

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

LUIS MANUEL ALVAREZ SUAREZ

**EDUCAÇÃO EM SAÚDE COMO FORMA DE PROMOVER
CONHECIMENTO PARA PREVENÇÃO E CONTROLE DE
HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA**

GOVERNADOR VALADARES - MINAS GERAIS

2016

LUIS MANUEL ALVAREZ SUAREZ

**EDUCAÇÃO EM SAÚDE COMO FORMA DE PROMOVER
CONHECIMENTO PARA PREVENÇÃO E CONTROLE DE
HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA.**

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

Orientadora: Prof.^aDr.^a Maria Beatriz M. de C. Lisbôa

GOVERNADOR VALADARES - MINAS GERAIS

2016

LUIS MANUEL ALVAREZ SUAREZ

**EDUCAÇÃO EM SAÚDE COMO FORMA DE PROMOVER
CONHECIMENTO PARA PREVENÇÃO E CONTROLE DE
HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA**

Banca Examinadora:

Examinador 1: Prof^a Dra. Maria Beatriz M. de C. Lisbôa–UFMG

Examinador 2: Prof.^a Polyana Oliveira Lima – UFAL

Aprovado em Belo Horizonte, 07 de Julho de 2016

DEDICATÓRIA

À minha esposa Majorei Safónt López, que passou as noites em minha companhia na elaboração do trabalho.

Aos companheiros de PSF, que estiveram todo o tempo atento as minhas solicitações.

Aos agentes de saúde que partilharam a busca/difusão do conhecimento na comunidade.

A todos meus companheiros de uma e outra forma colaboraram em na construção de neste trabalho.

AGRADECIMENTOS

Ao meu amigo Ithalo Carvalho que dedicou muitas horas ao meu lado na redação deste trabalho,

À minha orientadora Maria Beatriz Monteiro de Castro Lisboa,

A minha equipe de saúde, pela participação na construção deste trabalho,

A todos os trabalhadores da UBS.

“Ajudar aqueles que precisam não é apenas uma parte do dever, mas de felicidade”.

José Martí

RESUMO

A Hipertensão Arterial Sistêmica tem alta incidência e difíceis métodos de controle, revelando-se um dos graves problemas na saúde local e com reflexos nacionais e mundiais. A intervenção preventiva deve se pautar na identificação e controle da hipertensão buscando a redução das suas causas primárias e secundárias, tais como: doença cerebrovascular, doença arterial coronariana, insuficiência cardíaca, doença renal crônica, doença arterial periférica entre outras. A necessidade de estudo e execução do trabalho encontra fundamento no índice de hipertensos presentes no município de São José do Jacuri e as peculiaridades que o município e as políticas públicas se orientam. A metodologia que será aplicada ao presente trabalho será inicialmente a capacitação de toda a equipe de saúde por meio de palestras e reuniões buscando a troca de conhecimento sobre a doença HAS. Após este treinamento será realizada pesquisa no acervo da Unidade Básica de Saúde Flávia Alessandra Oliveira Costa, para apuração do quantitativo de pacientes acometidos de HAS, considerando a alta prevalência desta patologia na comunidade. O trabalho objetiva a busca pela difusão do conhecimento e o planejamento estratégico de ações interventivas de forma a propiciar na população, sobretudo mais idosa, uma melhor qualidade de vida e a adequação a hábitos saudáveis cotidianos.

Palavras chave: Estratégia Saúde da Família; Hipertensão Arterial; Educação em Saúde.

ABSTRACT

The Hypertension has a high incidence and difficult methods of control, revealing one of the serious problems in local health and national and global reflexes. Preventive intervention should be based on the identification and control of hypertension seeking to reduce their primary and secondary causes, such as cerebrovascular disease, coronary artery disease, heart failure, chronic kidney disease, peripheral arterial disease among others. The need to study and work execution basis in hypertensive index present in the city of São José do Jacuri and the peculiarities of the municipality and public policies are oriented. The methodology that will be applied to this work will be initially the training of all health staff through lectures and meetings seeking to exchange knowledge on hypertension disease. After this training will be carried out research in the collection of the Basic Health Unit Flavia Alessandra Oliveira Costa, to determine the quantity of patients suffering from hypertension, considering the high prevalence of this disease in the community. The study aims to search for the diffusion of knowledge and strategic planning of interventional actions in order to provide the population, especially older, better quality of life and fitness for everyday healthy habits.

Keywords: Family Health Strategy ; Arterial hypertension; Health Education.

LISTA DE ABREVIATURASE SIGLAS

| | |
|---------|---|
| CME | Central de Material Esterilizado |
| CRAS | Centro de Referência em Assistência Social |
| DATASUS | Departamento de Informática do SUS |
| DM | Diabetes Mellitus |
| DML | Depósito de Material de Limpeza |
| ESF | Estratégia Saúde da Família |
| FR | Fatores de Risco |
| HAS | Hipertensão Arterial Sistêmica |
| IDH | Índice de Desenvolvimento Humano |
| IBGE | Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística |
| SIAB | Sistema de Informação da Atenção Básica |
| OMS | Organização Mundial de Saúde |
| PA | Pressão Arterial |
| UBS | Unidade Básica de Saúde |
| UFMG | Universidade Federal de Minas Gerais |

LISTA DE QUADROS

| | |
|--|----|
| Quadro 1: População residente em São José do Jacuri: zona urbana e rural..... | 14 |
| Quadro 2: População residente em São José do Jacuri por faixa etária e sexo..... | 14 |
| Quadro 3: Estrutura Sanitária do município de São José do Jacuri..... | 16 |
| Quadro 4: Unidade Básica de Saúde da Família..... | 17 |
| Quadro 5: Problemas identificados..... | 18 |
| Quadro 6: Lista de problemas identificados na UBS Flávia Alessandra Oliveira Costa | 28 |
| Figura 1: Árvore Explicativa do problema escolhido pela UBS Flávia Alessandra Oliveira Costa (MG)..... | 30 |
| Quadro 7: Plano de ação a ser implementado na UBS Flávia Alessandra Oliveira Costa (MG) | 31 |
| Quadro 8– Recursos críticos para o enfrentamento do problema..... | 33 |
| Quadro 10 –Divisão de tarefas entre os profissionais envolvidos..... | 37 |
| Quadro 11 :Gestão do plano de intervenção | 43 |

SUMÁRIO

| | |
|--|-----|
| 1 INTRODUÇÃO..... | 11 |
| 1.1 Diagnóstico situacional..... | 12 |
| 1.2 Unidade Básica de Saúde Flavia Alexandra De Oliveira Costa | 16 |
| 1.3 Apresentação do problema..... | 17 |
| 2 JUSTIFICATIVA | 19 |
| 3.OBJETIVOS..... | 21 |
| 3.1 Objetivo geral..... | 21 |
| 3.2 Objetivos específicos..... | 21 |
| 4 METODOLOGIA..... | 22 |
| 5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA..... | 23 |
| 6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO | 28 |
| 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS..... | 382 |
| REFERÊNCIAS..... | 403 |

1 INTRODUÇÃO

O município de São José do Jacuri está localizado no leste de Minas Gerais, integrando a Região de Saúde de Governador Valadares. Em 2010, contava com uma população de aproximadamente 6.518 habitantes, com 3.320 do sexo masculino e 3.198 do sexo feminino (IBGE, 2010). A maior parte da população (69,25%) concentra-se na zona rural e 30,75% na zona urbana.

