

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO GESTÃO DO CUIDADO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

HERIBERTO BARBADO RICARDO

**EDUCAÇÃO EM SAÚDE COM PACIENTES HIPERTENSOS, NA
EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA TOPÁZIO, TEÓFILO OTONI,
MINAS GERAIS**

TEÓFILO OTONI - MINAS GERAIS

2018

HERIBERTO BARBADO RICARDO

**EDUCAÇÃO EM SAÚDE PARA PACIENTES HIPERTENSOS, NA
EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA TOPÁZIO, TEÓFILO OTONI,
MINAS GERAIS**

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

Orientador: Prof. Edison José Corrêa

TEÓFILO OTONI - MINAS GERAIS

2018

HERIBERTO BARBADO RICARDO

**EDUCAÇÃO EM SAÚDE PARA PACIENTES HIPERTENSOS, NA
EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA TOPÁZIO, TEÓFILO OTONI, MINAS
GERAIS**

Banca examinadora

Prof. Edison José Corrêa – orientador/UFMG

Profa. Dra. Maria Rizioneide Negreiros de Araújo - UFMG

Aprovado em Belo Horizonte, em: 24/08/2018.

DEDICATÓRIA

Dedicado a todos os profissionais do mundo que trabalham para melhorar a saúde das pessoas, sempre levando em consideração, em suas ações, o problema de saúde das pessoas, mas também o ambiente em que estão enquadradas, pois isso constitui um princípio fundamental da atenção básica para ações de promoção e prevenção em saúde.

Também dedicado a meus entes queridos, que sempre me ajudaram e me guiaram no caminho certo na vida.

AGRADECIMENTOS

A gratidão é a memória do coração, é por isso que quero gravar minha gratidão para:

Primeiro a Deus por me dar a oportunidade de viver e fazer tudo o que faço pela vida das pessoas.

À minha família que formou os fundamentos de meu caráter, que me acompanharão toda minha vida.

À minha equipe de trabalho e funcionários da Secretaria Municipal de Saúde, pela ajuda para obter as informações necessárias.

Ao meu orientador Prof. Edison José Corrêa.

Muito obrigado!

"Vivem sob a sombra da morte e uma espada de Dâmocles pode descer em qualquer momento".

Samuel Butler

RESUMO

A hipertensão arterial sistêmica constitui um grave problema de saúde pública no mundo, atualmente, por afetar parcela considerável da população. É a mais frequente das doenças crônicas não transmissíveis e também o principal fator de risco para complicações como doença renal crônica, acidente vascular cerebral e infarto agudo do miocárdio. Durante a realização do diagnóstico de saúde da área da abrangência da equipe de Saúde da Família de Topázio, em Teófilo Otoni, Minas Gerais, constatou-se um aumento da incidência das patologias crônicas, principalmente a hipertensão arterial, e um maior número de pessoas com complicações, pelo descontrole e desconhecimento sobre a doença. Sendo o principal problema identificado como prioridade pela equipe, esse estudo teve como objetivo propor uma intervenção com vista a modificar os conhecimentos que os pacientes têm sobre seu processo saúde-doença. A metodologia utilizada foi o Planejamento Estratégico Situacional, executada em três etapas: realização do diagnóstico situacional, revisão da literatura e desenvolvimento de um plano de ação. Neste estudo foram selecionados os seguintes nós críticos: desconhecimento da população sobre sua doença e a não existência de programas educativos enfocando o tema corretamente. Baseado nesses nós críticos foram propostas a criação dos projetos “Saber é Saúde” e “Viver melhor”, para aumentar a informação e conhecimento da população sobre Hipertensão Arterial. O trabalho desenvolvido busca garantir a ampliação de conhecimentos pelos pacientes hipertensos, famílias e comunidade, bem como implementar um modelo da assistência centrada no paciente.

Palavras-chaves: Atenção Primária à Saúde. Hipertensão. Educação em Saúde.

ABSTRACT

Systemic arterial hypertension is a serious public health problem in the world, currently affecting considerable portion of the population. It is the most frequent of non-communicable chronic diseases and also the main risk factor for complications such as chronic kidney disease, stroke and acute myocardial infarction. During the accomplishment of the health diagnosis of the area of the Topázio health team, it was observed an increase in the incidence of chronic pathologies, especially hypertension, and a greater number of people with complications due to lack of control and lack of knowledge about the disease. As the main problem identified as a priority by the family health team, this study aimed to propose an intervention to modify the knowledge that patients have about their health disease process. The methodology was Strategic Planning, executed in three stages: situational diagnosis, review of the literature and development of a plan of action. In this study, the following critical nodes were selected: the population was not aware about the disease and there was a lack of educational programs correctly focused on the theme. Based on these critical nodes, the projects "Saber é Saúde" (Health knowledge) and "Viver Melhor" (Healthy Living) were proposed to increase the information and knowledge of the population on arterial hypertension. The entire proposal was developed to guarantee knowledge of hypertensive patients, families and community about hypertension and to implement the model of patient-centered care.

Key words: Primary Health Care. Hypertension. Health education.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
ABS	Atenção Básica à Saúde
ABNT	Associação Brasileira de Normas Técnicas
ASCANOV	Associação de Catadores de Materiais Recicláveis Nova Vida
ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
AVEC	Acidente Vascular Encefálico
CAPS AD	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas
CAPS II	Centro de Atenção Psicossocial II
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
CNEPS	Comitê Nacional de Educação Popular em Saúde
DCV	Doenças Cardiovasculares
ESF	Estratégia Saúde da Família.
ETA	Estação de Tratamento de Água
FR	Fatores de risco
HA	Hipertensão arterial
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
HIPERDIA	Hipertensão e diabetes
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
IMC	Índice de Massa Corporal
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OPS	Organização Pan-Americana de Saúde

PA	Pressão Arterial
PAD	Pressão Arterial Diastólica
PACS	Programa Agente Comunitário de Saúde
PAS	Pressão Arterial Sistêmica
PNUD	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
PSA	Pressão Arterial Sistólica
PSE	Programa Saúde na Escola
PSF	Programa Saúde da Família
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SBC	Sociedade Brasileira de Cardiologia
SBH	Sociedade Brasileira de Hipertensão Arterial
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SUS	Sistema Único de Saúde
UBR	Unidade Básica de Referência
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais
UPA	Unidade de Pronto Atendimento

