

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

DÉBORA LIMA SOUZA

**INTERVENÇÃO EDUCATIVA EM UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE:
trabalhando com pacientes hipertensos e familiares**

ESPINOSA / MINAS GERAIS

2016

DÉBORA LIMA SOUZA

**INTERVENÇÃO EDUCATIVA NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE:
trabalhando com pacientes hipertensos e familiares**

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: Profa. Dra. Anézia M. F. Madeira

ESPINOSA / MINAS GERAIS

2016

DÉBORA LIMA SOUZA

**INTERVENÇÃO EDUCATIVA NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE:
trabalhando com pacientes hipertensos e familiares.**

Banca examinadora

Profa. Dra. Anézia Moreira Faria Madeira - Orientador

Prof. Humberto Ferreira de Oliveira Quites - Examinador

Aprovado em Belo Horizonte 13/10/16

Dedicatória

...Dedico este trabalho aos meus pais,
meus familiares, meu esposo e meus amigos, minha orientadora,
que me apoiaram e apoiam em todas as etapas da minha vida...

AGRADECIMENTOS

A Deus por ter me dado saúde e força para superar as dificuldades.

A Universidade Federal de Minas Gerais, seu corpo docente, direção e administração que oportunizaram a janela que hoje vislumbro um horizonte superior, eivado pela acendrada confiança no mérito e ética, aqui presentes.

A minha orientadora Profa. Anézia Moreira Faria Madeira, pelo suporte no pouco tempo que lhe coube, pelas suas correções e incentivos, que teve paciência e que me ajudou bastante a concluir este trabalho.

Ao meu esposo Diego Lugo Duarte, que de forma especial e carinhosa me deu força e coragem, me apoiando nos momentos de dificuldades.

Aos meus pais, pelo amor, incentivo e apoio incondicional.

E a todos que direta ou indiretamente fizeram parte da minha formação, o meu muito obrigado.

“Se um dia tiver que escolher entre o mundo e o amor...lembre-se: Se escolher o mundo ficará sem o amor, mas se escolher o amor com ele você conquistará o mundo”

Albert Einstein

RESUMO

Hipertensão arterial, entidade clínica multifatorial, é conceituada como síndrome caracterizada pela presença de níveis tensionais elevados, associados a alterações metabólicas e hormonais e a fenômenos tróficos (hipertrofias cardíaca e vascular). Portanto, trata-se de plano de ação por meio de uma ação educativa que tem como objetivo melhorar o controle da hipertensão arterial pelos pacientes e o envolvimento dos familiares. A intervenção será realizada na Unidade Básica de Saúde Iraci Lula Mendes, município de Espinosa, Minas Gerais. Para fundamentação do tema buscou-se informações em bancos de dados utilizando-se os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS)/BVS: Hipertensão; Hipertensão Arterial; Atenção Primária à Saúde; Atenção Básica; Estratégia Saúde da Família; e Promoção da Saúde. Além de consultas em outras fontes como Sociedade Brasileira de Hipertensão, VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão e Ministério da Saúde. A operacionalização da intervenção passará por dois momentos. Primeiro momento, aplicação de um questionário mediante assinatura de termo de consentimento, aos 450 hipertensos cadastrados na UBS que atenderam aos critérios de inclusão para participarem das atividades e, segundo momento, realização de grupos operativos direcionados aos pacientes e capacitação dos familiares. Os grupos serão conduzidos por meio de técnicas participativas, interativas e acolhedoras, e terão como objetivo estimular o controle da hipertensão pelos pacientes por meio do autocuidado.

Palavras-chave: Hipertensão. Hipertensão Arterial. Atenção Primária à Saúde. Atenção Básica. Estratégia Saúde da Família. Promoção da Saúde.

ABSTRACT

Arterial hypertension, multifactorial clinical entity, is regarded as a syndrome characterized by the presence of elevated BP levels, associated with metabolic and hormonal changes and the trophic phenomena (cardiac and vascular hypertrophy Diagnostics). Therefore, it is action plan through an educational activity that aims to improve the control of hypertension by patients and the involvement of family members. Intervention will be held Basic Health Unit Iraci Lula Mendes Espinosa municipality, Minas Gerais. For the theme to information in databases using the Health Sciences descriptors (DeCS)/BVS: Hypertension; Hypertension; Primary health care; Basic Attention; The family health strategy; and health promotion. In addition to consultations in other sources like Brazilian Society of hypertension, SAW Brazilian guidelines of hypertension and Ministry of health. The operationalization of the intervention will be two moments. First, application of a questionnaire by signing consent form, to 450 registered in hypertensive UBS who met the inclusion criteria to participate in the activities and, second, the realization of operating groups targeted to patients and family training. The groups will be conducted through participatory techniques, warm, interactive, and will aim to stimulate the control of hypertension by patients through self-care.

Keywords: Hypertension. Arterial Hypertension. Primary Health Care. Basic Care. The Family Health Strategy. Health Promotion.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	10
1.1	Descrição do município de Espinosa.....	12
1.1.1	<i>Aspectos históricos.....</i>	<i>12</i>
1.1.2	<i>Aspectos físicos e geográficos.....</i>	<i>13</i>
1.1.3	<i>Aspectos socioeconômicos.....</i>	<i>14</i>
1.1.4	<i>Aspectos demográficos.....</i>	<i>15</i>
1.1.5	<i>Sistema local de saúde.....</i>	<i>16</i>
2	JUSTIFICATIVA.....	19
3	OBJETIVO.....	21
4	METODOLOGIA.....	22
5	REVISÃO BIBLOGRÁFICA.....	24
5.1	Aspectos gerais da Hipertensão Arterial.....	24
5.2	Intervenção Educativa no controle da Hipertensão Arterial.....	27
6	PLANO DE INTERVENÇÃO.....	29
6.1	Desenho das operações do Plano de Intervenção.....	30
6.2	Operacionalização da Intervenção Educativa no Controle da	
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	36
	REFERÊNCIAS.....	37

1 INTRODUÇÃO

Hipertensão arterial, entidade clínica multifatorial, é conceituada como síndrome caracterizada pela presença de níveis tensionais elevados, associados a alterações metabólicas e hormonais e a fenômenos tróficos (hipertrofias cardíaca e vascular). A prevalência da hipertensão arterial é elevada, estimando-se que cerca de 20% a 30% da população brasileira adulta possa ser rotulada como hipertensa. Embora predomine na fase adulta, sua prevalência em crianças e adolescentes não é desprezível (VI DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO, 2010).

Segundo a Sociedade Brasileira de Hipertensão (2015), a hipertensão, usualmente chamada de pressão alta, é ter a pressão arterial, sistematicamente, igual ou maior que 140 por 90 mmHg. A pressão se eleva por vários motivos, mas principalmente porque os vasos nos quais o sangue circula se contraem.

Considerada um dos principais fatores de risco de morbidade e mortalidade cardiovasculares, seu alto custo social é responsável por cerca de 40% dos casos de aposentadoria precoce e de absenteísmo no trabalho em nosso meio. Devido à magnitude do problema, tem sido constante a preocupação mundial em ampliar e aperfeiçoar os métodos para diagnóstico e tratamento da hipertensão arterial (VI DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO, 2010).

Segundo o Ministério da Saúde, no Brasil, cerca de 30 milhões de brasileiros têm hipertensão e há outros 12 milhões que ainda não sabem que possuem a doença. A hipertensão mata por ano 7.6 milhões de pessoas no mundo todo, devido às suas complicações como Acidente Vascular Cerebral- AVC, infarto, entre outras. No Brasil, ela é responsável por 300.000 mortes ao ano (BRASIL, 2013).