As principais fontes de emprego estão na zona rural do município especificamente na pecuária; na área urbana, funcionalismo público e comércio.

Segundo dados do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) e do Centro de Referência em Assistência Social (CRAS) referente ao ano de 2015, a população apresenta alto índice de pobreza, situações de risco e condições mínimas à subsistência.

A assistência primária à saúde é constituída por duas equipes do Programa Estratégia Saúde da Família (ESF) com uma equipe ampliada na modalidade de saúde bucal. Todos os profissionais, efetivos e contratados, cumprem carga horária de 40 horas semanais.

No momento, o município se encontra em fase de reorganização do processo de trabalho, sendo ainda incipiente o controle sobre os atendimentos. Por outro lado, a assistência farmacêutica está estruturada com a dispensação centralizada na Farmácia Central, o que evita o acúmulo de medicamentos nos domicílios pelos usuários.

Por não ter atendimento 24 horas, muitas vezes a população procura atendimento no hospital, embora os problemas sejam sensíveis à atenção primária. Para evitar tal situação, desde 2005 medidas foram desenvolvidas com foco na importância da prevenção, o que têm diminuído a demanda na Unidade Básica de Saúde (UBS). Como por exemplo: o agendamento de consultas da atenção básica (pré-natal, puericultura, HIPERDIA, entre outras).

Os registros apurados na UBS mostram o quadro epidemiológico do município com alta prevalência de doenças crônicas não transmissíveis como hipertensão arterial sistêmica (HAS) e diabetes mellitus (DM).

A alta prevalência da HAS com baixas taxas de controle configura um dos principais fatores de risco (FR) para as doenças cardíacas segundo as diretrizes de cardiologia da Sociedade Brasileira de Cardiologia (SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO REIS, 2010).

A mortalidade por doença cardiovascular aumenta progressivamente com a elevação da Pressão Arterial (PA) de forma linear, contínua e independente, representando um dos grandes problemas na saúde pública (SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO, REIS, 2010)

No Brasil, 14 estudos populacionais realizados nos últimos quinze anos com 14.783 indivíduos apresentando PA < 140/90 mmHg revelaram baixos níveis de controle da PA (19,6%). Estima-se que essas taxas devem estar superestimadas, devido, principalmente, à heterogeneidade dos trabalhos realizados (SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO REIS, 2010)

O presente trabalho visa à intervenção na comunidade atendida da UBS Flávia Alessandra Oliveira Costa, frente à necessidade de conscientização e prevenção quanto às causas da Hipertensão Arterial Sistêmica como forma de controle desta patologia.

1.1 Diagnóstico situacional

São José do Jacuri é servido pelas rodovias BR-120 e MG-117 e está distante de Belo Horizonte por 329 km. A altitude de sua sede é de 2.000.00 metros, propiciando um clima tropical de altitude, com temperatura média de 23 graus.

A coordenação da atenção básica é presidida pelo secretário de saúde e, encontra-se composta de agentes de saúde, médicos, enfermeiros e funcionários municipais administrativos como motoristas, auxiliares de serviços gerais.

Segundo análise do IBGE (2010) a população de São José do Jacuri é de 6.518 habitantes.

O distrito foi criado em 1852 e, em 1953, deu-se a emancipação, por meio de desmembramento do Município de Peçanha.

As principais atividades econômicas são: Pecuária de Corte, Produção de Leite e derivados, milho, feijão, cana de açúcar e outros. A evolução urbana e de serviços iniciou-se com a pavimentação, praças, bairros, serviços de saúde, transporte etc.

Quadro1: Total da população residente na zona urbana e zona rural. São José do Jacuri, Minas Gerais, 2012.

| Ano | Urbana | | Rural | | Total |
|------|--------|-------|--------|-------|-------|
| | Número | % | Número | % | Total |
| 2012 | 2175 | 33,36 | 4343 | 66,64 | 6518 |

Fonte: SARGSUS.

A Tabela 1 demonstra que a população residente na zona rural do município é ligeiramente superior à população da zona urbana.

Quadro 2: População residente em São José do Jacuri, Minas Gerais, por faixa etária e sexo,2012.

| Faixa etária | Masculino | % | Feminino | % | Total |
|--------------|-----------|------|----------|------|-------|
| 0 a 04 | 249 | 3,82 | 223 | 3,4 | 472 |
| 05 a 09 | 275 | 4,21 | 278 | 4,2 | 553 |
| 10 a 14 | 344 | 5,27 | 323 | 4,9 | 667 |
| 15 a 19 | 370 | 5,67 | 340 | 5,21 | 710 |
| 20 a 29 | 572 | 8,77 | 429 | 6,58 | 1.001 |
| 30 a 39 | 421 | 6,45 | 405 | 6,21 | 826 |
| 40 a 49 | 407 | 6,24 | 381 | 5,84 | 788 |

| | | | | | |
|----------|-------|------|-------|------|-------|
| 50 a 59 | 283 | 4,34 | 315 | 5,70 | 598 |
| 60 a 69 | 211 | 3,23 | 246 | 3,77 | 457 |
| 70 a 79 | 136 | 2,1 | 173 | 2,65 | 309 |
| 80 e + | 52 | 0,80 | 85 | 1,3 | 137 |
| Ignorada | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Total | 3.320 | | 3.198 | | 6.518 |

Fonte: SARGSUS, 2012

Na Tabela 2 está demonstrada a distribuição populacional por sexo e faixa etária. A população feminina apresenta-se menor que a masculina, especialmente a partir dos 10 anos de idade. A população de crianças e adolescentes representam cerca de 25,95% do total, os adultos 60,35% e os idosos 13,70%.

A base econômica do município está na agropecuária, no comércio e na indústria de transformação e beneficiamento de produtos agrícolas. Destaca-se a produção de leite e derivados, feijão, mandioca, milho, arroz, amendoim, batata-doce, café e cana-de-açúcar, entre outros.

O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) trata-se de um indicador composto por três variáveis referentes aos aspectos de saúde, educação e renda das populações.

Com valores entre 0 e 1 onde valores mais altos indicam melhores condições de vida. Segundo o Atlas de Desenvolvimento Humano (ONU/PNUD,2010) o IDH de São José do Jacuri alcançou o índice de 0,553. Em relação ao IDH dos últimos anos, os municípios mineiros tiveram um retrocesso na busca pelos melhores indicadores perdendo posição para Goiás em relação ao relatório de 2010 e ocupa agora o 9º lugar, com uma média de 0,731 no IDHM. Apesar da queda na média, Minas Gerais está à frente da média nacional, que registrou 0,727.

Dados do DATASUS (2015) informam que o número de famílias no município que recebiam o benefício do Bolsa Família era na ordem de 739.

A taxa de analfabetismo alcança 26,6% da população. Taxa que vem diminuindo continuamente, principalmente entre as crianças e adolescentes de 15 a 18 anos.

Apesar dos programas do governo que incentivam a participação ativa nas escolas, ainda existem casos de evasão escolar por motivos diversos, com destaque para as crianças e adolescentes que moram na zona rural e adolescentes que precisam trabalhar.

No que tange ao saneamento básico domiciliar, 33,98% das residências estão ligadas a rede de água, 41,61% estão conectados à rede de esgoto e 58,38% ainda possuem o sistema de fossa.