LISTA DE FIGURAS E QUADROS

Figura 1- Vista parcial da cidade de Teófilo Otoni – Minas Gerais	12
Figura 2- Municípios emancipados a partir de Teófilo Otoni – Minas Gerais	13
Figura 3- Vista parcial do distrito de Topázio, em Teófilo Otoni, Minas Gerais	20
Figura 4- Estratificação de risco no paciente hipertenso de acordo com fatores de risco adicionais, presença de lesão em órgão-alvo e de doença cardiovascular ou renal.	34
Quadro 1 Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à equipe de Saúde Topázio, município de Teófilo Otoni, estado de Minas Gerais	24
Quadro 2 – Classificação da pressão arterial de acordo com a medição casual ou no consultório a partir de 18 anos de idade	33
Quadro 3 – Operações sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema “Alta incidência de morbidade de Hipertensão arterial”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Topázio, do município de Teófilo Otoni, estado de Minas Gerais	42
Quadro 4 - Operações sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema “Alta incidência de morbidade de Hipertensão arterial”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Topázio, do município de Teófilo Otoni, estado de Minas Gerais	44
Quadro 5 - Operações sobre o “nó crítico 3” relacionado ao problema “Alta incidência de morbidade de Hipertensão arterial”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Topázio, do município Teófilo Otoni, estado de Minas Gerais.	46

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
1.1 Breves informações sobre o município de Teófilo Otoni - Minas Gerais	12
1.2 O sistema municipal de saúde	16
1.3 A Equipe de Saúde da Família Topázio, seu território e sua população	18
1.4 Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade	23
1.5 Priorização dos problemas	23
2 JUSTIFICATIVA	25
3 OBJETIVOS	26
3.1 Geral	26
3.2 Específicos	26
4 METODOLOGIA	27
5 REVISÃO DE LITERATURA	28
5.1 Estratégia Saúde da Família	28
5.2 Aspectos gerais: hipertensão arterial sistêmica	30
5.3 Fatores de risco e predisponentes para complicações por hipertensão arterial sistêmica	32
5.4 A importância do processo pedagógico em saúde	34
6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO	38
6.1 Descrição do problema selecionado	39
6.2 Explicação do problema selecionado	39
6.3 Seleção dos “nós críticos”	41
6.4 Desenho das operações	41
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	48
REFERÊNCIAS	49

1 INTRODUÇÃO

1.1 Breves informações sobre o município de Teófilo Otoni - Minas Gerais

Conforme o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2018), a população do município de Teófilo Otoni era de 134.745 mil habitantes, pelo Censo 2010, sendo que a população estimada para o ano de 2017 é de 141.934. Para uma área territorial de 3.242,27 km² a densidade populacional em 2010 era de 41,56 habitantes por km².

Figura 1 – Vista parcial da cidade de Teófilo Otoni - Minas Gerais



Fonte: Batista, 2016.

De acordo com a mesma fonte (BRASIL, 2018a) a cidade de Teófilo Otoni encontra-se situada no Nordeste do estado de Minas Gerais, no Vale do Mucuri, sendo considerado um centro macrorregional. O Vale do Mucuri possui 27 municípios: Águas Formosas, Ataléia, Bertópolis, Campanário, Carlos Chagas, Catuji, Crisólita, Frei Gaspar, Fronteira dos Vales, Itaipé, Itambacuri, Jampruca, Ladainha, Malacacheta, Machacalis, Nanuque, Ouro verde de Minas, Pavão, Pescador, Poté, Serra dos Aimorés, Teófilo Otoni, Umburatiba e mais quatro municípios criados em 1995: Franciscópolis, Novo Oriente de Minas, Santa Helena de Minas e Setubinha. O município de Teófilo Otoni limita-se com os seguintes municípios: Novo Oriente de

Minas, a norte; Pavão, a nordeste; Carlos Chagas, a leste; Ataléia, a sudeste; Frei Gaspar, a sul; a sudoeste; Poté e Ladainha, a oeste; e Itaipé e Catuji, a noroeste (Figura 2). Muitos dos municípios citados foram emancipados do município original de Teófilo Otoni (Figura 2).

Figura 2 – Municípios emancipados a partir de Teófilo Otoni – Minas Gerais



Fonte: Furtado e Abreu, 2005.

O município de Teófilo Otoni é composto por cinco distritos: Pedro Versiani, Crispim Jacques, Rio Pretinho, Mucuri e Topázio.

Segundo a Associação Mineira de Municípios (2016), a geração de renda no estado de Minas Gerais tem como uma de suas características centrais o alto grau de concentração regional. Somente a região Central, a mais próspera e populosa do estado, responde por quase metade (46,6%) do PIB mineiro, ao passo que as regiões historicamente mais deprimidas – Norte, Jequitinhonha/Mucuri e Rio Doce, totalizam juntos, apenas 12,2%. Reunindo, o Jequitinhonha/Mucuri apresenta o mais baixo PIB per capita dentre as dez regiões de Minas Gerais, com 5,1% da população e 1,9% do PIB do estado, comparativamente às demais regiões de Minas Gerais, a

taxa de urbanização do Jequitinhonha/Mucuri é baixa (63,2%) e tem em Teófilo Otoni o município polo da região.

A distribuição setorial do PIB do Jequitinhonha/Mucuri revela ampla predominância dos serviços (69,0%) em comparação à participação relativa da agropecuária (16,5%) e da indústria (14,5%). A região é também responsável por 1,5% dos empregos formais e por apenas 0,3% das exportações totais da economia estadual. Quando analisada individualmente cada atividade, nota-se maior contribuição da região na geração do valor adicionado da agropecuária (4,1%), seguida dos serviços (2,4%) e, por último, da indústria (0,9%). Dentre as atividades econômicas desenvolvidas na região, destaque para agricultura, pecuária, mineração, pedras ornamentais, pedras preciosas e reflorestamento. Nos últimos anos, a participação regional no total das exportações do estado oscilou negativamente em 0,53 pontos percentuais, enquanto que no PIB manteve-se estável (ASSOCIAÇÃO MINEIRA DE MUNICÍPIOS, 2016; BRASIL, 2018a).

Há um maior número de mulheres residentes no município, 52% da população e o número de alfabetizados chega a 65,2% (BRASIL, 2018a).

Pode-se observar que a cidade de Teófilo Otoni cresceu no âmbito social, econômico e educacional. O crescimento da longevidade é o mais representativo em termos de valores nos três anos avaliados, e a Educação a que mais cresceu com o passar do tempo. Quanto à renda *per capita* média, segundo Atlas Brasil (2013a), Teófilo Otoni cresceu 105,58% nas últimas duas décadas, passando de R\$ 299,32 em 1991 para R\$ 415,51 em 2000 e R\$ 615,34 em 2010. A taxa média anual de crescimento foi de 38,82% no primeiro período e 48,09% no segundo. A extrema pobreza (medida pela proporção de pessoas com renda domiciliar per capita inferior a R\$ 70,00, em reais de agosto de 2010) passou de 23,94% em 1991 para 13,22% em 2000 e para 5,47% em 2010 (ASSOCIAÇÃO MINEIRA DE MUNICÍPIOS, 2016; BRASIL, 2018a).