Inquéritos populacionais em cidades brasileiras apontam prevalência de HAS em indivíduos com 18-59 anos de idade, entre 20 a 30%; percentual que atinge 50% na faixa etária de 60 a 69 anos e 75% em indivíduos com idade acima de 70 anos. Em Minas Gerais, a Secretaria Estadual de Saúde (SES/MG) estima prevalência da HAS na ordem de 20% em sua população com idade igual ou superior a 20 anos (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010; MINAS GERAIS, 2006 *apud* SILVA, 2015).

Ao cursarmos os módulos ofertados pelo Curso de Especialização Estratégia Saúde da Família da Universidade Federal de Minas Gerais, tivemos oportunidade de realizar o diagnóstico situacional da região em que atuávamos como profissionais, visando conhecer a realidade daquele lugar e, por sua vez, identificar os principais problemas de saúde ali existentes.

Sendo assim, os principais problemas de saúde identificados, por meio do diagnóstico, na área de abrangência da Estratégia Saúde da Família (ESF) Itamirim (UBS Iraci Lula Mendes), Espinosa, Minas Gerais, na qual atuo, foram: inadequado controle da hipertensão arterial pelos pacientes e familiares; alta incidência de parasitoses intestinais veiculadas pelo consumo de água não tratada; e número elevado de pacientes em uso de antidepressivos por longo tempo, não assistidos pela equipe.

Considerando os critérios de importância, urgência e capacidade de enfrentamento, o problema “inadequado controle da hipertensão arterial pelos pacientes e falta de apoio dos familiares” foi selecionado para intervenção. Assim, esta será norteada pela questão: *“Como o paciente hipertenso e seus familiares podem contribuir para o controle da hipertensão arterial por meio de hábitos de vida mais saudáveis?”*

Neste sentido, acreditamos que a realização de uma Intervenção Educativa na área de abrangência da ESF Itamirim, Unidade Básica de Saúde Iraci Lula Mendes, município de Espinosa, Minas Gerais, poderá melhorar de certa forma o controle da Hipertensão Arterial pelos pacientes e o envolvimento dos familiares, principalmente aqueles hipertensos com fatores de risco associados.

1.1 Descrição do município de Espinosa

Figura 1 - Vista panorâmica da cidade de Espinosa, MG.



Fonte: Acervo pessoal.

1.1.1 Aspectos históricos

A história do município de Espinosa teve seu início no limiar do século XVI, quando o espanhol Francisco Bruza Espinosa, vindo do Peru, fixou residência no Brasil, no Estado da Bahia. Em 1553 recebeu ordens do então Governador Geral, Duarte da Costa, para comandar uma grande “Entrada”, com a finalidade de explorar o Sertão, a fim de descobrir riquezas auríferas e pedras preciosas. Em 1554, Duarte da Costa partiu de Porto Seguro dirigindo uma expedição de exploração composta de doze homens cristãos, práticos da terra, muitos indígenas conversos bem armados e do jesuíta Aspilcueta Navarro, a quem se deve uma notícia da viagem (IBGE, 2009).

Os expedicionários embrenharam-se em regiões nunca visitadas através das florestas virgens, subindo os cursos dos rios e afrontando de certa forma a hostilidade dos Tapuias. Cumprindo ordens dos superiores mandatários da Colônia, a expedição de Francisco e Navarro atravessou a Bacia do Jequitinhonha,

alcançando as cabeceiras do Rio Pardo, encontrando ali o Rio das Velhas, o grande Rio São Francisco e seus afluentes. Aportou em muitos lugares do extremo Norte de Minas Gerais, na divisa com a Bahia. Francisco, em companhia de seus comandados, percorreu o Vale do Mucuri até a região do atual município de Teófilo Otoni; galgou a Serra Geral no atual município de Rio Pardo de Minas, ora fraldeando ou transpondo a referida serra, encontrando tribos indígenas pertencentes à grande nação Tapuia. Estes viviam em lutas frequentes e deram muito trabalho aos entradistas. Francisco e seus audaciosos companheiros tiveram a glória de desbravar o Sertão Mineiro, até então ignorado e desconhecido nos tempos do Brasil Colônia. Muitos anos depois, por volta de 1690, surgiu a obra pioneira de colonização, iniciada pelo Regente de São Francisco, o Mestre-de-Campo Antônio Guedes de Brito, que contava com mais de 200 homens armados. Guedes de Brito estabeleceu-se na Serra Geral, hoje município de Jacaraci, no Estado da Bahia, muito próximo aos antigos Lençóis do Rio Verde, a primeira denominação de Espinosa (IBGE, 2009).

Constam de Espinosa os distritos de São Sebastião dos Lençóis, Santo Antônio de Mamonas e Santa Rita. O distrito de Santa Rita passou a denominar-se Itamirim. Posteriormente, Santo Antônio de Mamonas passou a chamar apenas Mamonas. Em 09 de março de 1924 foi instalado oficialmente o município de Espinosa, cumprindo a Lei nº 843, de 07 de setembro de 1923. Espinosa foi elevada à condição de município pela Lei Estadual nº 885, de 27 de janeiro de 1925, no governo do Dr. Raul Soares Moura (IBGE, 2008).

1.1.2 Aspectos físicos e geográficos

Espinosa tem sua sede instalada a 570,04 metros acima do nível do mar. O município situa-se ao norte do Estado de Minas Gerais, na zona Itacambira, junto à bacia do Rio Verde Pequeno. O município é composto pela sede e pelo distrito de Itamirim, com área de 8,5 km². Espinosa possui área territorial de 1.868,970 km²; suas rodovias, MG-122, BR-135 e BR-040, dão acesso aos grandes centros do país e municípios vizinhos. Sua altitude mínima é de 463 m (Foz do Ribeirão do Poço Triste) e, máxima, 1.645m (Serra do Pau D'arco). Os principais recursos hídricos são

Açude do Estreito e Rio Verde Pequeno; em 2001 o número de poços tubulares era 72. O clima da região é semiárido tipo estepe, com chuvas no verão; a temperatura média anual é de 24,01°C, com épocas quentes de agosto a dezembro e de fevereiro a abril, e de frio de maio a junho; o período de chuvas vai de outubro a março e o período seco é de abril a setembro; o índice médio pluviométrico anual é de 680,9mm. A vegetação da região originalmente era representada em sua maior parte pelas subclasses – floresta mesófila e mata ciliar – cujos contínuos desmatamentos e queimadas indiscriminadas contribuíram para sua extinção quase que total. É de grande expressão o cerrado sub-cacencifólio e formações afins, ocorrendo grande parte com caatinga hipoxrófila, formações rupestres, florestas e ainda gramíneas e ciperáceas. Em relação ao solo predomina a classe Latossolo Vermelho-Amarelo Distrófico, de textura argilosa e média (IBGE, 2009).

1.1.3 Aspectos socioeconômicos

O número aproximado de domicílios e famílias de Espinosa é de 10.693. O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) em 2010 era 0,627 (IDHM, 2010); Taxa de Urbanização 57.0%; Renda Média Familiar: 1/4 a 1 salário mínimo. A captação da água, tratamento e distribuição são de responsabilidade da Companhia de Saneamento de Minas Gerais – COPASA; proveniente da Barragem do Estreito. A Estação de Tratamento de Água – ETA situa-se a 8 km da sede do município, cujo abastecimento atinge 100% da população urbana e parte da população rural. As demais fontes de abastecimento da zona rural constituem-se de captações de nascentes, rios intermitentes, poços tubulares e cisternas. O município desde 2002 possui Estação de Tratamento de Esgoto - ETE, porém grande parte do esgotamento sanitário é feita por meio de fossa séptica e seca. Em relação às principais atividades econômicas, o setor industrial do município é composto por indústrias cerâmicas, fábrica de laticínios, facções de confecções, lojas e supermercados. Há várias usinas abandonadas na cidade devido ao fim do ciclo do algodão, cujas lavouras foram destruídas pelo bicudo (inseto). A cidade se prepara para implantação de um polo industrial, cuja principal atividade será o mercado têxtil; outras empresas se incorporarão ao projeto (IBGE, 2014).