O município não realiza coleta seletiva de lixo. A coleta regular atende 32,68% dos domicílios; 55,30% são queimados ou enterrados e 12,01% céu aberto.

Quadro 3: Estrutura Sanitária do município de São José do Jacuri, Minas Gerais, 2015.

| Abastecimento de água. | Ano 1991 | Ano 2015 |
|--------------------------------|----------|----------|
| Rede geral | 25,0 | 33,98 |
| Poçoounascente (napropriedade) | 70,8 | 63,8 |
| Outra forma | 4,1 | 2,22 |

Fonte: IBGE, 2010.

Com relação à saúde, a gestão do município de São José do Jacuri, objetiva alcançar uma cobertura de 100% da população pela Estratégia Saúde da Família. Para isso se faz necessária a implantação de uma nova equipe acrescentando às duas equipes já existentes

A Secretaria de Saúde pretende dar prioridade as ações da atenção básica, buscar a melhoria das ações referentes aos subprogramas de saúde tais como hipertensão, diabetes, tuberculose, hanseníase e demais doenças crônicas degenerativas mantendo cadastro e acompanhamento dos usuários por meio da Estratégia Saúde da Família.

Entre os objetivos do programa ESF tem-se a busca em melhoriasna qualidade da atenção básica em saúde, priorizando um aumento na resolutividade do trabalho com vistas a melhorar as condições de saúde do indivíduo.

Pretende-se ainda direcioná-los a níveis de complexidade quando indicado, promover uma integração da equipe multidisciplinar com a comunidade e melhorar os indicadores epidemiológicos da área de abrangência.

As ações preventivas de saúde bucal continuam sendo alvo prioritário, com destaque para a educação em saúde, escovação e aquisição de hábitos de higiene, envolvendo principalmente crianças de 0 a 14 anos.

Com relação ao Serviço de Apoio Diagnóstico o município pretende investir na aquisição de novos equipamentos principalmente os necessários para resolução da média complexidade e contratar serviços privados nas demandas de alta complexidade.

1.2 Unidade Básica de Saúde Flavia Alexandra De Oliveira Costa

A referida UBS (CNES 7375921) localiza-se na Rua E, 25, bairro Novo Progresso. A UBS recebeu este nome em homenagem a Flavia Alexandra, que dedicou parte importante da sua vida a cuidar da população carente de São José do Jacuri.

A unidade é de fácil acesso com espaço amplo e adequado ao atendimento da população. Foi construída em um Bairro novo do Município que ainda está em desenvolvimento.

A UBS possui 02 consultórios para atendimento médico, 01 para enfermagem ou psicologia, 01 sala para pre-consulta, 01 sala para curativos, 01 auditório, 01 sala para reuniões, 05 banheiros, 01 expurgo, 01 sala para armazenamento do lixo até o descarte adequado, 01 copa, 01 Central de Material Esterilizado (CME), 01 lavanderia, 01 depósito para material de limpeza (DML), 01 depósito de medicamento, 01 sala para escovação, 01 consultório para atendimento odontológico, 01 recepção e 02 áreas onde os usuários podem aguardar atendimento.

Atualmente a unidade funciona como Unidade Básica de Saúde tradicional e como Estratégia Saúde da Família (ESF) com horário de funcionamento de 07h00min às 17h, não fechando para horário de almoço.

A equipe multiprofissional é composta por uma recepcionista, duas zeladoras, quatro técnicos de enfermagem, duas enfermeiras, um médico (07h às 12h e 13h às 17h –

de segunda a quinta-feira, as visitas domiciliares se fazem as quintas-feiras, dois dentistas (revezam entre manhã e tarde: 08h às 11h e 12h às 15h), dois auxiliares de consultório dentário, um psicólogo (atendimento de 09h às 11h, atendo toda sexta-feira), e os dezoitos agentes comunitários de saúde, que atendem em média 362 famílias (6518 habitantes).

Quadro4: Composição da equipe da Unidade Básica de Saúde Flávia Alessandra Oliveira Costa. São José do Jacuri, Minas Gerais, 2016.

| Profissionais | Quantidades |
|----------------------------------|-------------|
| Médico. | 03 |
| Enfermeiro (a). | 02 |
| Técnico de enfermagem. | 10 |
| Auxiliar de consultóriodontário. | 02 |
| Dentista. | 02 |
| Agentes comunitários de saúde. | 18 |
| Psicólogo. | 01 |
| Total. | 38 |

Fonte: Registros daUnidade Básica de Saúde Flávia Alessandra Oliveira Costa. São José do Jacuri, Minas Gerais, 2016

1.3Apresentação do problema

O trabalho no município ocorre desde março de 2014,quando houve a primeira intervenção médica dentro do Programa Mais Médicos para o Brasil. Após o levantamento de dados e informações do município foi elaborado um diagnóstico situacional da área de abrangência e,um Plano de Ação para intervenção na realidade encontrada visando modificá-la.

A equipe se reuniu para discussão e análise conjunta dos mesmos.A partir de então, se buscou compreender melhor esses problemas, bem como propor medidas de enfrentamento dos mesmos.

Os problemas foram classificados conforme as prioridades identificadas pela equipe e os membros propuseram explicações e identificações dos nós críticos do problema eleito como prioritário como forma de subsidiar o planejamento e a adoção de medidas que visem o enfrentamento de tais problemas.

Quadro 5: Problemas identificados após levantamento de dados e informações em São Jose do Jacuri, Minas Gerais, 2015.

| Problema | Identificação |
|-----------------|---|
| 1. | Necessidade de criação de nova equipe de saúde da família |
| 2. | Ausencia de atividades de educação em saúde visando a prevenção e controle da HAS |
| 3. | Falta de comunicação entre a UBS e os demais níveis de assistencia (referencia e contra referencia) |

A equipe nomeou o problema de número 2 como prioritário, tendo em vista que os demais vão além da governabilidade da mesma sendo necessário o interesse e ação da esfera política (gestão municipal).

Com relação ao problema 1 a equipe tem informado aos gestores sobre as dificuldades enfrentadas com o excesso de contingente populacional adstrito à UBS.

Com relação ao problema 3, nos últimos meses a Secretaria Municipal de Saúde criou um colegiado de coordenação assistencial e instituiu um formulário de referência e contra referência visando melhor articulação entre a atenção básica e os demais serviços prestados inseridos na rede municipal de atenção à saúde.

Sendo assim o presente projeto e as intervenções que visam promover partem da seguinte problemática: Como a UBS Flavia Alexandra De Oliveira Costapode intervir para melhorar a educação em saúde da população para a prevenção e controle da doença de Hipertensão Arterial Sistêmica verificado em sua área de abrangência?

2 JUSTIFICATIVA

A realização deste trabalho se justifica após a constatação que a principal causa de consulta na UBS é a HAS. Em seis meses, dentre as 2.106 consultas realizadas, 18,56% (391) se referia a pacientes hipertensos e suas complicações conforme apurado em análise das planilhas de atendimento da UBS Flávia Alessandra.

A população de São José do Jacuri/MG apresenta baixo conhecimento sobre os riscos e causas da HAS, revelando-se a necessidade de uma política de intervenção, na modalidade preventiva, para controle das causas primárias de desenvolvimento da doença.