Boscov, Pereira e Lisboa (2017), no que tange ao perfil industrial, dados estatísticos relata que os produtos mais exportados, pelo município, são as pedras preciosas (98,34%), e seu maior importador é Hong Kong (59,77%) seguido de Estados Unidos (23,07%); o total de exportações no município chegou a \$25,7 milhões de USD.

A agricultura é o setor que não tem muita relevância na economia de Teófilo Otoni. Existem pequenas fábricas, atualmente, a indústria é o setor que não influencia na economia do município. As poucas indústrias da cidade estão ligadas à agroindústria, ao setor alimentício e principalmente ao setor de extração e transformação de minerais e pedras preciosas.

Segundo dados da Prefeitura Municipal de Teófilo Otoni *apud* Boscov, Pereira e Lisboa (2017), o município conta com 176 entidades e sete meios de comunicação para o repasse de informações à população e a difusão de notícias de interesse público. Já na parte cultural, Teófilo Otoni conta com vários grupos que procuram preservar as tradições do município e enriquecer os movimentos culturais. São exemplos desses: Associação Espaço Adolescente, Associação dos Artesãos, Instituto Histórico e Geográfico do Mucuri, Associação Cultural Ferroviário Bahia - Minas, Associação de Arte Coral Paulo VI. Há também bandas tradicionais e grupos de danças como: Banda da Polícia Militar do 19º Batalhão, de São Julião, Córrego Dantas, Córrego do Baixão, Cabeceira São Pedro e Brejão, Banda do Tranquilino, agora rebatizada de Francisco de Paula, e os grupos de dança: “Grupo de dança Alemã Christopher”, o “Corpore”, “Grupo de Folia e Batuque Pai João Preto”, “Escola de Dança”, “Ideologia Crew do Hip Hop”. Na parte teatral, o município conta com: “Grupo Cia In Cena”, “Grupo de Teatro da Igreja do Brejão”, “Poltrona 06”, “Diversas Faces” e “Bicho Calango”. O Grupo Folclórico Folia dos Santos Reis e da Imaculada Conceição também ajudam a manter as tradições vivas.

No que se diz respeito à infraestrutura de saneamento, o município conta com uma Estação de Tratamento de Água (ETA) e uma Estação de Tratamento de Esgoto (ETE) gerenciada pela Companhia de Saneamento de Minas Gerais (COPASA), que proporciona condições de infraestrutura e saúde no espaço urbano, no entanto não representa uma cobertura de 100% da população. Quanto à disposição do lixo, na sede do município, a coleta é realizada pela empresa terceirizada HS – Prestação de Serviços, que posteriormente encaminha-o para o “aterro sanitário” da cidade. Já a área rural não conta com coleta, tratamento ou disposição adequada de resíduos sólidos. Há uma associação que foi estabelecida no município para encarregar-se da coleta seletiva e destinação à reciclagem dos resíduos que ainda possuem valor econômico agregado, denominada Associação de Catadores de Materiais

Recicláveis Nova Vida (ASCANOVI). Porém esta entidade tem enfrentado muitos problemas e sua eficácia na coleta de resíduos e no reenvio dos mesmos ao mercado através de processos de reciclagem enfrenta muitas dificuldades. Atua também no município uma empresa de reciclagem denominada Recicladora União que recolhe materiais recicláveis como papelão, plásticos, metais e outros, de empresas, indústrias ou domicílios que solicitem para vendê-los como recicláveis.

Conforme o Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil (2013b) cita que o Índice de Desenvolvimento Humano (IDHM) do município de Teófilo Otoni-MG, passou de 0,589 em 2000 para 0,701 em 2010, com uma taxa de crescimento de 19,02%.

O hiato de desenvolvimento humano, ou seja, a distância entre o IDHM do município e o limite máximo do índice, que é 1, foi reduzido em 72,75% entre 2000 e 2010. Nesse período, a dimensão cujo índice mais cresceu em termos absolutos foi Educação (com crescimento de 0,167), seguida por Longevidade e por último a Renda (ATLAS DO DESENVOLVIMENTO HUMANO NO BRASIL, 2013b, p. 2).

1.2 O sistema municipal de saúde de Teófilo Otoni – Minas Gerais

Há vários anos o município adotou a Estratégia Saúde da Família para a reorganização da atenção básica e conta hoje com 33 equipes, entre a zona urbana e a zona rural, cobrindo uma porcentagem elevada da população.

O modelo de atenção predominante no município de Teófilo Otoni é o Sistema Único de Saúde (SUS), concebido como um sistema nacional e público de saúde. A forma de organização do sistema de saúde do município é em rede, prestando uma assistência integral e contínua a uma população definida, com comunicação fluida entre os diferentes níveis. A distribuição dos serviços de saúde conforme a Rede de Atenção à Saúde do município de Teófilo Otoni-MG é desenhada conforme os seguintes níveis de assistência: Atenção Básica: 32 Unidades de Saúde com a Estratégia Saúde da Família, uma Farmácia Distrital; um serviço de Vigilância Sanitária; um serviço de Vigilância Epidemiológica, uma equipe de consultório na rua e quatro equipes de Núcleo de Apoio Saúde da Família (NASF). Atenção Secundária: oito laboratórios municipais (convênio); uma Policlínica Municipal; um

Centro de Especialidades Saúde da mulher, um Centro Especializado de Odontologia (CEO), um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS II), um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS-ad) e um CAPS infanto-juvenil (CAPSi). Atenção Terciária: um hospital municipal de ortopedia e traumatologia; dois Hospitais particulares conveniados ao SUS, um hospital para tratamento oncológico. Rede de Urgência: uma Unidade de Pronto Atendimento 24 horas (UPA), um Serviço de Atendimento Médico de Urgência (SAMU), Corpo de Bombeiros Militar.

O Sistema de Referência e Contrarreferência: funciona localmente com atendimento de demanda simples de especialistas existentes no município. Em casos mais complexos esse atendimento especializado é feito em Belo Horizonte, cidade referência regional, mas os sistemas de referência e contrarreferência são deficitários, pois é demorado o retorno no tempo adequado à necessidade das equipes e dos pacientes.