A seguir apresentamos alguns dos indicadores da situação socioeconômica do município, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2014):

- Taxa de escolarização: 77.54% dos habitantes são alfabetizados;
- Proporção de moradores abaixo da linha de pobreza: 53.13%.

1.1.4 Aspectos demográficos

O Quadro 1 apresenta a distribuição da população de Espinosa, por idade e sexo, referente ao ano de 2014. A população estimada para este ano foi de 32.317 habitantes segundo dados do IBGE (2014).

Quadro 1 – Distribuição da população, segundo idade e sexo, Espinosa, MG, 2014.

Idade/anos	Sexo	
	Homens	Mulheres
0 - 4	921	899
5 - 9	1.238	1.276
10 - 14	1.431	1.469
15 - 19	1.615	1.619
20 - 24	1.436	1.519
25 - 29	1.337	1.423
30 - 34	1.116	1.057
35 - 39	748	998
40 - 44	718	935
45 - 49	652	878
50 - 54	749	807
55 - 59	522	673
60 - 64	511	535
65 - 69	415	461
70 - 74	323	388
75 - 79	221	268
80 - 84	172	179
85 - 89	67	114
90 - 94	28	54

Idade/anos	Sexo	
	Homens	Mulheres
95 - 99	9	15
>100	2	5
Total	15.910	16.407

Fonte: IBGE (2014)

Segundo dados do IBGE (2014):

- População da área urbana: 19.023 hab.
- População da área rural: 13.294 hab.
- Total: 32.317 hab.
- Taxa de crescimento anual: - 0,46
- Densidade demográfica: 17.18 hab/km²

1.1.5 Sistema local de saúde

O município de Espinosa oferece à comunidade acesso aos tratamentos de saúde, desde os procedimentos mais simples aos mais complexos. Em casos de procedimentos não realizados no município, a Prefeitura se encarrega de providenciar a transferência dos pacientes para outros municípios, através do programa de Tratamento Fora do Domicílio (TFD). Os municípios de referência são: Janaúba (oftalmologia); Francisco Sá (mamografia); Montes Claros (outras especialidades e exames).

Os serviços de saúde municipais se preocupam com a promoção e prevenção em saúde; 95% da população de Espinosa são beneficiados pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Em 25 de abril de 2001, por meio da Lei de nº 1.163/2001, houve reestruturação administrativa no setor saúde, onde a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) passou a denominar-se Secretaria Municipal de Saúde e da Promoção Humana (SMSPH). O orçamento destinado à saúde é de 26.41% (ESPINOSA, 2014).

Em relação à atenção secundária à saúde, o município conta com três hospitais (Fundação São Sebastião – hospital filantrópico; Hospital Municipal Risoleta Guimarães Tolentino Neves; e Casa de Saúde São Francisco – rede privada); duas clínicas (Clinicor – cardiologia e clínica médica – rede privada e Clinot – ortopedia e traumatologia – rede privada). O Hospital Municipal Risoleta Guimarães Tolentino Neves é totalmente vinculado ao SUS; possui 32 leitos divididos entre as quatro clínicas básicas: médica, pediatria, ginecologia e obstetrícia, cirúrgica e ainda tratamento ortopédico. No Hospital Municipal funciona também um ambulatório com leitos de observação, urgência e emergência (24 horas por dia), serviço de nebulização, prevenção de câncer de colo uterino, ultrassonografia, laboratório de análises clínicas, pequenas cirurgias, fisioterapia, fonoaudiologia, radiologia, ECG e agência transfusional.

Sobre a atenção primária à saúde, Espinosa possui três unidades básicas de saúde (UBS): UBS Iraci Lula Mendes – Estratégia Saúde da Família (ESF) Itamirim; UBS São João Evangelista dos Santos – Estreito Zona Rural; e UBS João Rodrigues dos Santos – PSFs Santa Tereza e Padre Martin Kirscht; dois Centros de Saúde: Espinosa (PSF Central); e São Cristóvão; quatro Postos de Saúde: Nossa Senhora de Santana; São Domingos; Santos Dumont - Bela Vista; e Dr. Carlos José Espírito Santo (PSF Panorama).

O município conta também com o Programa de Vigilância em Saúde e Farmácia Básica.

A Atenção Básica à Saúde é desenvolvida pelas equipes de atenção básica (Equipes de Saúde da Família e outras modalidades de equipes de atenção básica), pelos profissionais dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) e pelas equipes de Consultórios de Rua. Estas equipes são responsáveis por uma população específica e por um território definido. Os profissionais assumem, portanto, a responsabilidade sanitária e o cuidado das pessoas e trabalham considerando a dinamicidade existente no território.

Uma das principais características da Saúde da Família é sua capacidade de propor alianças, seja no interior do próprio sistema de saúde, seja nas ações desenvolvidas com as áreas de saneamento, educação, cultura, transporte, entre outras. Por ser um projeto estruturante, deve provocar uma transformação interna do sistema, com

vistas à reorganização das ações e serviços de saúde. Essa mudança implica na ruptura da dicotomia entre as ações de saúde pública e a atenção médica individual, bem como entre as práticas educativas e assistenciais (BRASIL, 2000).

1.1.5.1 UBS Iraci Lula Mendes – Estratégia Saúde da Família (ESF) Itamirim

A UBS Iraci Lula Mendes/ESF Itamirim é responsável por uma população de 2.279 pessoas cadastradas; é composta por médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e seis agentes comunitários de saúde (ACS). Seu horário de funcionamento é de 7:00 às 15:00. A infraestrutura da unidade é inadequada, o que dificulta o trabalho dos profissionais e compromete o atendimento aos usuários. As atividades realizadas na UBS são: busca ativa de usuários, captação de usuários, cadastramento e acompanhamento das famílias de sua área adscrita; acolhimento, recepção, registro e marcação de consultas; ações individuais e/ou coletivas de promoção e prevenção à saúde; realização de consultas médicas e de enfermagem; realização de procedimentos médicos e de enfermagem; vacinação; visitas domiciliares; e encaminhamentos.

Em relação aos moradores da área de abrangência da UBS, trata-se de uma população envelhecida, cuja taxa de natalidade é baixa. Vivem em condições precárias, sendo a agricultura a única fonte de renda, a qual é complementada com ajuda do governo federal (Bolsa Família). O índice de analfabetismo está abaixo de 50%; a taxa de emprego abaixo de 0,9%; a principal causa de morte é por acidentes; e a doença prevalente na população é a hipertensão arterial sistêmica, na maioria dos casos descompensada, por falta de controle e tratamento (UBS/IRACI LULA MENDES, 2015).

2 JUSTIFICATIVA

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é 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 (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA / V DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO, 2006).