O baixo conhecimento sobre os riscos e fatores que contribuem para o aumento dos casos de HAS e/ou complicações foi observado durante o atendimento pessoal e individualizado, uma vez que indagados, os pacientes declararam desconhecer os fatores e riscos.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Melhorar o conhecimento da população localizada na área de abrangência da Unidade Básica de Saúde Flavia Alessandra Oliveira Costa, São José do Jacuri, Minas Gerais, sobre a prevenção e controle da Hipertensão Arterial Sistêmica.

3.2 Objetivos específicos

Capacitar a equipe multiprofissional para desenvolver atividades assistenciais e de educação em saúde destinadas ao público alvo.

Proporcionar conhecimento através de atividades de promoção a saúde e prevenção de agravos as famílias e comunidades sobre controle de fatores de riscos de HAS.

Promover a formação de grupos operativos de hipertensos em as diferentes comunidades como estratégia para favorecer a adesão ao tratamento com controle e prevenção de complicações.

4 METODOLOGIA

De início foi traçado o método de estimativa rápida e realizado o Planejamento Estratégico Situacional – PES para a priorização do problema e a seleção dos nós críticos, conforme Campos, Faria, Santos (2010) e uma revisão de literatura sobre o tema em questão. Para o levantamento da pesquisa foram utilizadas bases de dados da SciELO e LILACS e utilizados descritores de ciências da saúde como: hipertensão arterial, estratégia saúde da família, educação em saúde.

A metodologia que será aplicada ao presente trabalho será inicialmente a capacitação de toda a equipe de saúde por meio de palestras e reuniões buscando a troca de conhecimento sobre a doença HAS.

Após, por meio de pesquisa ao acervo da UBS Flávia Alessandra Oliveira Costa, a apuração do quantitativo de pacientes acometidos de HAS.

Uma vez mensurado o público alvo, buscar-se-á desenvolver um planejamento estratégico e situacional para definir os principais métodos para a propagação das informações que sustentará a abordagem de prevenção e conscientização da população. Importante será a divulgação das informações, após um trabalho de revisão/atualização, com o grupo de profissionais da UBS e, a partir destes, o compartilhamento com o público alvo.

Entre os métodos propostos, a realização de palestras mensais nos grupos e entidades em que o público alvo encontra-se participante e a difusão dos conhecimentos por meio dos Agentes Comunitários de Saúde no momento das visitas domiciliares.

5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

A hipertensão arterial sistêmica é uma doença de alta incidência dentro dos quadros etários da população brasileira. A doença desenvolve-se durante qualquer das faixas etárias, contudo tem uma porcentagem maior entre os indivíduos com mais de 60 anos de idade (ÁVILA, 2010).

Apesar dos gráficos apontarem para uma predominância entre os mais velhos, cotidianamente percebe-se a constatação de jovens com idade de 25 a 40 anos com sintomas do acometimento da doença supracitada (ÁVILA, 2010)

O Ministério da Saúde, no Caderno de Atenção Básica nº15, versa sobre o assunto:

“um dos mais importantes fatores de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais, sendo responsável por pelo menos 40% das mortes por acidente vascular cerebral, por 25% das mortes por doença arterial coronariana e, em combinação com o diabetes, 50% dos casos de insuficiência renal terminal”.(MINISTÉRIO DA SAÚDE,2014,pág.09).

Popularmente a hipertensão arterial sistêmica é conhecida como pressão alta, trata-se, pois de uma referência ao aumento da pressão arterial associada a alterações no metabolismo do organismo, nos hormônios e nas musculaturas cardíaca e vascular (S.B.C., 2006).

Segundo a definição presente nas Diretrizes de Hipertensão VI:

"uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial (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"(VI DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO,2010,PÁG.23)

Pedrosa (2010) define no seu artigo “Diagnóstico e Classificação da Hipertensão Arterial Sistêmica” conceito abordado:

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) pode ser conceituada como uma doença crônico-degenerativa de natureza multifatorial, na grande maioria dos casos assintomática, que compromete fundamentalmente o equilíbrio dos sistemas vasodilatadores e vasoconstritores que mantêm o tônus vasomotor, o que leva a uma redução da luz dos vasos e danos aos órgãos por eles irrigados. Na prática, a HAS é caracterizada pelo aumento dos níveis pressóricos acima do que é recomendado para uma determinada faixa etária.(PEDROSA,2010, pág.2)

A hipertensão arterial sistêmica apresenta-se como um dos principais fundamentos de aposentadoria precoce e de absenteísmo no trabalho. Entre os fatores que contribuem para a incidência da doença temos as mais diversas naturezas como genéticas, ambientais e vasculares. Entre estas, podemos apontar a obesidade causada pela má alimentação, ausência de prática de atividades físicas, stress e o uso de medicamentos e substâncias inadequadas que alteram a regularidade da pressão arterial (S. B. C., 2006).

Nota-se que as pessoas com histórico genético familiar apresentam maior predisposição ao desenvolvimento da hipertensão arterial sistêmica, além disso, têm-se outros fatores como: elevada ingestão de sal, baixa ingestão de potássio, alta ingestão calórica, excessivo consumo de álcool e tabaco (S.B. C., 2010)

As principais sugestões para o combate da hipertensão arterial sistêmica são: a prática de exercícios físicos (uma simples caminhada de 20 minutos, três a cinco vezes por semana;) evitar alimentos muito gordurosos, frituras, doces e muito salgados; evitar ingerir bebidas alcoólicas, o abandono do consumo do tabaco (fumo), evitar o estresse, ele pode dificultar o controle da pressão (S.B.C. 2010).

Nota-se que as sugestões apresentadas estão diretamente ligadas à mudança de hábito do paciente e preventivamente devem ser incorporadas ao cotidiano da população, a fim de garantir às futuras gerações melhores indicadores na saúde brasileira (S. B. C., 2010).

A população adstrita à UBS demonstra pouca preocupação com a necessidade de mudança de hábito. Há diversos projetos de conscientização da população sobre os fatores que contribuem para o aumento dos riscos de se desenvolver a hipertensão arterial sistêmica. Como proposta tem-se que os profissionais que atuam junto às famílias carentes estão diretamente relacionados com seu modo de vida, devendo apresentar sugestões à prevenção da hipertensão arterial sistêmica (ÁVILA, 2010).

A intervenção preventiva de identificação e controle da hipertensão busca a redução das suas complicações, tais como: doença cerebrovascular, doença arterial coronariana, insuficiência cardíaca, doença renal crônica, doença arterial periférica (FERREIRA *et al*, 2009)

A Hipertensão Arterial Sistêmica é definida como pressão arterial sistólica maior ou igual a 140 mmHg e uma pressão diastólica maior ou igual a 90 mmHg, em indivíduos que não estão fazendo uso de medicação anti-hipertensiva (S.B.C., 2006).

A pressão arterial limítrofe é aquela com valores sistólicos entre 130-139mm Hg e diastólicos entre 85-89mm Hg, enquanto a pressão arterial normal sistólica <130mm Hg e diastólica <85mm Hg. Já para a pressão arterial classificada como ótima, a pressão arterial sistólica deve estar <120mmHg e diastólica <80mmHg (S.B.C., 2006).

Na Região das Américas, a mortalidade relacionada com a Hipertensão está entre as 10 principais causas de morte em homens e mulheres (OMS, 2010).