As redes de média e alta complexidade públicas e privadas funcionam razoavelmente; redes de alta complexidade só em polos maiores, como Belo Horizonte, entre outros. A população de responsabilidade das redes de atenção à saúde vive em territórios sanitários singulares, organiza-se socialmente em famílias e é cadastrada e registrada em subpopulações por riscos socio sanitários no sistema de informação utilizado (VILAÇA, 2011, p.85).

Mas não basta o conhecimento da população total: ela deve ser subdividida em subpopulações por fatores de risco e estratificada por riscos em relação às condições de saúde estabelecidas. Conforme Minas Gerais (2009, p.12), “[...] a estrutura operacional das redes de atenção à saúde materializa-se em cinco componentes: os pontos de atenção à saúde secundária e terciária; o centro de comunicação localizado na atenção primária à saúde; os sistemas de apoio; os sistemas logísticos; e o sistema de governança da rede.” O modelo de atenção à saúde segue uma organização lógica assistencial de forma hierarquizada na atenção à saúde, articulando de forma singular entre os pontos de assistência, as relações entre os componentes da rede e as intervenções sanitárias, definido em razão da visão prevalente da saúde, das situações demográfica e epidemiológica

e dos determinantes sociais da saúde, vigentes em determinado tempo e em determinada sociedade.

A macrorregião da qual Teófilo Otoni é polo, concentra uma população de cerca de 882.000 pessoas. Sabe-se, entretanto, que além da população das cidades mineiras que compõem a macrorregião de saúde Nordeste, Teófilo Otoni atrai ainda, habitantes de cidades do sul da Bahia e norte do Espírito Santo, que vêm para Minas Gerais em busca de atendimento médico especializado (MARTINEZ, 2017, p.13).

1.3 A Equipe de Saúde da Família Topázio, seu território e sua população

Em Teófilo Otoni a Atenção Primária à Saúde (APS) ampliou a cobertura populacional das equipes de Estratégia Saúde da Família (ESF), que de 13,44% em 2005 foi para 29,05% em 2012 com 26 Unidades Básicas de Saúde (UBS) e seis Programas de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Atualmente há 32 eSF em funcionamento, de acordo com o Plano Municipal de Saúde 2014-2017 (TEÓFILO OTONI, 2018). O distrito de Topázio, de acordo com RIVERA (2015, p.4) é

[...] um distrito do município brasileiro de Teófilo Otoni, no interior do estado de Minas Gerais. Foi criado pelo decreto-lei estadual nº 148, de 17 de dezembro de 1938, então com o nome de Jardimópolis. Pelo decreto-lei estadual nº 1058, de 31 de dezembro de 1943, passa a ter sua denominação atual. De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), sua população no ano de 2010 era de 4.524 habitantes, sendo 2.278 homens e 2.246 mulheres, possuindo um total de 1.685 domicílios particulares, sua população vem crescendo, e está estimada em 5.500 habitantes na atualidade, divididos em 15 microáreas, todas elas rurais, além disso, conta com áreas indígenas e alguns quilombos.

A Unidade Básica de Saúde (UBS) da Equipe de Topázio foi inaugurada há cerca de oito anos e está situada na rua principal do bairro que faz a ligação com o centro da cidade e outras cidades adjacentes. É uma casa alugada, adaptada para ser uma UBS. A casa é antiga, porém bem conservada. Sua área pode ser considerada inadequada, considerando a demanda e a população atendida (3.182 pessoas), embora o espaço físico seja muito bem aproveitado.

A área destinada à recepção é espaçosa, razão pela qual, nos horários de pico de atendimento (manhã), existe espaço e cadeiras para todos. As pessoas não têm que aguardar o atendimento em pé. Existem três consultórios (médico, enfermagem, dentista), uma sala de vacinação, dois banheiros (de pessoal e de pacientes), a cozinha e uma sala de triagem. Não existe sala de reuniões, razão pela qual a equipe utiliza a área destinada à recepção. Os consultórios contam com adequadas condições de iluminação e boa ventilação. As reuniões com a comunidade (os grupos operativos, por exemplo) são realizadas no salão da escola, que fica perto da unidade básica de saúde.

A população tem muito apreço pela UBS, fruto de anos de luta da Associação Comunitária. A comunidade vive perto, e concorre às consultas agendadas e programadas. A Unidade, atualmente, está pouco equipada e conta com os recursos adequados para o trabalho da equipe. Porém, até o final da última administração, funcionava sem glicosímetro, nebulizador e instrumental cirúrgico para pequenas cirurgias. A falta desses materiais constituiu-se em foco de tensão relevante entre a equipe de saúde e o gestor municipal de saúde.

O tempo da equipe está ocupado quase que exclusivamente com as atividades de atendimento da consulta espontânea (maior parte) e com o atendimento da demanda programada, com alguns programas, como: saúde bucal, pré-natal, puericultura, controle de câncer de mama e ginecológico, Hiperdia, e acompanhamento de crianças desnutridas e crianças normais. Como atividades de promoção realizadas por nossa equipe podem-se mencionar palestras sobre higiene ambiental e pessoal, importância de cumprir tratamento e controle de doenças crônicas, como hipertensão arterial, diabetes mellitus e dependência química.

A equipe já tentou desenvolver outras ações de saúde como, por exemplo, horta comunitária e grupos de Hiperdia, que, com o tempo, se mostraram pouco frutíferas. No início essas iniciativas conseguiram despertar algum interesse da comunidade, mas logo as pessoas “sumiam” das reuniões e o trabalho “morria”. Em relação aos grupos de Hiperdia, a equipe resolveu condicionar a “troca das receitas” à participação nas reuniões, o que provocou questionamentos por parte da população e não mudou qualitativamente a participação nas reuniões. Realizam-se atividades

em grupo, por exemplo, Hiperdia, Programa de Saúde na Escola (PSE), ginástica orientada com profissional de educação física e atividades de vigilância sanitária pelos agentes comunitários de saúde para prevenir doenças transmissíveis como dengue, tuberculose, hanseníase.

As relações entre os membros da equipe são muito boas; realmente trabalhamos como equipe e tentamos resolver os problemas todos juntos.

Figura 3 – Vista parcial do distrito de Topázio, em Teófilo Otoni, Minas Gerais



Fonte: Registro do autor (2018).