A prevalência da HAS é alta e seu controle é baixo. É considerada importante problema de saúde pública. A mortalidade por doença cardiovascular aumenta progressivamente com a elevação da pressão arterial (PA) a partir de 115/75 mmHg de forma linear, contínua e independente. Em 2001, cerca de 7.6 milhões de mortes no mundo foram atribuídas à elevação da PA (54% por acidente vascular encefálico - AVE e 47% por doença isquêmica do coração – DIC), sendo a maioria em países de baixo e médio desenvolvimento econômico e mais da metade em indivíduos entre 45 e 69 anos. Em nosso país, as doenças cardiovasculares (DVC) têm sido a principal causa de morte. Em 2007 ocorreram 308.466 óbitos por doenças do aparelho circulatório. Entre 1990 a 2006, observou-se uma tendência lenta e constante de redução das taxas de mortalidade cardiovascular (VI DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO, 2010).

Inquéritos populacionais em cidades brasileiras nos últimos 20 anos apontaram uma prevalência de HAS acima de 30%. Considerando-se valores de PA \geq 140/90 mmHg, 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. Entre os gêneros, a prevalência foi de 35.8% nos homens e de 30% em mulheres, semelhante à de outros países. Revisão sistemática quantitativa de 2003 a 2008, de 44 estudos em 35 países, revelou uma prevalência global de 37.8% em homens e 32.1% em mulheres (VI DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO, 2010). No Brasil, 14 estudos populacionais realizados nos últimos 15 anos com 14.783 indivíduos (PA < 140/90 mmHg) revelaram baixos níveis de controle da PA (19.6%) (ROSÁRIO *et al.*, 2009 *apud* Andrade *et al.*; 2013; PEREIRA *et al.*, 2009 *apud* Andrade *et al.*; 2013).

No município de Espinosa, Minas Gerais, cuja população é de 32.317 habitantes, segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2014) e segundo informações do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB/ESPINOSA, 2014), 5.006 pacientes hipertensos foram cadastrados no ano de 2014, no sistema de gestão do município.

Por sua vez, a Unidade Básica de Saúde- PSF Iraci Lula Mendes no ano de 2014 registrou 456 pacientes hipertensos; em 2015 houve um aumento no número de registros, chegando a 520 hipertensos cadastrados, ou seja, 10.38% de aumento em relação ao ano anterior. Vários desses pacientes tiveram Acidente Vascular Cerebral (AVC), Infarto Agudo do Miocárdio (IAM), e Nefropatia. Podemos inferir que estas complicações foram em decorrência de um autocuidado inadequado. Informamos ainda que apenas 12.0% dos hipertensos são controlados; a maioria é do sexo feminino e acima dos 20 anos (UBS/IRACI LULA MENDES, 2014; 2015).

Os nós críticos para este problema são: falta de planejamento e programação das ações para controle e acompanhamento dos hipertensos; não utilização pela equipe da ESF de protocolo clínico; e desatualização por parte dos ACS de dados da doença de algumas microáreas.

Neste sentido, torna-se necessário elaborar um plano de intervenção visando melhorar o controle e acompanhamento dos hipertensos da área de abrangência da equipe e, conseqüentemente, reduzir as complicações pela doença. Acreditamos que uma Intervenção Educativa seja o melhor caminho.

3 OBJETIVO

- Propor uma intervenção educativa na área de abrangência da Estratégia Saúde da Família Itamirim, Unidade Básica de Saúde Iraci Lula Mendes, município de Espinosa, Minas Gerais, visando melhorar o controle da hipertensão arterial pelos pacientes e o envolvimento dos familiares.

4 METODOLOGIA

Durante o desenvolvimento do Curso de Especialização Estratégia Saúde da Família tivemos oportunidade de cursar os módulos: Processo de Trabalho: Cenário de Atuação; Planejamento: Síntese do Diagnóstico Situacional; e Iniciação à Metodologia, os quais foram fundamentais para estruturarmos nosso plano de intervenção. Sendo assim, primeiramente foi realizado o diagnóstico situacional na área de abrangência da UBS Iraci Lula Mendes/ESF Itamirim, por meio da Técnica de Estimativa Rápida, visando identificar os problemas ali existentes. Para Acúrcio *et al.* (1998), a Técnica de Estimativa Rápida detecta um conjunto de problemas da população em um período curto e com um custo reduzido, utilizando-se da observação da própria população. Esta técnica inclui registros escritos, entrevistas com a população e observação de campo.

Como forma de contextualizar o tema Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), realizamos buscas de informações no Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) do Município de Espinosa; biblioteca do Ministério da Saúde; e Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Para obtenção de artigos publicados em periódicos, consultamos os bancos de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), SciELO e Lilacs, utilizando-se os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS): Hipertensão; Hipertensão Arterial; Atenção Primária à Saúde; Atenção Básica; Estratégia Saúde da Família; e Promoção da Saúde. Consultamos, também, informações da Sociedade Brasileira de Hipertensão, Sociedade Brasileira de Cardiologia e V/VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão; livros textos e referências utilizadas nos módulos do Curso de Especialização Estratégia Saúde da Família (EESF). Foram utilizadas publicações preferencialmente no idioma português, devido proximidade com a realidade brasileira e não foi delimitado período de busca por considerarmos que todo material consultado seria importante para dar sustentação à nossa intervenção.

Enfatizamos que os agentes comunitários de saúde foram importantes para identificar os hipertensos em suas respectivas microáreas e cadastrá-los na UBS. Assim, foram cadastrados 520 hipertensos.

De posse desta população pensou-se em alguns critérios necessários para inclusão dos sujeitos na intervenção. Os critérios de inclusão foram: usuário com domicílio acessível à equipe de saúde; idade entre 30 e 79 anos; disponibilidade para participar da intervenção educativa; e os de exclusão: pessoas com incapacidade mental; usuários não pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde; e usuários dependentes de álcool e drogas ilícitas.

Neste caso, respeitando-se os critérios acima, 450 usuários hipertensos participarão da intervenção; e 70 serão excluídos.

As estratégias metodológicas a serem utilizadas na Intervenção Educativa visam obter o maior número possível de informações sobre o cotidiano dos indivíduos hipertensos, observando se há controle ou não da doença, além de identificar se desde o diagnóstico os pacientes procuraram modificar hábitos alimentares, físicos e sociais em prol de sua saúde, e o envolvimento das famílias. Após essas informações a equipe de saúde, composta por médica, enfermeira, técnica de enfermagem, e agentes comunitárias de saúde planejarão atividades educativas voltadas para os pacientes e familiares, levando em consideração o autocuidado e a participação da família no cuidado ao paciente hipertenso.

5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

5.1 Aspectos gerais da Hipertensão Arterial

A hipertensão arterial (HA) é uma doença crônica, considerada um grave problema de saúde pública em todos os estratos socioeconômicos. Possui natureza multicausal e seus principais fatores de risco são classificados como modificáveis (estilo de vida, tabagismo, sedentarismo, alimentação inadequada e outros), entre eles se evidencia a associação direta com a obesidade e com o excesso de peso (BORGES; CRUZ; MOURA, 2008). A hipertensão arterial é altamente prevalente em nosso meio e se constitui em um dos principais fatores de risco para as doenças cardiovasculares, que por sua vez ocupam o primeiro lugar no perfil de morbimortalidade no Brasil (SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO, 2014).

Segundo Nascente *et al.* (2010), estudos epidemiológicos têm identificado associação positiva da hipertensão arterial com características sócio demográficas, consumo de álcool, ingestão de sódio, estresse, diabetes, obesidade e sedentarismo. Essa diversidade de fatores e por ser a hipertensão uma doença silenciosa e lenta dificulta maior atenção e controle por parte dos pacientes, acarretando com isso risco de desenvolver outras doenças que, por sua vez, podem levar ao óbito.

A HA quando não controlada pode trazer diversos riscos à saúde do indivíduo, dessa forma seu controle se faz necessário e pode acontecer por meio da mudança de hábitos de vida, que muitas vezes deixa de ser realizado por falta de compromisso do paciente e de seus familiares.