No Brasil, a hipertensão afeta mais de 30 milhões de brasileiros (36% dos homens adultos e 30% das mulheres) e é o mais importante fator de risco para o desenvolvimento das doenças cardiovasculares (DCV), com destaque para o AVC e o infarto do miocárdio, as duas maiores causas isoladas de mortes no país. (MALACHIAS,2011).

A Hipertensão é chamada de assassina silenciosa, pois muitos pacientes não apresentam sintomas da doença, tornando-se difícil estabelecer um diagnóstico, sendo que, muitas vezes, o diagnóstico ocorre pela complicação devido à associação com outras doenças (S.B.C., 2006).

A obesidade e o excesso de peso são fatores de risco para hipertensão, estima-se que 60% dos pacientes hipertensos têm mais de 20% de sobrepeso(S.B.C., 2006).

O sobrepeso é causado, geralmente, pela má alimentação e a compulsão alimentar tratando-se de um dos fatores de riscos e revelando-se uma preocupação excedente para as doenças cardíacas e quando agrega-se a hipertensão arterial em uma “bomba relógio” para o paciente (FERREIRA, 2009).

Os quatro grupos de doenças crônicas de maior impacto mundial (doenças do aparelho circulatório, diabetes, câncer e doenças respiratórias crônicas) têm quatro

fatores de risco em comum (tabagismo, inatividade física, alimentação não saudável e álcool (MALTA; MORAIS NETO; SILVA JUNIOR, 2011)

O tabagismo é considerado um dos maiores fatores de risco para as doenças cardiovasculares (DCV) e a maior causa de doença coronariana, tanto em homens quanto em mulheres, assim como já está bem estabelecida a sua correlação com a doença cerebrovascular. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, PÁG.56, 2014)

O Ministério da Saúde Brasileira, no estudo do assunto, expôs sobre o assunto: “O tabagismo também aumenta o risco de complicações cardiovasculares secundárias em hipertensos e aumenta a progressão da insuficiência renal”. Além disso, a cessação do tabagismo pode diminuir rapidamente o risco de doença coronariana entre 35% e 40% (M.S.,2014).

O consumo de álcool excessivamente pode ser um fator que dificulte o controle da hipertensão arterial sistêmica, reduz discretamente a pressão arterial em 3,3mmHg (IC95%:2,5-4,1mmHg) para pressão sistólica e 2,0 mmHg (IC95%: 1,5-2,6 mmHg) para diastólica (FUCHS, 2004).

As intervenções sobre a população que não apresenta doenças, mas com fatores de risco para adoecer, precisam ser dirigidas a dar suporte e apoio às mudanças de estilo de vida e das “escolhas” determinadas socialmente (M.S.,2014).

Entre os aspectos associados estão, principalmente, os hábitos e as atitudes que contribuem para o aumento do sobrepeso corporal, especialmente associado ao aumento da obesidade visceral, alto consumo energético e excesso ou deficiência de nutrientes associados ao padrão alimentar baseado em alimentos industrializados (M. S.,2014).

A alimentação está relacionada diretamente a alguns fatores que interferem na prevenção e/ou controle das doenças crônicas e seus agravos. São eles: excesso de peso, dislipidemia, mau controle glicêmico e padrão alimentar com consumo excessivo de gordura saturada e pouca ingestão de frutas e vegetais (M.S.,2014).

A orientação alimentar é uma ferramenta útil tanto para a promoção de hábitos alimentares saudáveis quanto para a manutenção do peso desejável e um padrão alimentar adequado. As orientações precisam ser pautadas na incorporação de uma alimentação saudável, culturalmente aceitável e dentro das possibilidades

financeiras dos indivíduos e seus hábitos culturais, além do resgate e reforço de práticas desejáveis (M.S.,2014).

“Os níveis de sedentarismo vêm crescendo em muitos países, trazendo um impacto na prevalência de doenças e agravos não transmissíveis e no estado geral de saúde da população mundial”(M.S.,2014).

Segundo “a Organização Mundial de Saúde em seu Caderno de Estratégias para o cuidado com pessoas com doenças crônicas:” os indivíduos que tem baixos níveis de atividade física possuem de 20% a 30% maior risco de morte por qualquer causa.”(M.S., 2014).

E ainda afirma “que os inativos ou sedentários tem, ainda, risco 30% a 50% maior de desenvolver Hipertensão Arterial Sistêmica.”(M.S., 2014).

Com isso, a adoção de um estilo de vida ativo, com hábitos mais saudáveis, é considerada prevenção primária para as doenças crônicas e contribui para o controle de diversas doenças (OLIVEIRA, 2013).

6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

Conforme informado anteriormente para a elaboração deste trabalho foi seguido os passos do Planejamento Estratégico Situacional, que serão descritos na sequência.

1. Identificação dos problemas

Como primeira etapa para elaboração deste projeto de intervenção foi preparada uma lista de problemas identificados no processo de trabalho da UBS Flávia Alessandra Oliveira Costa.

A composição da lista de problemas foi feita a partir da observação ativa do autor em sua prática como médico da Estratégia de Saúde da Família, da discussão com gestores locais, profissionais da unidade de saúde e usuários.

Assim, foram identificados os seguintes problemas:

Quadro 6 – Lista de problemas identificados na UBS Flávia Alessandra Oliveira Costa

| LISTA DE PROBLEMAS – |
|---|
| Baixo orçamento para financiamento das ações em saúde |
| Poucas ações de promoção de saúde em andamento no município |
| Rede intermunicipal de serviços de saúde fragmentada |
| Disponibilidade insuficiente de exames e procedimentos como cirurgias e consultas com especialistas |
| Grande demanda por consultas médicas |
| Alta rotatividade de profissionais médicos no município |
| Alto índice de desemprego |
| Alto índice de analfabetismo no município, principalmente entre os idosos |
| Saneamento básico insuficiente, principalmente na zona rural |
| Consumo de drogas, associada à violência crescente no município |
| Pacientes com alta demanda por consultas |
| Falta de conhecimento das famílias sobre controle de fatores de riscos para a hipertensão arterial sistêmica, tais como, sedentarismo, hábitos alimentares, tabagismo e alcoolismo. |
| Falta de serviços complementares no município, como atendimento psicológico, nutricional |
| Necessidade de capacitação da equipe profissional de saúde para promover atividades assistenciais e de educação em saúde destinadas ao público-alvo. |
| Oferta insuficiente de medicações na Farmácia Básica da Unidade |
| Alta demanda por consultas no período da manhã |

| |
|---|
| Ausência de grupos operativos de hipertensos nas diferentes comunidades como estratégia para favorecer a adesão ao tratamento (controle e prevenção de complicações). |
| Dificuldade de comunicação com os médicos estrangeiros |
| Dificuldade no armazenamento de dados dos pacientes |
| Agentes de Saúde pouco atuantes |

Fonte:UBS Flávia Alessandra Oliveira Costa (MG)

2. Priorização dos Problemas

Após uma análise criteriosa da lista de problemas identificados, e listados acima, procedeu-se a escolha do problema a ser trabalhado.

O método de eleição do problema envolveu os seguintes aspectos:

- “Urgência”
- “Motivação”
- “Resolutividade”

A prioridade foi para o problema identificado como: “Falta de conhecimento das famílias sobre controle de fatores de riscos para a hipertensão arterial sistêmica, tais como, sedentarismo, hábitos alimentares, tabagismo e alcoolismo.”