O distrito de Topázio possui energia elétrica em toda a área urbana e maior parte da área rural, água potável na maioria dos domicílios, não tem clínicas médicas e hospitais possui duas escolas estaduais de nível fundamental e médio, oito escolas municipais em sua maioria na área rural, uma escola privada de nível de anos iniciais de alfabetização e uma creche privada. Há um posto dos Correios, não há banco e só tem telefonia fixa e pública em alguns lugares. Além disso, tem várias igrejas dentro do distrito, evangélicas e católicas. A maioria da população mora em condições adequadas, além de alguma população isolada encontrar-se em situação de risco por contaminação do solo e água, constatada devido grande demanda por vermífugos. Essa população ainda consome água de poços ou nascentes, utilizando por vezes como forma de tratamento, apenas a sua filtragem. Prevalece o sistema de fossas, quase sempre rudimentares, ou esgoto a céu aberto.

A maioria da população do distrito de Topázio trabalha nas roças, a atividade é principalmente agrícola e pecuária. Muita gente pratica a agricultura de subsistência, outras pessoas trabalham em pequenos comércios locais e em Teófilo Otoni. O nível de formação escolar é baixo; a religião predominante é a católica. A comunidade gosta de músicas e tem bom comportamento social, com baixos índices de criminalidade. Os costumes locais obedecem aos de comunidades mineiras rurais.

A área adscrita á equipe de Saúde da Família da qual faz parte o autor, atualmente abrange uma população de 3.182 pessoas cadastradas, distribuída em zona rural. Temos 746 famílias cadastradas pelo SUS, delas são 1.181(37,1%) do sexo masculino e 2.001 (62,9 %) do sexo feminino, em cinco assentamentos e uma comunidade, todas com agente comunitário de saúde.

Não há problemas com a energia elétrica, pois 100% das casas tem eletricidade.

Nossa equipe da saúde da família rural está composta por um médico, uma enfermeira, uma auxiliar administrativo, uma cirurgiã dentista, uma vacinadora, uma recepcionista, uma auxiliar de saúde bucal, uma em serviços gerais e seis agentes comunitários de saúde. Nossa equipe de saúde tem conhecimento do território local onde acontece a construção cotidiana da vida das pessoas, suas atividades religiosas, históricas, políticas e costumes.

A equipe está trabalhando de acordo com as disposições legislativas do Ministério da Saúde, onde são cadastradas as famílias, identificados os problemas de saúde e fatores de risco, sendo responsável pelo monitoramento dos indivíduos, famílias e comunidade, com várias ações de prevenção e promoção em saúde, como um todo. É dada prioridade a programas como doenças crônicas, doenças transmissíveis, grávidas, crianças, idosos, vacinação, promoção e prevenção de saúde, com palestras e outras atividades mantidas nas escolas e em grupos prioritários.

[...] população de Topázio no ano de 2010 era de 4.524 habitantes, sendo 2.278 homens e 2.246 mulheres, possuindo um total de 1.685 domicílios particulares, sua população vem crescendo, e está estimada em 5.500 habitantes na atualidade, divididos em 15 5 microáreas, todas elas rurais, além disso, conta com áreas indígenas e alguns quilombos (RIVERA, 2015, p.4).

A população é na maioria adulta, com uma alta morbidade de hipertensão arterial sistêmica (HAS), com 488 pacientes de 15 anos e mais cadastrada na população geral da equipe 3.182 pessoas. Há também alta morbidade de diabetes mellitus, com 92 pacientes.

Pode-se observar clara predominância de doenças crônicas degenerativas na população, e a existência de muitos fatores de risco de doenças cardiovasculares em que predominam maus hábitos alimentares, alcoolismo, tabagismo, obesidade e hiperlipidemia (mista ou isolada), automedicação e farmacodependência. Tem-se cadastradas 22 gestantes e cinco são adolescentes.

Em observação ativa e informantes chaves, sabe-se que a maior parte da população se dedica à agricultura. Os homens trabalham como lavradores, vaqueiros, agricultores, pecuaristas. As mulheres, nos serviços domésticos e nas lavouras, e as crianças ajudam seus pais nas atividades diárias. Na agricultura é bastante expressiva a cultura de feijão, milho, cana de açúcar, mandioca e hortifrutigranjeiros. Na pecuária o destaque é o gado leiteiro. A indústria existente é artesanal, como a fabricação de cachaça, queijo, requeijão e farinha de mandioca. Esses produtos são vendidos nas feiras livres. Muitas famílias vivem de aposentadoria, outras de agricultura e trabalhos em fazendas. Um fator que merece destaque é a migração da população para os centros urbanos em busca de melhores condições de vida.

A estrutura de saneamento básico na comunidade deixa muito a desejar, principalmente no que se refere ao esgotamento sanitário e à coleta de lixo. Além disso, parte da comunidade vive em moradias bastante precárias. O analfabetismo é elevado, sobretudo entre os maiores de 40 anos. Nas últimas administrações, a comunidade tem recebido algum investimento público (escola, centro de saúde) em função da pressão da associação comunitária, que é bastante ativa. A população conserva hábitos e costumes próprios da população rural brasileira e gosta de comemorar as festas religiosas, em particular as festas juninas.

1.4 Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade

Para a estimativa rápida e identificação dos principais problemas existentes no território da unidade, as informações obtidas favoreceram a construção do diagnóstico situacional, em que foram identificados os seguintes problemas:

- Alta prevalência de hipertensão arterial sistêmica;
- Alta prevalência de dislipidemia;
- Alta incidência de esquistossomose;
- Risco cardiovascular aumentado;
- Gestação na adolescência;
- Alta morbidade de diabetes mellitus;
- Falta de tratamento da água de consumo;
- Automedicação.

O levantamento dos dados foi complementado pelos registros de dados do SUS e através de registros e observação ativa da equipe multiprofissional.

1.5 Priorização dos problemas

O Quadro 1 apresenta a priorização dos problemas considerando a relevância dos mesmos e a capacidade de intervenção da equipe de saúde.

Durante a priorização de um problema, foi escolhida **a alta prevalência de hipertensão arterial**, por sua complexidade e mortalidade geral, e pelos poucos conhecimentos dos pacientes sobre sua doença; com proposição de um plano de ação para modificar essa situação na ESF Topázio.

Quadro 1- Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à equipe de Saúde Topázio, município de Teófilo Otoni, estado de Minas Gerais

Problemas	Importância*	Urgência**	Capacidade de enfrentamento***	Seleção/ Priorização****
Alta prevalência de hipertensão arterial	Alta	7	Parcial	1
Alta prevalência de dislipidemia.	Alta	5	Parcial	2
Alta incidência de esquistossomose	Alta	4	Parcial	3
Risco cardiovascular aumentado	Alta	4	Parcial	4
Gestação na adolescência	Alta.	3	Parcial	5
Alta prevalência de diabetes mellitus	Alta	3	Parcial	6
Falta de tratamento da água de consumo.	Média	2	Parcial.	7
Automedicação	Média	2	Parcial	8

Fonte: FARIA; CAMPOS, SANTOS (2017). Produção de dados pelo autor.