A hipertensão atinge, em sua maioria, adultos e idosos que precisam de atendimento especializado e acompanhamento constante da pressão arterial, para que possa evitar complicações. O paciente hipertenso pode viver com qualidade se obtiver certo controle sobre a elevação de sua pressão arterial (BENTO; RIBEIRO; GALATO, 2008).

Observa-se um aumento considerável no número de pessoas com hipertensão que podem sofrer complicações cardiovasculares, muitas vezes redundando em óbito. Essas complicações poderiam ser evitadas caso o paciente procurasse mudar seus hábitos de vida, vivendo com melhor qualidade, com isso protegendo sua saúde. Muitos chegam a realizar o tratamento, porém o realizam de forma inadequada.

Para que o paciente hipertenso controle sua pressão e evite complicações da doença é necessário que siga de forma correta algumas recomendações dos profissionais de saúde, como realização de exercícios físicos diários, ingestão de dieta hipossódica, diminuição de frituras e refrigerantes, além da verificação diária da pressão arterial e, caso necessário, uso da medicação. Conforme Rezende (1998) para o controle de uma doença crônica é necessário adaptação da pessoa a mudanças na sua rotina de vida, o que implica no ajustamento de sua condição de doente.

O portador de hipertensão arterial deve se conscientizar de sua situação de doente, e ir adaptando aos poucos às mudanças em sua vida. É necessário um autocontrole para abdicar de certos hábitos, principalmente aqueles que fazem parte de sua rotina alimentar.

Observamos em nossa prática diária que os pacientes que possuem melhor escolaridade e uma condição social melhor têm mais consciência sobre sua doença e procuram seguir as orientações recomendadas, ao contrário daqueles que são desprovidos destas condições. Pierin *et al.* (2000, p.58) afirmam que:

Na hipertensão (...) sabe-se que há maior adesão entre os mais educados e de melhor escolaridade, pois aceitam as medidas de promoção e proteção à saúde mais facilmente. Para aderir às orientações desse porte é necessário um bom nível de escolaridade e renda, um adequado conhecimento da doença e rigorosa autodisciplina do paciente.

Neste sentido é importante que os pacientes hipertensos, principalmente os de menor renda, participem de ações e programas sociais que estimulem mudanças de hábitos de vida, visto que muitas vezes não possuem conhecimento sobre os riscos da hipertensão arterial, e desconhecem o que fazer para o controle da doença. Neste caso, os programas e ações devem se adequar à realidade dos sujeitos com

o intuito de diminuir o número de complicações e óbitos provocados pela hipertensão em decorrência do controle inadequado.

Podemos apontar como um dos fatores que agrava o quadro da hipertensão a ingestão do álcool de forma abusiva, comumente presente nas classes de menor poder aquisitivo. Brunner e Suddarth (2006) destacam que, ao consumir o álcool a pessoa hipertensa corre risco de agravar a doença, uma vez que reduz os efeitos dos medicamentos anti-hipertensivos e compromete órgãos nobres, como coração, cérebro, fígado e pâncreas. Neste caso um dos grandes desafios para os profissionais de saúde seria a conscientização dos pacientes sobre a necessidade de abolir esta prática em suas vidas.

Em muitos casos a hipertensão não apresenta nenhum sinal ou sintoma levando o paciente a acreditar que está tudo bem com ele e não se preocupar com o controle da doença; este fato pode contribuir para o aparecimento das complicações (SANTOS; LIMA, 2008). De acordo com Péres; Magna e Viana (2003) uma das mais importantes dificuldades identificadas no atendimento aos pacientes hipertensos é a falta de aderência ao tratamento, o qual inclui a utilização de medicamentos e a modificação de hábitos de vida. Como não apresenta sinais e sintomas da doença, o paciente não dá devida importância ao tratamento não verificando sua pressão de forma rotineira e se esquecendo de tomar diariamente a medicação. Só procura por atendimento médico no caso de queixas.

Como já apontado, a atividade física é uma das medidas importantes para controlar a pressão arterial. Porém, a maioria dos pacientes hipertensos apresenta resistência a esta prática, alegando falta de tempo, desmotivação, dentre outros. Wagnacker e Pitanga (2007) afirmam que a inatividade física tem-se tornado um fator determinante para ocorrência de mortes e doenças, por outro lado a realização de atividade física regular possui efeito protetor para as doenças crônicas. Atividades, como caminhada, andar de bicicleta, corrida leve podem gerar grandes benefícios para a saúde do corpo como da mente, pois contribuem para diminuição do estresse, um dos fatores responsáveis pelo descontrole da pressão arterial.

Segundo a Sociedade Brasileira de Hipertensão - SBH (2014) as intervenções não farmacológicas têm sido apontadas na literatura pelo baixo custo, risco mínimo e pela eficácia na diminuição da pressão arterial. Entre elas estão: a redução do peso

corporal, a restrição alcoólica, o abandono do tabagismo e a prática regular de atividade física.

5.2 Intervenção Educativa no controle da Hipertensão Arterial

A intervenção educativa para os hipertensos além de trazer benefícios à saúde da pessoa, diminui os gastos do governo com tratamento e atendimentos hospitalares (SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO, 2014). A educação em saúde é imprescindível para pessoas acometidas por doenças crônicas, com vistas ao autocuidado, mudança dos hábitos e melhoria da qualidade de vida (MANOEL; MARCON; BALDISSERA, 2013).

Dentre as políticas públicas para o controle dessa doença, a educação em saúde tem sido apontada como uma das formas para estimular a adesão ao tratamento. No entanto, para que o processo educativo seja eficaz é necessário se compreender que seu objetivo principal é dotar as pessoas de um senso crítico para a decisão livre e autônoma, sendo um processo ainda mais complexo quando envolve pessoas idosas (FIGUEIREDO; RODRIGUES-NETO; LEITE, 2010 *apud* SOUZA; ALMEIDA; BALDISSERA, 2012).

Segundo os autores acima a educação em saúde é um processo dinâmico que busca a capacitação dos indivíduos e/ou grupos em busca da melhoria das condições de saúde da população. Ressalta-se que nesse processo as pessoas têm a opção de aceitar ou rejeitar as novas informações, podendo, também, adotar ou não novos comportamentos frente aos problemas de saúde.

Para que uma intervenção educativa aconteça, primeiramente é necessário conhecer a realidade social e demográfica dos sujeitos, os recursos de saúde acessíveis, o território, dentre outros. No caso da hipertensão arterial

As práticas educativas na APS devem, além de fornecer informações sobre a terapia anti-hipertensiva, estimular a auto percepção da doença e a corresponsabilização do indivíduo com seu próprio cuidado, por meio de, por exemplo, oficinas educativas em grupo e orientações domiciliares. Além disso, conclui, também, que agregar os familiares às atividades de educação em saúde mostrou-se importante por facilitar as mudanças de

estilo de vida no núcleo familiar e aumentar a adesão do hipertenso ao tratamento. Destaca-se, ainda, a necessidade do trabalho multiprofissional e interdisciplinar para lidar com a complexa demanda que envolve o portador de HAS (RIBEIRO *et al.*, 2011, p. 23).

Vale lembrar que a concepção pedagógica utilizada na intervenção educativa direcionada para hipertensão arterial, interfere diretamente na efetividade do aprendizado; portanto, a abordagem utilizada com o indivíduo, família, comunidade deve centrar-se nos problemas sentidos pela clientela, na promoção de sua autonomia, no material educativo adequado, no ambiente agradável e no tempo destinado à ação educativa, permitindo aos sujeitos refletirem sobre suas experiências, condições de vida, e sobre os determinantes da saúde e doença (MANOEL; MARCON; BALDISSERA, 2013).