3. Descrição do Problema

Percebemos que a população de São José do Jacuri encontra-se com baixo índice de informação no que tange as medidas para prevenção da incidência da pressão arterial sistêmica. O analfabetismo funcional se mostra latente e o combate preventivo aos fatores de risco que aumentam a incidência da HAS se mostra um desafio de alta relevância.

Dessa forma, elaborou-se uma proposta de intervenção voltada à educação da população do município, a partir da observação da realidade da Unidade de Saúde da Família do Município de São José do Jacuri e da discussão com gestores, profissionais, e usuários dos serviços de saúde ofertados.

4. Explicação do Problema

Para melhor entender o problema identificado foi necessário fazer a descrição deste problema.

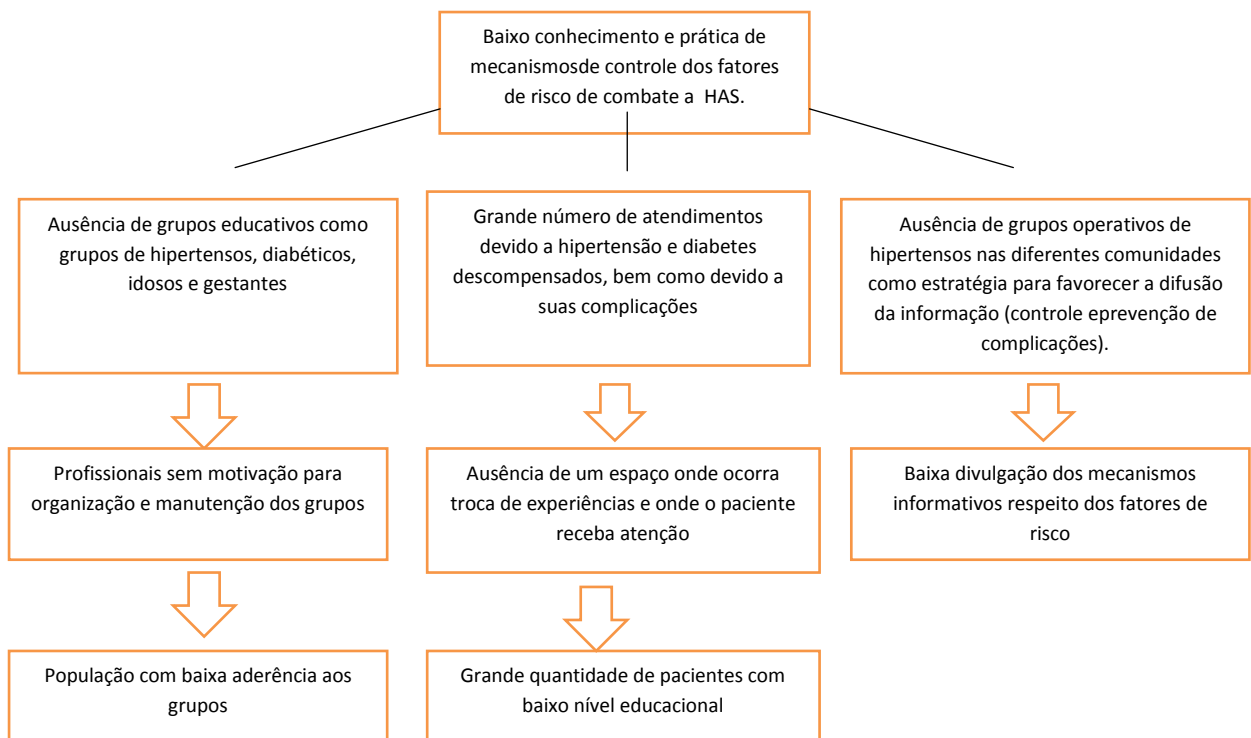
Foram identificadas as seguintes causas para o problema:

- Poucas ações de promoção de saúde em andamento no município
- Necessidade de capacitação da equipe profissional de saúde para promover atividades assistenciais e de educação em saúde destinadas ao público-alvo.
- Ausência de grupos operativos de hipertensos nas diferentes comunidades como estratégia para favorecer a adesão ao tratamento (controle e prevenção de complicações).

5. Identificação dos “nós críticos”

Após a descrição do problema foi construída a árvore explicativa do evento escolhido.

Figura 1 - Árvore Explicativa do problema escolhido pela UBS Flávia Alessandra Oliveira Costa (MG)



Após análise criteriosa das causas do problema, explicitadas na árvore explicativa, foi possível diagnosticar três nós críticos:

- “Necessidade de capacitação da equipe profissional de saúde para promover atividades assistenciais e de educação em saúde destinadas ao público-alvo”
- Falta de conhecimento das famílias sobre controle de fatores de riscos para a hipertensão arterial sistêmica, tais como, sedentarismo, hábitos alimentares, tabagismo e alcoolismo.
- Ausência de grupos operativos de hipertensos nas diferentes comunidades como estratégia para favorecer a adesão ao tratamento (controle e prevenção de complicações).

Essas causas ou nós críticos serão os pontos de enfrentamento do problema e sobre elas serão elaboradas as propostas de ação.

6. Desenho das Operações

A elaboração do Plano de intervenção foi construída com base em um trabalho participativo, ou seja, discussão com a equipe de saúde, e será apresentado a seguir.

Quadro 7 – Plano de ação a ser implementado na UBS Flávia Alessandra Oliveira Costa (MG)

| Plano de Ação | | | | |
|--|--|---|--|---|
| Nó Crítico | Operação/Projeto | Resultados esperados | Produtos | Recursos necessários |
| Necessidade de capacitação da equipe profissional de saúde para promover atividades assistenciais e de educação em saúde destinadas ao público-alvo. | Realização de reuniões com equipe de Saúde para promover o compartilhamento de conhecimento entre os profissionais e proposta de estudo de estratégias preventivas de Educação em Saúde. | Equipe profissional de saúde da família mais capacitada e motivada para educação em saúde preventiva dos fatores de risco no combate a HAS. | Equipe profissional de saúde da família mais capacitada e motivada para educação em saúde. | Profissionais da equipe de Saúde Panfletos e cartazes, Material didático de estudo do tema. |
| Falta de conhecimento das famílias | Promoção de atividades de estímulo á | Melhorar a participação da população nos | População engajada e consciente da | Profissionais da equipe de Saúde |

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| <p>sobre controle de fatores de riscos para a hipertensão arterial sistêmica, tais como, sedentarismo, hábitos alimentares, tabagismo e alcoolismo.</p> | <p>população para modificação dos estilos de vida para controlar os fatores de riscos de HAS, com a adoção de hábitos saudáveis.</p> | <p>grupos de atividades de combate aos fatores de risco</p> <p>Aumentar o conhecimento e a importância da prevenção aos fatores de risco da HAS.</p> <p>Melhor controle das doenças crônicas</p> | <p>importância da política preventiva no combate a HAS</p> | <p>Panfletos e cartazes</p> <p>Espaço na Rádio local</p> <p>Equipamentos médicos para medição de glicemia capilar e pressão arterial</p> <p>Espaço físico para realização de palestras</p> |
| <p>Ausência de grupos operativos de hipertensos nas diferentes comunidades como estratégia para favorecer a adesão ao tratamento (controle e prevenção de complicações).</p> | <p>Criação de grupos educativos destinados a promoção de palestras e atividades educativas para a população e em especial os pacientes de risco para HAS</p> | <p>Criação de um “espaço” de convivência e troca de experiências</p> <p>Redução do número de consultas de um mesmo paciente</p> | <p>Criação de grupos para realização de atividade física</p> <p>Criação de grupos de palestras públicas sobre HAS.</p> | <p>Sala de reuniões</p> <p>Presença da equipe de saúde</p> <p>Recursos audiovisuais</p> |

7. Identificação dos recursos críticos

Para operacionalizar o projeto foram descritos alguns recursos necessários ao seu desenvolvimento, conforme mostra o quadro 4.