*Alta, média ou baixa

** Urgência

***Total, parcial ou fora

****Ordenado considerando os três itens.

2 JUSTIFICATIVA

O assunto intitulado nesse trabalho foi escolhido por sua relevância entre os problemas identificados pela ESF Topázio. Para a equipe é de fundamental importância realizar ações de prevenção e promoção em saúde junto à comunidade local para que seja melhorado o nível de conhecimento das pessoas a cerca de seu processo saúde-doença, tomando consciência da importância do autocuidado e reconhecendo os fatores de riscos que envolvem a HAS, garantindo a implementação de modelo de atenção centrado na pessoa.

Ainda, indicadores de alta incidência de morbidade de hipertensão arterial justificam essa proposta de intervenção pela relevância social e acadêmica para o aprofundamento de ações e novos estudos que atuem sobre fatores predisponentes à HAS. É marcante na população adscrita o baixo nível de conhecimentos dos pacientes sobre sua patologia a alto índice de morbidade causada pela HAS, sendo fundamental a proposição de um plano de ação para modificar essa situação na ESF de Topázio.

3 OBJETIVOS

3.1 Geral

Elaborar e apresentar um projeto de intervenção educativo para interagir com a comunidade e atualizar os conhecimentos dos pacientes hipertensos e comunidade sobre hipertensão arterial, pela equipe de Saúde da Família Topázio, em Teófilo Otoni, Minas Gerais.

3.2 Específicos

Propor atividades de educação permanente junto à equipe de Saúde da Família Topázio em aspectos conceituais e ações em hipertensão arterial sistêmica, relativos a fatores de proteção e fatores de risco.

Propor uma programação de educação em saúde com os pacientes hipertensos e comunidade para garantir a redução de fatores de riscos que envolvem a HAS, a melhoria do estilo de vida da população e a participação ativa no cuidado de sua doença;

Propor articulações e ações junto à rede de atenção à saúde para proporcionar a melhoria do processo de trabalho e da gestão do cuidado.

4 METODOLOGIA

Para a realização do trabalho, foram utilizadas como dados a observação ativa da área, com a participação da equipe da saúde e diversos setores sociais da área de abrangência, utilizando a metodologia do Planejamento Estratégico Situacional e seus seguintes passos: estimativa rápida dos problemas, priorização de problema principal (sua importância, urgência de solução e capacidade real da equipe para seu enfrentamento), sua descrição e explicação, seleção de nós críticos e desenho das operações.

Para o desenho das operações/elaboração do plano de ação utilizou-se o planejamento das ações estratégicas relativas a nós críticos, com proposições a resultados e produtos esperados, recursos necessários e críticos, ações estratégicas e processo de acompanhamento e avaliação, conforme descrito por Faria, Campos e Santos (2018). Sendo o problema prioritário a alta morbidade por hipertensão arterial em pacientes com poucos conhecimentos sobre sua doença foram selecionados três nós críticos para a intervenção, cada um deles descrito como um projeto.

Para realizar esse trabalho, foi utilizado o Planejamento Estratégico Situacional para estimativa rápida dos problemas observados e definição do problema prioritário, dos nós críticos e das ações propostas para intervenção.

Para redação do texto foram aplicadas as normas da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT) e as orientações do caderno de Iniciação à metodologia: Trabalho de Conclusão de Curso (CORRÊA; VASCONCELOS; SOUZA, 2018).

Uma revisão de literatura sobre o tema desse estudo foi realizada a partir de fontes atualizadas e com relevância sobre o tema no Brasil e no mundo. Utilizaram-se as linhas guia do Ministério da Saúde – estratégias, cadernos de atenção básica, política nacional, protocolo (BRASIL, 2014 a 2006b; 2010) e os cadernos do Curso de Especialização Gestão do Cuidado em Saúde da Família. Também foram utilizados artigos da base de dados *Scientific Electronic Online*, utilizando-se os descritores: Atenção Primária à Saúde. Hipertensão. Educação em Saúde.

5 REVISÃO DE LITERATURA

Para um embasamento conceitual desse trabalho é apresentada uma revisão, considerando os seguintes temas correlacionados:

- Estratégia Saúde da Família
- Aspectos gerais: Hipertensão Arterial Sistêmica
- Fatores de risco e predisponentes para complicações por Hipertensão Arterial Sistêmica
- A importância da educação em saúde.

5.1 Estratégia Saúde da Família

A atenção primária à saúde tem sido considerada, no contexto atual, como fundamental para a reorientação do modelo de atenção à saúde (SOUSA; SILVA; RODRIGUES, 2011).

Já Cutolo e Madeira (2010, p. 80) citam que o ciclo atual da Atenção Primária à Saúde (APS) no Brasil é caracterizado pelo desenvolvimento e expansão da Estratégia Saúde da Família (ESF), sendo que deve organizar-se de modo a atender os princípios e diretrizes do SUS.

No Brasil a organização da APS está hierarquizada de forma que seja atendida a demanda capaz de abordar o processo de saúde-doença dos indivíduos em suas singularidades contemplando o contexto familiar e comunitário. (BRITO; MENDES; NETO, 2018).

Garnelo *et al.* (2014, p. 159), citando a Resolução n. 439 do Ministério da Saúde (BRASIL, 2011) dizem que o Sistema Único de Saúde (SUS) vem

[...] ampliando as responsabilidades municipais para a garantia de acesso aos serviços de saúde, com prioridade para a Atenção Básica Em Saúde, que tem na Saúde da Família a estratégia prioritária à sua expansão e consolidação. No âmbito do SUS, a Atenção Básica (AB) tem sido considerada uma forma de operacionalizar a Atenção Primária à Saúde (APS), devendo ser desenvolvida com o mais alto

grau de descentralização e capilaridade e orientada pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social.

Percebe-se que a organização da assistência a população adscrita ao território está vinculada a Estratégia Saúde da Família que atende as demandas da comunidade através de suas equipes de Saúde da Família numa lógica hierarquizada utilizando os dispositivos presentes na rede de assistência.

A Estratégia Saúde da Família (ESF) demanda uma reorganização dos processos de trabalho de equipes vinculadas e em particular do cuidado ofertado, respeitando as necessidades da população no território adscrito às equipes de Saúde da Família (GARNELO et al., 2014, p. 159).