As intervenções educativas devem envolver setores da sociedade, pacientes, famílias e comunidade, visando criar uma cultura consciente sobre a necessidade da prevenção, do tratamento e do controle da hipertensão arterial. Estas intervenções poderão ser realizadas por meio de oficinas, palestras, encontros, com o intuito de se trabalhar hábitos de vida saudáveis, por sua vez garantir melhor qualidade de vida às pessoas.

Essas atividades tornam-se importantes porque, ao construir conhecimentos relacionados à etiologia e à terapêutica da hipertensão arterial, propiciam aos sujeitos subsídios para realizarem um cuidado de si e, desse modo, serem protagonistas do seu tratamento. Os resultados permitem inferir a necessidade de criar as condições necessárias e permitir aos sujeitos o autocuidado. Para isso, recomenda-se uma abordagem pautada em pedagogias ativas, possibilitando uma prática educativa emancipatória e o empoderamento dos sujeitos portadores de HAS (NASCIMENTO; BARBOSA, 2014).

6 PLANO DE INTERVENÇÃO: PRIMEIROS PASSOS

Primeiramente para direcionamento da intervenção a ser realizada foram utilizados os passos sugeridos por Campos; Faria e Santos (2010), para elaboração de um plano de ação ou plano de intervenção.

Reiteramos que o diagnóstico situacional da área de abrangência de nossa unidade de saúde foi fundamental para identificarmos os problemas de saúde ali existentes, e classificá-los conforme importância, urgência e capacidade de enfrentamento (Quadro 2).

Quadro 2: Principais problemas de saúde, ESF Itamirim, UBS Iraci Lula Mendes, Espinosa, MG, 2015.

Principais Problemas	Importância	Urgência	Capacidade de Enfrentamento
<i>Inadequado controle e acompanhamento de usuários hipertensos pelos profissionais de saúde.</i>	Alta	7	Parcial
<i>Alta incidência de parasitoses intestinais transmitidas pelo consumo de água não tratada.</i>	Alta	5	Parcial
<i>Número elevado de pacientes em uso de antidepressivos por longo tempo, não assistidos pela equipe de saúde.</i>	Média	4	Parcial

Sendo assim, “Inadequado controle da hipertensão arterial pelos pacientes e falta de apoio dos familiares”, foi o problema priorizado por nós devido sua importância, urgência e capacidade de enfrentamento. Conforme explicitado anteriormente a Unidade Básica de Saúde Iraci Lula Mendes no ano de 2014 cadastrou 456 pacientes hipertensos; em 2015 houve um aumento chegando a 520 hipertensos cadastrados, ou seja, 10.38% de acréscimo em relação ao ano anterior. Vários desses pacientes tiveram Acidente Vascular Cerebral (AVC), Infarto Agudo do Miocárdio (IAM), e Nefropatia; apenas 12.0% dos hipertensos são controlados; a maioria é do sexo feminino (UBS/IRACI LULA MENDES, 2014; 2015).

Os nós críticos para este problema são: falta de planejamento e programação das ações para controle e acompanhamento dos hipertensos; não utilização pela equipe da ESF de protocolo clínico direcionado para hipertensão; e desatualização por parte dos ACS de dados da doença de algumas microáreas.

O fato de haver grande número de hipertensos não controlados e acompanhados pela equipe de saúde pode ser justificado por vários motivos, muitos deles interligados. Dentre eles podemos citar a não identificação de pessoas hipertensas durante a visita domiciliar, ausência de cadastros de usuários hipertensos no sistema, avaliação incompleta dos usuários por ocasião das consultas clínicas contribuindo para não identificação de pessoas hipertensas, e falta de informação do usuário sobre sua doença e importância de seu tratamento, por sua vez mudanças nos hábitos de vida, como alimentação adequada e necessidade de atividade física diária. Além disso, mesmo aqueles usuários que têm diagnóstico da doença comprovado, não fazem uso correto da medicação, nem avaliados periodicamente por médico ou enfermeira, o que contribui para descontinuidade do tratamento.

6.1 Desenho das operações do Plano de Intervenção

As ações a seguir visam responder à questão norteadora apresentada na Introdução deste trabalho: *“Como o paciente hipertenso e seus familiares podem contribuir para o controle da hipertensão arterial por meio de hábitos de vida mais saudáveis?”*

- **Ações a serem desenvolvidas pelos profissionais de saúde direcionadas para o controle e acompanhamento dos hipertensos**
 - Organizar o processo de trabalho da equipe de saúde, no sentido de identificar os hipertensos que fazem parte da área de responsabilidade da unidade de saúde, principalmente aqueles que apresentam fatores de risco associados;
 - Aferir a pressão arterial em todas as consultas médicas e treinar os profissionais na técnica correta de aferição;

- Realizar busca ativa, por meio de visitas domiciliares, dos hipertensos não acompanhados, cadastrando-os no sistema e atualizar os que já estão cadastrados;
- Organizar melhor o processo de trabalho na UBS para facilitar o acesso dos hipertensos, por exemplo, marcar as consultas e retornos por meio de agenda organizada;
- Garantir, por meio do gestor, a medicação anti-hipertensiva para o usuário, mesmo estando em falta na unidade de saúde.

No Quadro 3 apresentamos os recursos críticos, necessários à operacionalização das ações do Plano de Intervenção explicitadas acima. Lembramos que estas ações estão relacionadas ao processo de trabalho da equipe de saúde, às informações à população e à organização do serviço de saúde.

Quadro 3: Identificação dos recursos críticos para operacionalização do Plano de Intervenção, ESF Itamirim, UBS Iraci Lula Mendes, Espinosa, MG, 2015.

Operação	Recursos Críticos
Processo de trabalho da equipe de saúde	<p><u>Cognitivo</u>: Saber reconhecer se o hipertenso está com sua doença controlada ou não.</p> <p><u>Organizacional</u>: Cadastrar todos os hipertensos no sistema.</p> <p><u>Político</u>: Articulação entre os setores da saúde e adesão dos profissionais.</p>
Informação à população sobre hipertensão	<p><u>Cognitivo</u>: Conhecimento sobre o tema hipertensão e formas de transmitir tal conhecimento.</p> <p><u>Organizacional</u>: Organizar grupos operativos com os hipertensos.</p> <p><u>Financeiro</u>: Adquirir recursos de multimídia, folhetos informativos, dentre outros.</p> <p><u>Político</u>: Articulação intersetorial com o setor da educação.</p>
Organização do serviço de saúde	<p><u>Cognitivo</u>: Elaboração do projeto de adequação.</p> <p><u>Financeiro</u>: Aumento da oferta de exames, medicação, e consultas.</p>

	<p><u>Político</u>: Pleitear recursos junto aos órgãos competentes para melhor estruturação do serviço.</p> <p><u>Organizacional</u>: Padronizar a oferta de serviço.</p>
--	---

O Quadro 4 apresenta a análise da viabilidade dos recursos destinados à operacionalização do Plano de Intervenção pela equipe de saúde.

Quadro 4: Análise da viabilidade dos recursos destinados à operacionalização do Plano de Intervenção, ESF Itamirim, UBS Iraci Lula Mendes, Espinosa, MG, 2015.