Quadro 8– Recursos críticos para o enfrentamento do problema:

| Operação/projeto | Recursos críticos |
|---|---|
| Realização reuniões com equipe de Saúde para promover o compartilhamento de conhecimento entre os profissionais e proposta de estudo de estratégias preventivas de Educação em Saúde. | <p>Estrutural: Organizar a agenda para a capacitação da equipe dos profissionais de saúde.</p> <p>Cognitivo: Aumentar o conhecimento sobre prevenção e controle de Hipertensão Arterial Sistêmica.</p> <p>Financeiro – Aquisição de equipamentos médicos necessários</p> <p>Organizacional – Profissionais responsáveis e preparados para a realização dos exames</p> |
| Promoção de atividades de estímulo á população para modificação dos estilos de vida para controlar os fatores de riscos de HAS, com a adoção de hábitos saudáveis. | <p>Cognitivo: Informação sobre estratégias de saúde.</p> <p>Financeiro: Recursos audiovisuais, folhetos educativos.</p> <p>Político: Mobilização social com a rede de saúde.</p> |
| Criação de grupos educativos destinados a promoção de palestras e atividades educativas para a população e em especial os pacientes de risco para HAS. | <p>Estrutural: Organizar a agenda para saber mais sobre a prevenção e controle de HAS.</p> <p>Cognitivo: Informação sobre estratégias de saúde.</p> <p>Financeiro: Recursos audiovisuais, folhetos educativos.</p> <p>Políticas: Mobilização social com a rede de saúde</p> |

9 Análise de viabilidade

Quadro 9– Análise de viabilidade para as operações propostas

| Operação/Projeto | Controle dos Recursos Críticos | | Ações Estratégicas |
|--|---|-----------|--|
| | Ator que controla | Motivação | |
| Realização de reuniões com equipe de Saúde para promover o compartilhamento de conhecimento entre os profissionais e proposta de estudo de estratégias preventivas de Educação em Saúde. | Equipe da Estratégia Saúde na Família. | Favorável | <p>Promover grupos de estudos e palestras sobre o tema proposto viabilizando a troca de saberes e resultados práticos de cada profissional;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Realização de reuniões mensalmente com a equipe de saúde para avaliar o trabalho realizado; |
| Realização de reuniões com equipe de Saúde para promover o compartilhamento de conhecimento entre os profissionais e proposta de estudo de estratégias preventivas de Educação em Saúde. | Secretário de Relações Públicas Municipais. | | <p>Os profissionais da Unidade de Saúde serão submetidos a curso de atualização composto de palestras e vídeos devidamente organizado por especialistas.</p> <p>Após, estes profissionais realizarão um ciclo de palestras e outras atividades educativas com os pacientes e familiares semanalmente, para aumentar o conhecimento dos pacientes sobre a doença;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Serão estimuladas |

| | | | |
|--|--------------------------------|-----------|---|
| | | | <p>mudanças do modo e estilos de vida elevando o nível de conhecimento e responsabilidade dos pacientes com sua saúde;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Promoção de ações de alimentação saudável. • Desenvolver palestras nas escolas, locais de trabalhos, igrejas; • Realizar oficinas na comunidade para organizar as formas mais favoráveis para o sucesso das atividades propostas; • Estimular os grupos que promovem a prática de atividades físicas; • Distribuir à população revistas, folhetos, panfletos informativos e tabelas com informações sobre hipertensão arterial; • Divulgação de informações na radio comunitária. |
| Promoção de atividades de estímulo à população para modificação dos estilos de vida para controlar os fatores de | Secretário Municipal de saúde. | Favorável | Formação de grupos operativos de hipertensos para ensinar temas |

| | | | |
|--|--|--|--|
| <p>riscos de HAS, com a adoção de hábitos saudáveis.</p> | | | <p>referentes a prevenção e controle da HAS;</p> <ul style="list-style-type: none">• Agendar reunião com os grupos operativos para apresentação dos participantes e definição dos temas de interesse para as atividades de educação em saúde. A duração, os melhores horários, a metodologia a ser utilizada nas sessões de educação em saúde serão explicados ao grupo;• Realizar uma entrevista com os pacientes para identificar os diferentes fatores de risco e o grau de conhecimento que estes possuem sobre a doença;• Realizar aferição de pressão em 100% dos pacientes maiores de 18 anos em busca ativa de casos novos;• Deverão ser realizadas visitas domiciliares aos casos estudados para avaliar fatores de risco; |
|--|--|--|--|

8. Elaboração do plano operativo

Em seguida, foram definidas as responsabilidades dos profissionais envolvidos no processo, como demonstrado abaixo:

Quadro 10 – Divisão de tarefas entre os profissionais envolvidos

| Nó Crítico | Operação/Projeto | Resultados esperados | Produtos | Responsável | Prazo |
|---|---|---|--|---|---|
| Necessidade de capacitação da equipe profissional de saúde para promover atividades assistenciais e de educação em saúde destinadas ao público-alvo. | Capacitação da equipe multiprofissional. | Motivação dos profissionais para implementação e manutenção de estratégias de Educação em Saúde | Grupo de interventores de saúde Grupo de orientação e informação preventiva | Equipe de saúde da família e comunidade. | Início: 03 meses Duração: Indefinida |
| Falta de conhecimento das famílias sobre controle de fatores de riscos para a hipertensão arterial sistêmica, tais como, sedentarismo, hábitos alimentares, tabagismo e alcoolismo. | Estímulo a modificação dos estilos de vida para controlar os fatores de riscos de HAS, com a adoção de hábitos saudáveis. | Melhorar a participação da população nos grupos Prover os participantes de conhecimentos importantes para suas condições Melhor controle das doenças crônicas | Grupo educativos de Hipertensos e Diabéticos | Médico Equipe de saúde da família e comunidade. | Início: 03 meses Duração: Indefinida |
| Ausência de grupos operativos de hipertensos nas diferentes comunidades como estratégia para favorecer a adesão ao tratamento (controle e prevenção de complicações). | Criação de grupos educativos destinados a pacientes de risco para HAS | Maior controle da HAS sobre a doença e redução de mortes por doenças cardiovasculares. | Formação de Grupo local de prevenção. | Equipe de saúde da família e comunidade. Médico Agentes sociais | Início: 03 meses Duração: Indefinida |

9. Gestão do plano

Como proposta para a gestão dos produtos a equipe evidenciou a necessidade de integração entre os componentes das áreas de saúde da unidade Básica de Saúde local, permitindo a criação de grupos de promoção de informação, viabilizando melhor controle dos pacientes acometidos por hipertensão arterial sistêmica.