Já o autor Bassani; Mora; Ribeiro (2009) relatam que o Programa Saúde da Família (PSF) foi implantado através do Ministério da Saúde no ano de 1994, com a finalidade de aumentar o acesso das pessoas ao SUS e melhorar as ações de prevenção e promoção da saúde.

Desta forma é importante ressaltar que faz-se necessária a capacitação das equipes de saúde da família para realizar a incentivação das ações intersetoriais, a fim de enfrentar os problemas encontrados; proporcionar educação à saúde e dar evolução ao autocuidado das pessoas; fornecer atendimento a demanda programada ou espontânea; elaborar plano de ação para os fatores decorrentes do processo saúde/doença; identificar os problemas de saúde e riscos predominantes os quais a população está exposta; identificar a realidade epidemiológica e sociodemográfica das famílias (BASSANI; MORA; RIBEIRO, 2009, p. 13).

Portanto, percebe-se que, antes da reorganização da rede de assistência em saúde, em que após anos de cuidados centrados no modelo hospitalocêntrico, surge no Brasil o Programa de Saúde da Família (PSF), para reorganização do modelo assistencial de atenção básica, que visa atender as necessidades de saúde centrado nas pessoas e suas singularidades, contando com uma equipe multidisciplinar.

5.2 Aspectos gerais: hipertensão arterial sistêmica

Os autores Oliveira e Nogueira (2010) definem a hipertensão arterial sistêmica como a elevação crônica da pressão arterial sistólica (PAS) ou pressão arterial diastólica (PAD).

De acordo com Rosário *et al.* (2009, p.673) “A hipertensão arterial é considerada uma síndrome por estar frequentemente associada a um agregado de distúrbios metabólicos, tais como obesidade, aumento da resistência à insulina, diabete melito e dislipidemias, entre outros”.

Segundo Ferreira (2009) estima-se que exista cerca de um bilhão de indivíduos hipertensos no mundo, sendo a hipertensão arterial responsável por aproximadamente 7,1 milhões de óbitos por ano.

De acordo com dados da Organização Mundial da Saúde (OMS), das DCNTs, as doenças do aparelho circulatório são responsáveis por cerca de 17 milhões de mortes/ano em todo o mundo. Dessas, 55,3% corresponderam a complicações decorrentes da hipertensão arterial. Em 2008, cerca de 40% dos adultos com 25 anos ou mais foram diagnosticados com hipertensão arterial, sendo que a doença correspondeu a 12,8% do total de mortes anuais, o que representou 3,7% do total de carga de doença (LOBO *et al.*, 2017, p.2).

Já no Brasil a prevalência da HAS varia entre 22% e 44% para adultos (32% em média), chegando a mais de 50% para indivíduos com 60 a 69 anos e 75% em indivíduos com mais de 70 anos (BRASIL, 2014).

Todavia, estudos realizados de prevalência da hipertensão arterial no Brasil concluem que a hipertensão arterial em adultos brasileiros atinge patamares que demonstram a necessidade de intervenção imediata da Saúde Pública, tanto na atenção em saúde como na tomada de medidas preventivas que visem à abordagem global dos fatores de risco para doenças cardiovasculares (PASSOS, 2006, p. 35).

No Brasil conforme Moreira (2013, p.62) “[...] 25% da população adulta apresenta essa doença e estima-se que em 2025 esse número terá aumentado em 60%, atingindo uma prevalência de 40%”.

Existem alguns fatores tornam-se importantes para a determinação da hipertensão arterial sistêmica, como:

“[...] o excesso de peso, o fumo, o consumo de álcool, a alimentação inadequada, a inatividade física e a história familiar, que tem ocupado destaque entre os principais fatores” (WENZEL et al., 2009, p.95).

A HAS é um grave problema para a saúde pública, devido sua alta prevalência e baixa taxa de controle, é importante que as pessoas hipertensas tenham o conhecimento da influência de hábitos e estilos de vida inadequada, tanto na origem, quanto no tratamento dessa doença. (SILVA, 2014, p.15).

[...] um problema grave de saúde pública no Brasil e no mundo. Ela é 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 (BRASIL, 2006, p. 9).

Portanto, Nobre *et al.* (2013) dizem que a hipertensão arterial é uma síndrome poligênica e compreende aspectos genéticos, ambientais, vasculares, hormonais, renais e neurais.

O acompanhamento e controle da HAS mostram-se efetivos na atuação da equipe multidisciplinar na atenção básica, como o programa Estratégia Saúde da Família (ESF) e o HIPERDIA, dentre outros que obedecem rigorosamente os quesitos necessários para a garantia da excelência do atendimento e avanço para a melhoria do controle da patologia, além do levantamento do perfil sócio demográfico. (SOUSA; MARQUES; MOREIRA, 2015, p. 102).

Já Lima, Moreira, Salet (2013) citam que para que se tenha um resultado com sucesso ao tratamento da HAS, devem ser adotadas uma programação sistematizada de incentivo a atividades físicas, hábitos alimentares saudáveis, além de tratamento medicamentoso.

5.3 Fatores de risco e predisponentes para complicações por hipertensão arterial sistêmica

A abordagem da equipe multiprofissional é de suma relevância no tratamento da hipertensão arterial e na promoção, prevenção das complicações crônicas. Assim como todas as patologias crônicas, a hipertensão arterial exige um processo contínuo de motivação para que o paciente não abandone o tratamento e tenha uma boa adesão medicamentosa.

O excesso de peso é um fator predisponente para a hipertensão. Estima-se que 20% a 30% da prevalência da hipertensão pode ser explicada pela presença do excesso de peso. Todos os hipertensos com excesso de peso devem ser incluídos em programas de redução de peso. A meta é alcançar um índice de massa corporal (IMC) inferior a 25 kg/m² e circunferência da cintura inferior a 102 cm para homens e 88 cm para mulheres, embora a diminuição de 5% a 10% do peso corporal inicial já seja capaz de produzir redução da pressão arterial. [...] a obesidade, o sedentarismo, a inatividade física e os hábitos alimentares inadequados, que estão no topo dos principais fatores de risco que sensibilizam o organismo a desenvolver a doença (BRASIL, 2006b, p. 25).

Conforme Costa *et al.* (2012) a hipertensão arterial sistêmica (HAS) têm fatores de riscos comuns e normalmente estão associadas a comorbidades, principalmente em indivíduos idosos; porém, atingem também adolescentes e adultos jovens.