Operação/ Projeto	Recursos Críticos	Controle/ Motivação		Ações Estratégicas
Identificar os hipertensos	<p><u>Organizacional</u>: Cadastrar todos os hipertensos no sistema da UBS.</p> <p><u>Político</u>: Articulação entre os setores da saúde e adesão dos profissionais.</p>	Secretário de Saúde	Favorável	Apresentação do PI para os interessados.
Informar à população sobre hipertensão	<p><u>Cognitivo</u>: Conhecimento sobre o tema e formas de transmitir tal conhecimento.</p> <p><u>Organizacional</u>: Organizar grupos operativos com os hipertensos.</p> <p><u>Financeiro</u>: Adquirir recursos de multimídia, confecção de folhetos informativos, cartilhas, dentre outros.</p> <p><u>Político</u>: Articulação intersectorial com os setores da educação e comunicação</p>	Secretários: Saúde, Comunicação Social e Educação	Favorável	Não é necessário.

	social do município.			
Organizar o serviço de saúde para melhor atender os hipertensos	<p><u>Cognitivo:</u> Elaboração do projeto de adequação do serviço.</p> <p><u>Financeiro:</u> Aumento da oferta de exames, medicação, e consultas.</p> <p><u>Político:</u> Negociar com os órgãos responsáveis liberação de recursos para melhor estruturação do serviço.</p> <p><u>Organizacional:</u> Padronizar a oferta de serviço.</p>	Secretário de Saúde	Favorável	Não é necessário.

A elaboração e gestão do plano operativo da intervenção são apresentadas no Quadro 5.

Quadro 5: Elaboração e gestão do plano operativo, Projeto de Intervenção, ESF Itamirim, UBS Iraci Lula Mendes, Espinosa, MG, 2015.

Operação	Resultado	Produto	Responsável	Prazo
Organizar e implantar agenda da equipe de acordo com as orientações do Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde.	Melhorar o acompanhamento das pessoas com hipertensão arterial.	Identificação e estratificação de risco de 100% das pessoas com hipertensão arterial; agenda de atendimento organizada e implantada.	Enfermeiro ESF	Fevereiro de 2016
Implantar a Linha Guia de Atenção à	Padronização do manejo clínico	Linha Guia de Atenção à Saúde do Adulto	Médica Enfermeira Técnica de	Apresentação do projeto:

Saúde do Adulto	adequado; processo de trabalho organizado.	implantada; profissional da equipe capacitado para uso da Linha Guia.	Enfermagem	janeiro de 2016. Utilizar os protocolos: janeiro a junho de 2016.
Informar à população sobre hipertensão.	População bem informada sobre sua condição de saúde.	Grupos operativos com datas fixas, a cada 15 dias; palestras fora da UBS sobre os temas mais questionados; material informativo às famílias.	Coordenação da Atenção Básica Médica, Enfermeira e Técnica de Enfermagem ACS	Segundo semestre 2016. Primeiro e segundo semestres 2017.

6.2 Operacionalização da Intervenção Educativa no Controle da Hipertensão Arterial

Objetivo: Realizar intervenção educativa com os pacientes hipertensos pertencentes à UBS Iraci Lula Mendes visando desenvolver o autocuidado no controle da doença e o envolvimento dos familiares.

6.2.1 Ações a serem desenvolvidas

Ação 1:

Nesta ação serão realizadas buscas na literatura sobre educação em saúde e autocuidado para pacientes hipertensos. Serão realizados seminários com a participação da médica, enfermeira e técnica de enfermagem para que possam se atualizar acerca da temática.

Ação 2:

Aplicação de questionário (Anexo) aos 450 pacientes hipertensos cadastrados na UBS e selecionados para participar da intervenção. Esta atividade será conduzida por toda equipe (médica, enfermeira, técnica de enfermagem e agentes comunitárias de saúde).

Ação 3:

Realização de atividades de educação em saúde, em forma de grupos operativos, com os pacientes hipertensos visando informar à população sobre as questões relacionadas à hipertensão arterial. Os grupos devem ser trabalhados por toda equipe de saúde (médica, enfermeira, técnica de enfermagem e agentes comunitárias de saúde), e deve utilizar dinâmicas interativas e participativas, permitindo às pessoas conhecer sobre sua doença, tratamento e controle. Serão realizados quinzenalmente. Nos grupos serão abordados os seguintes temas: uso correto da medicação hipertensiva (dose, horário), hábitos alimentares saudáveis, mudanças no estilo de vida (abolir uso de cigarro e bebidas alcoólicas) e prática de atividade física, assistência médica periódica, necessidade de avaliação por nutricionista em caso de sobrepeso ou obesidade, e avaliação anual de fatores de risco cardiovascular. Além disso, serão realizadas palestras fora da UBS, preferencialmente nas escolas da região, e também em outros espaços sociais da comunidade voltadas para os familiares e interessados.

Ação 4:

Realização de capacitação das famílias dos hipertensos, dependendo da necessidade, quanto aos cuidados necessários a estes pacientes. Realização: médica, enfermeira, técnica de enfermagem.

Ação 5:

Elaboração de cartilha educativa a ser fornecida aos pacientes hipertensos e familiares quanto aos cuidados com a hipertensão e hábitos de vida saudáveis. Responsáveis: médica, enfermeira, técnica de enfermagem e agentes comunitárias de saúde.

6.2.2 Recursos humanos e materiais necessários para realização das ações

As ações a serem desenvolvidas serão de responsabilidade dos profissionais (médica, enfermeira, técnica de enfermagem e agentes comunitárias de saúde) que atuam na Estratégia Saúde da Família Itamirim, Unidade Básica de Saúde Iraci Lula Mendes. Serão convidados outros profissionais de saúde. Para realização das ações será necessário uma sala de reuniões, datashow, material instrucional, material de escritório, material necessário para construção de oficinas, folders informativos, cartilha, dentre outros.

6.2.3 Resultados esperados das ações

Almeja-se com esta intervenção educativa a conscientização dos hipertensos para o autocuidado de forma responsável e a sensibilização sobre a importância dessa prática no seu cotidiano; orientação das famílias sobre os cuidados necessários para obtenção e manutenção da saúde de seus entes, além da produção de cartilha com informações relevantes sobre hábitos de vida saudáveis. Em relação ao gestor municipal e outros segmentos da sociedade, espera-se o envolvimento destes e participação ativa nesse processo.

6.2.4 Acompanhamento e avaliação das ações

O acompanhamento da intervenção educativa será feito através de reuniões mensais, com dia e horário fixos, por toda equipe de saúde (médica, enfermeira e técnica de enfermagem, ACS), além de outros profissionais envolvidos nas atividades. As ações estratégicas serão avaliadas pelos interessados, por meio de entrevista (profissionais, usuários hipertensos, familiares e demais interessados), preenchimento de instrumento de avaliação e observação das ações. Estas serão mudadas conforme a necessidade.

6.2.5 Período de realização das ações

As ações da intervenção educativa serão iniciadas no segundo semestre de 2016 e darão continuidade no ano de 2017.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao realizarmos o diagnóstico situacional de nossa área de abrangência foi possível identificar os problemas ali existentes, muitos deles exigiam de nossa equipe articulações políticas com toda sociedade. Estávamos diante de grandes desafios!

Percebíamos que nosso foco ampliado e a vontade de realizarmos grandes projetos nos tornavam míopes aos problemas que estavam muito próximos de nossa realidade e possíveis de serem resolvidos com poucos recursos, com a nossa vontade de trabalhar e com a nossa experiência profissional.

Sendo assim, após reuniões frequentes de nossa equipe e mediante dados atualizados e apresentados pelas agentes comunitárias de saúde nos foi possível direcionar nosso olhar para os pacientes hipertensos. O universo de pacientes hipertensos na região nos chamava atenção. Muitos deles sem controle e com fatores de risco agregados.