Quadro 11 :Gestão do plano de intervenção

| GESTÃO DE OPERAÇÃO | | | | | |
|--|---|---------|----------------|--|---|
| Produtos | Responsável | Prazo | Situação atual | Justificativa | Novo prazo |
| Grupo de interventores de saúde | Equipe de saúde da família e comunidade. Médico Agentes sociais | 3 meses | Em andamento | Necessidade de criação imediata das políticas de intervenção no âmbito municipal. | Possibilidade de extensão por período de 03 meses |
| Grupo educativos de Hipertensos e Diabéticos | Equipe de saúde da família e comunidade. Médico Agentes sociais | 3 meses | Em andamento | Necessidade de preventivamente controlar os pacientes que possuem HAS de maneira mais eficaz. | Possibilidade de extensão por período de 03 meses |
| Formação de Grupo local de prevenção | Equipe de saúde da família e comunidade. Médico Agentes sociais | 3 meses | Em andamento | Estabelecer a difusão do conhecimento geral sobre os fatores de controle e risco da HAS em toda a comunidade | Possibilidade de extensão por período de 03 meses |

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante do trabalho realizado na área de atuação da Estratégia Saúde da Família, município de São do Jacuri MG, mostrou-se relevante a exposição dos fatores que aumentam a incidência da hipertensão arterial sistêmica.

Neste processo, apurou-se a necessidade de intervenção pedagógica junto à população a fim de melhorar os índices de promoção à saúde e reduzir o número de pacientes acometidos pela doença supracitada.

O município ainda não implantou políticas públicas de intervenção preventiva e de publicidade das informações sobre os fatores de risco e as melhores formas para combater a doença. Ficou clara a necessidade de educação continuada voltada aos profissionais da área de saúde, sobretudo os profissionais da atenção primária, a fim de garantir a difusão do conhecimento e usar este para combater a hipertensão arterial e seus malefícios.

A composição de elementos interventivos no plano pedagógico é fundamental para melhorar a prevenção e controle da hipertensão arterial sistêmica em nosso município.

Entre as ações, sugere-se a criação de grupos operativos para trabalhar a promoção à saúde, fortalecendo a prevenção da doença, verificando e conscientizando sobre a importância do tratamento, acompanhamentos médicos periódicos e hábitos saudáveis.

Assim, pode-se em longo prazo, diminuir as complicações e consequências diretas e indiretas causadas pela hipertensão arterial sistêmica auxiliando a população a adequação a padrões de vida mais saudáveis.

Ressalte-se, que além do apoio dos profissionais de saúde, necessário o envolvimento da população nos programas e oficinas que se relacionam a problemática apresentada, visto que sem a adesão dos indivíduos não há difusão de conhecimento.

Com a difusão do conhecimento e a ampliação de equipes para o melhor atendimento da atenção primária, buscar-se-á uma melhor qualidade de vida da população, além de minimizar o aparecimento de outras doenças correlacionadas garantindo, assim, uma sociedade com boa qualidade de vida.

REFERENCIAS

ÁVILA, A. et al. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão, Conceituação, Epidemiologia e Prevenção Primária. **Rev Bras de Hipertensão**. Rio de Janeiro, v.17, n.1, p.7-10, 2010.

IBGE: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Cidades** Disponível em: <<http://www.cidades.ibge.gov.br>. Acesso em 03 Março de 2015.

BRASIL. Ministério da saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Hipertensão Arterial Sistêmica. Brasília: Ministério da Saúde. **Cadernos de Atenção Básica** n.15, 2006.

CAMPOS, F. C. C.; FARIA, H. P.; SANTOS, M. A. Síntese do diagnóstico situacional da equipe verde da comunidade de Vila Formosa, Município de Curupira. In: CAMPOS, Francisco Carlos Cardoso de; FARIA, Horácio Pereira de; SANTOS, Max André dos. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. 2 ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010. 118p.

COSTA, M.F.F.L.; et al. Comportamento em saúde entre idosos hipertensos. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v.43 supl.2 , abr.2010.

DATASUS 2015. **Informações de Saúde. Demográficos e Socioeconomicos**. Disponível em: www.datasus.gov.br Acesso em 01 de março de 2016.

FUCHS F.D., Hipertensão arterial sistêmica. In: DUNCAN B.B., SCHMIDT M.I., GIUGLIANI A.R.J., et al. **Medicina ambulatorial**: condutas de atenção primária baseadas em evidências. Porto Alegre: Artmed; 2004. p.641-656.

FERREIRA, S.R.G., et al. Frequência de Hipertensão Arterial e Fatores de Risco Associados: Brasil 2006. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v.43 supl2, Nov.2009.

JARDIM,P.C.;VEIGA.,B. Hipertensão Arterial e Alguns Fatores de Risco em uma Capital Brasileira.**Rev da Soc. Bras. de Cardiol.** São Paulo, v.88 n.4, p.452-457. 2007.

MALACHIAS, M. V. B. "Eu sou 12 por 8",2010 a 2011. Disponível in:<http://departamentos.cardiol.br/dha/revista/17-1/03-palavra.pdf>. Acesso em 09 de Julho de 2016.

MALTA, D.C.; MORAIS NETO, O. L.; SILVA JUNIOR, J. B. Apresentação do plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil, 2011 a 2022. **Epidemiol. Serv. Saúde** [online]. 2011, v.20, n.4, pp.425-438. ISSN 1679-4974. <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742011000400002>. Disponível in http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742011000400002 Acesso em 24 de junho de 2016.

MS Ministério da Saúde. **Caderno de Atenção Básica: Estratégias para cuidado da pessoa com doença crônica**,2014. Disponível in:http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_pessoa_doenca_cronica_cab35.pdf. Acesso em 24 de Junho de 2016.

MS Ministério da Saúde. **Caderno de Atenção Básica: Hipertensão Arterial Sistêmica**, 2006 .Disponível in:http://dab.saude.gov.br/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcad15.pdf. Acesso em 09 de julho de 2016.

OLIVEIRA, T.L. *et al.* Eficácia da educação em saúde no tratamento não medicamentoso da hipertensão arterial. **Rev Acta Paulista de Enf**, v. 26, n.2, p. 179-84, 2013.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS/ONU. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento Humano. **Ranking do Índice de Desenvolvimento Humano/IDH das Cidades Brasileiras**, 2010. Disponível em<[http://www.pnud.org.br/atlas/ranking/IDHM%2091%2000%20Ranking%20decente%20\(pelos%20dados%20de%202000\).htm](http://www.pnud.org.br/atlas/ranking/IDHM%2091%2000%20Ranking%20decente%20(pelos%20dados%20de%202000).htm)>. Acesso em 21 Maio 2014.

OMS ORGANIZAÇÃO MUNDIAL de SAÚDE. Disponível em: <<http://new.paho.org>>. Acesso em: 10 abril de 2016.

PEDROSA, R.P.DRAGER,L.F.**Diagnóstico e Classificação da Hipertensão Arterial Sistêmica.** Disponível em: http://www.medicinanet.com.br/conteudos/revisoes/1430/diagnostico_e_classificacao_da_hipertensao_arterial_sistemica.htm. Acesso em: 8 de Junho de 2016.

REIS,D. C. A. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Soc Brasileira de Cardiologia**, v.95, n.1, p.1-51, julho 2010.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA: **V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial**, São Paulo, 2006. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/v_diretrizes_brasileira_hipertensao_arterial_2006. Acesso em 20 de Junho de 2016.