para uso da Monitorização Residencial da Pressão Arterial IV MAPA / IIMRPA. Arq.Bras.Cardiol. [online]. 2005, vol.85, suppl.2, pp.1-18. Disponível em: www.scielo.br

BRANDÃO, AP. et al. **Hipertensão arterial no idoso**. Tratado de Geriatria e Gerontologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002 p. 250 – 62. Disponível em: <pt.slideshare.net/adrianopires/hipertenso-arterial>

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus**. Brasília (DF), 2001. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sps/areastecnicas/cnhd/publicacoes/doc/miolo2002.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. **III Consenso Brasileiro De Hipertensão Arterial Hipertensão Arterial: diagnóstico e Classificação**. Brasília (DF), 2001. Capítulo I. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/bvs/publicacoes/III_consenso_bras_hip_arterial.pdf>.

CONVERSO, M.E.R.; LEOCÁDIO, P.L.L.F. **Prevalência da hipertensão arterial e análise de seus fatores de risco em idosos de Presidente Prudente**. In: 2º Congresso Brasileiro de Extensão Universitária, 2004, Belo Horizonte. Anais. 12 a 15 de setembro, 2004. Disponível em: <www.efdeportes.com/efd160/hipertensao-arterial>.

DIÁRIO DO AÇO. Vale do Aço 2000: **Um século de história** (em português). Ipatinga - MG: Empresa Jornalística Revisão Ltda, 1999. 147 p. Disponível em: <pt.wikipedia.org/wiki/coronel_fabriciano>.

HAJJAR, I.; KOTCHEN, T.A. **Trends prevalence, awareness, treatment and control of hypertension in the United States, 1988-2000**. Jama. v. 290, n.2. p. 199-206. 2003. Disponível em: www.em-consulte.com/en/article/208847

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (10 de outubro de 2002). Área territorial oficial. Resolução da Presidência do IBGE de nº 5 (R.PR-5/02). Arquivado do original em 9 de novembro de 2011. Disponível em: < www.ibge.gov.br>.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (30 de agosto de 2012). Estimativas da população residente nos municípios brasileiros com data referência em 1º de julho de 2012 (PDF). Arquivado do original em 27 de dezembro de 2012. Disponível em: www.achetudoeregiao.com.br/mg

KRINSKI, K. et al. **Efeitos do exercício físico em indivíduos portadores de diabetes e hipertensão arterial sistêmica**. EFDeportes.com, Revista Digital. Buenos Aires, v.10, n. 93, fev. 2006. Disponível em: http://www.efdeportes.com/efd93/diabetes.htm.

LESSA, I. **Hipertensão arterial sistêmica no Brasil: tendência temporal.** Cad. Saúde Pública, vol.26, n.8. 2010. pp. 1470-1470. Disponível em: <www.scielo.br/scielo.php?script=sci_pdf>.

LUQUEZ, H. et al. **Prevalencia de Hipertensión Arterial y factores de riesgo asociados.** RevFedArgCardiol, p. 93-104, 1999. Disponível em: www.fac.org.ar/revista/99v28n1/luque/luque.htm

MINISTERIO da Saúde (BR). DATASUS. Informações em Saúde. População residente – Brasil.2009. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?ibge/cnv/popuf.def>>. Acesso em 19 maio 2011.

MS. DATASUS. Informationabouthealth: mortality. Available at: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/obtuf.def>> Acesso em July 2012.
MS. **Estratégia para o cuidado da pessoa com doença crônica.** Brasília: Ministério da Saúde, 2014. (Cadernos de Atenção Básica, n. 35). Disponível em: <bvsms.saude.gov.br>.

MOURÃO, S. (abril 2010). "**Coronel Fabriciano - 61 anos de história**" (em português). Revista Caminhos Gerais: págs. 15–39. Disponível em: <library.kiwix.org/wikipedia_pt_all_12_2012/A/coronelfabriciano>.

ROMÁN, Oscar, et al. **Morbi-mortalidad de la hipertensión arterial según magnitud del cambio de los factores de riesgo: seguimiento a 30 años.** Rev. chil. cardiol, vol. 24, no 1. 2005. p. 11-21. Disponível em: <www.scielo.cl/scielo.php?>

Secretaria Municipal de Educação e Cultura. Atlas Escolar Histórico, Geográfico e Cultural de Coronel Fabriciano (em português). Belo Horizonte - MG: Editora Cultural Brasileira Ltda., 2011. 88 p. Disponível em: <ensfundamental1.wordpress.com/805-2>

SES. Linhas Guias de Atenção a Saúde do Adulto - Hiperdia 2013. Disponível em: <www.saude.mg.gov.br>.

SILVA, JLL; SOUZA, SL. **Fatores de risco para hipertensão arterial sistêmica versus estilo de vida docente.** Revista Eletrônica de Enfermagem, v. 06, n. 03, 2004. Disponível em: <www.scielo.br/scielo.php?>www.scielo.cl/scielo.php?

SOCIEDADE Brasileira de Cardiologia/Sociedade Brasileira de Hipertensão/Sociedade Brasileira de Nefrologia. **VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão.** ArqBrasCardiol.2010;95(1 supl 1):1-51. Disponível em: www.scielo.br/scielo.php?

VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. ArqBrasCardiol 2010; 95(1 supl.1): 1-51. Disponível em: <publicações.cardiol.br/consenso/2010> <www.cardiofmp.bloq.com>