Conforme nossa experiência, sabemos que medidas intervencionistas focadas em receitas prescritivas e policiadas já não funcionam na prática e tão pouco era nossa intenção reproduzirmos este modelo. Nosso objetivo era maior, acreditávamos que ao trabalharmos com intervenções educativas voltadas para os pacientes hipertensos seria nosso caminho para promoção da saúde. Assim, planejamos nossas ações visando o controle da doença pelos hipertensos por meio do autocuidado e a agregação dos familiares nestas ações como corresponsáveis. Primeiro passo foi a aplicação de questionário aos pacientes hipertensos que atendiam aos critérios de inclusão para participar das ações, e logo em seguida implementação de grupos operativos e capacitação de familiares.

Assim vamos em frente, acreditando que tudo pode dar certo quando se tem uma equipe de trabalho coesa, e com grande vontade de mudar o quadro ora apresentado pela hipertensão arterial na população adscrita à unidade básica de saúde.

REFERÊNCIAS

ACÚRCIO, F. A. *et al.* Aplicação da técnica da estimativa rápida no processo de planejamento local. In: MENDES, E. V. (Org). **A organização da saúde no nível local**. 1.ed. São Paulo: Hucitec. 1998. p. 87–110.

ANDRADE, J. P.; *et al.* Programa nacional de qualificação de médicos na prevenção e atenção integral às doenças cardiovasculares. Sociedade Brasileira de Cardiologia. **Arq. Bras. Cardiol.**, v.100, n.3, p.203-211, 2013.

BENTO, D. B.; RIBEIRO, I. B.; GALATO, D. Percepção de pacientes hipertensos cadastrados no Programa Hiperdia de um município do Sul do Brasil sobre a doença e o manejo terapêutico. **Rev. Bras. Farm.**, v.89, n.3, p.194-98, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Programa Saúde da Família. Departamento de Atenção Básica. Secretaria de Políticas de Saúde. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v.34, n.3, jun.2000.

BRUNNER, L. S.; SUDDARTH, D. S. Avaliação da saúde do cliente/paciente: exame físico e avaliação nutricional. *In: Tratado de enfermagem médico - cirúrgica*. 6.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. V.1, unid. 2, p.56-66, 2006.

CAMPOS, F. C. C.; FARIA, H. P.; SANTOS, M. A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. NESCON/UFMG - Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. 2.ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010. 110p.

DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO (VI). **Diretrizes**. Rio de Janeiro, 2010.

ESPINOSA. Minas Gerais. **Dados do município**. 2014.

ESPINOSA. Minas Gerais. **Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB)**. 2014.

ESPINOSA. Minas Gerais. Unidade Básica de Saúde (UBS) Iraci Lula Mendes. **Registros da unidade**. 2014.

ESPINOSA. Minas Gerais. Unidade Básica de Saúde (UBS) Iraci Lula Mendes. **Registros da unidade**. 2015.

FIGUEIREDO, M. F. S.; RODRIGUES-NETO, J. F.; LEITE, M. T. S. Modelos aplicados às atividades de educação em saúde. **Rev. Bras. Enferm.**; v.63, n.1, p.117-21, 2010.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. Divisões territoriais do Brasil. **Divisão territorial do Brasil e limites territoriais**. 2008.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. **Estimativa populacional**. Biblioteca Municipal de Espinosa, Minas Gerais. 2014.

MANOEL, M. F.; MARCON, S. S; BALDISSERA, V. D. A. Estratégias educativas para pessoas com hipertensão arterial e diabetes mellitus. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v.2, n.3, p.403-8, jul./set.2013.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado da Saúde. **Atenção à saúde do adulto: hipertensão e diabetes**. 2.ed. Belo Horizonte: SAS/MG, 2006.

NASCENTE *et al.* Hipertensão arterial e sua correlação com alguns fatores de risco em cidade brasileira de pequeno porte. Goiânia. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo, v.95, n.4, out./2010.

NASCIMENTO, M. E. ; BARBOSA, E. S. Intervenções educativas voltadas para o autocuidado do paciente com hipertensão arterial: uma revisão de literatura. **Rev. Interfaces Saúde**, v.1, n.2, p.9-20, dez./2014.

PEREIRA, M; LUNET, N; AZEVEDO, A; BARROS, H. Differences in prevalence, awareness, treatment and control of hypertension between developing and developed countries. **J Hypertens.** ,v.27, n.5, p.963-75, 2009.

PÉRES, D. S; MAGNA, J. M; VIANA, L. A. Portador de hipertensão arterial: atitudes, crenças, percepções, pensamentos e práticas. **Rev. Saúde Pública**, v.37, n.5, p.635-42, 2003. Disponível: <<http://www.scielo.org/pdf/rsp/v37n5/17480.pdf>>. Acesso: 05/02/2015.

PIERIN, A. M. G.; ALAVARCE, D. C; LIMA, J. C.; MION-JÚNIOR, D. A medida indireta da pressão arterial: como evitar erros. **Rev. Bras. Hipertens.**, v.1, p.31-8, jan./mar. 2000.

RESENDE, M. M. R. **Fatores que dificultam o controle da hipertensão arterial à luz da estrutura conceitual da Teoria de King**. 116p. (Dissertação). Escola de Enfermagem da UFMG, Belo Horizonte, 1998.

RIBEIRO, A. G.; *et al.* Representações sociais de mulheres portadoras de hipertensão arterial sobre sua enfermidade: desatando os nós da lacuna da adesão ao tratamento na agenda da saúde da família. **Physis**. Rio de Janeiro, v.21, n.1, 2011.

ROSÁRIO, T. M.; *et al.* Prevalência, controle e tratamento da hipertensão arterial sistêmica em Nobres, MT. **Arq. Bras. Cardiol.**, v.93, n.6, p.622-8, 2009.

SANTOS, Z. M. S. A.; LIMA, H. P. Tecnologia educativa em saúde na prevenção da hipertensão arterial em trabalhadores: análise das mudanças no estilo de vida. **Texto Contexto Enferm**. Florianópolis, v.17, n.1, jan./mar.2008.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. V DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO. **Arq Bras Cardiol.**, p.1-48, fev.2006.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO. III Consenso brasileiro de hipertensão arterial. **Rev. Bras. Cardiol.**; v.1, p.92-133, 2014.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO. Centro de estudos da hipertensão. **Informações pesquisa e pesquisadores da hipertensão**. São Paulo. 2015.

SOUZA, M. P.; ALMEIDA, E. C.; BALDISSERA, V. D. A. Planejamento educativo para um grupo que vivencia a hipertensão arterial sistêmica segundo a Abordagem Dialógica. **Saúde & Transf. Soc.**, Florianópolis, v.3, n.2, p.75-83, 2012.

SILVA, A. M. **Instrumentalização do manejo clínico do paciente hipertenso na equipe de saúde da família rural do município de Pompéu, Minas Gerais**. 31p. (Monografia). Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. Universidade Federal de Minas Gerais. 2015.

WAGMAKER, D. S; PITANGA, F.J.G. Atividade física no tempo livre como fator de proteção para a hipertensão arterial sistêmica. **Rev. Brasil. Ciênc. Movim.**, v.15, n.1, p.69-74, 2007. Disponível: <<http://portalrevistas.ucb.br/index.php/RBCM/article/view/1027/933>>. Acesso: 05/02/2015.

UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE IRACI LULA MENDES. **Dados registrados**. 2014.

UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE IRACI LULA MENDES. **Dados registrados**. 2015.

www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/indic_sociosaude/2009/
Indicadores sociodemográficos e de saúde no Brasil. 2009.