Vários estudos apontam que a HAS é ocasionada por um conjunto de fatores que estão associados à sua evolução e agravo. Estes fatores são conhecidos como fatores de risco. Segundo Malachias *et al.* (2016), são: “[...] Idade, sexo/gênero e etnia, fatores socioeconômicos, ingestão de sal, excesso de peso e obesidade, ingestão de álcool, genética, sedentarismo, além do tabagismo e a não adesão ao tratamento.”

A literatura demonstra que muitos fatores de risco para hipertensão são modificáveis, o que torna a hipertensão evitável na maioria dos casos ou com alta probabilidade de controle, se já presente. Lessa (2006, p.39) cita que a “Etnia, idade, sexo e predisposição genética são fatores não modificáveis. E fatores ambientais e socioeconômicos são de difícil modificação”.

Levando-se em conta risco cardiovascular a hipertensão arterial sistêmica pode ser traduzida como o aumento dos níveis pressóricos acima do recomendado para uma determinada faixa etária e condição de quadro clínico. Conforme Martinez (2016, p. 21) as elevações inadequadas da pressão arterial podem ser divididas inicialmente em três classes:

- Crises hipertensivas: incluem urgências e emergências hipertensivas, emergências hipertensivas e urgências hipertensivas.
- Pseudocrises hipertensivas.
- Elevação eventual do nível pressórico.

No quadro 2 mostra a classificação e estágios da pressão arterial sistêmica de acordo com a medição casual a partir dos 18 anos de idade, verificando-se estágios diferentes e avaliação conforme categorias diferentes da pressão arterial.

Quadro 2 – Classificação da pressão arterial de acordo com a medição casual ou no consultório a partir de 18 anos de idade

Classificação	PAS (mm Hg)	PAD (mm Hg)
Normal	≤ 120	≤ 80
Pré-hipertensão	121-139	81-89
Hipertensão estágio 1	140 – 159	90 – 99
Hipertensão estágio 2	160 – 179	100 - 109
Hipertensão estágio 3	≥ 180	≥ 110
Quando a PAS e a PAD situam-se em categorias diferentes, a maior deve ser utilizada para classificação da PA.		
Considera-se hipertensão sistólica isolada se PAS ≥ 140 mm Hg e PAD < 90 mm Hg, devendo a mesma ser classificada em estágios 1, 2 e 3.		

Fonte: 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial (MALACHIAS, 2016, p.11).

Figura 4 - Estratificação de risco no paciente hipertenso de acordo com fatores de risco adicionais, presença de lesão em órgão-alvo, de doença cardiovascular ou renal

	PAS 130-139 ou PAD 85-89	HAS Estágio 1 PAS 140-159 ou PAD 90-99	HAS Estágio 2 PAS 160-179 ou PAD 100-109	HAS Estágio 3 PAS ≥ 180 ou PAD ≥ 110
Sem fator de risco	Sem Risco Adicional	Risco Baixo	Risco Moderado	Risco Alto
1-2 fatores de risco	Risco Baixo	Risco Moderado	Risco Alto	Risco Alto
≥ 3 fatores de risco	Risco Moderado	Risco Alto	Risco Alto	Risco Alto
Presença de LOA, DCV, DRC ou DM	Risco Alto	Risco Alto	Risco Alto	Risco Alto

PAS: pressão arterial sistólica; PAD: pressão arterial diastólica; HAS: hipertensão arterial sistêmica; DCV: doença cardiovascular; DRC: doença renal crônica; DM: diabetes mellito; LOA: lesão em órgão-alvo.

Fonte: 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial (MALACHIAS, 2016, p.17).

Na Figura 4 segue a estratificação de risco para paciente hipertenso de acordo com os fatores de riscos adicionais, presença de lesão em órgão-alvo e de doença cardiovascular ou renal, que de acordo com a Sociedade Brasileira de Cardiologia (2016) o risco deverá ser avaliado em cada indivíduo hipertenso, pois auxiliará na decisão terapêutica e permitirá uma análise prognóstica. A identificação dos indivíduos hipertensos que estão mais predispostos às complicações cardíacas, é fundamental para uma orientação terapêutica mais agressiva (MALACHIAS, 2016).

5.4 A importância do processo pedagógico em saúde

Um das mais importantes ações que devem ser desenvolvidas pela rede de atenção básica é o processo educativo, que é executada por todos os profissionais que compõem a equipe multiprofissional e a comunidade (equipe, população, movimentos sociais, equipamentos sociais) presentes no território adscrito). Pode ser exercido em diferentes situações:

Por muito tempo, a educação em serviço foi sinônimo de reciclagem, entendida como capacitação para o trabalho para responder às necessidades do mercado capitalista em expansão. Na área de saúde, porém, a educação em serviço

começa a ser reconstruída – como conceito e como prática – a partir de um movimento em torno da proposta de EPS da Organização Pan-Americana de Saúde (OPS) (VASCONCELOS; GRILLO; SOARES, 2009, p.21).

Educação em saúde

A educação em saúde é um campo multifacetado, para o qual convergem diversas concepções, das áreas tanto da educação, quanto da saúde, as quais espelham diferentes compreensões do mundo [...] (SCHALL; STRUCHINER, 2009, p.1).

Segundo Cortez (2010) as dificuldades encontradas para desenvolver educação em saúde são várias como:

Reunir um grande número de pessoas para realizar as palestras, a dificuldade de acesso da população, que muitas vezes reside distante da UBS, falta de recursos, grau de escolaridade dos usuários, pois algumas vezes são analfabetos, além do fato de muitas pessoas confundirem práticas educativas com atos políticos.

Percebeu-se na literatura, que é de suma importância analisar a ação educativa propriamente dita no âmbito do significado de que atuar junto ao conhecimento dos indivíduos, fazendo com que desenvolvam juízo crítico e competência para intervir em sua vida e principalmente, na sua saúde, dando subsídios para que se apropriem da sua própria existência contribui muito na internalização da consciência do autocuidado.

O fato de a maioria das UBS estarem centradas no modelo médico-hegemônico, no qual a queixa e a doença do paciente são o foco da assistência prestada, é algo que atrapalha a execução de práticas educativas, por estas não conseguirem sair da rotina de atendimento utilizada e por consumirem a maior parte do tempo em atividades assistenciais (PINAFO, 2010, p.30).

A conceituação de educação em saúde exprime a ideia de interação dos profissionais com os usuários do serviço de saúde, observando-se atualmente, no dia a dia dos serviços de saúde, que na maioria das vezes o propósito desse tipo de educação não vem concretizado conforme se almeja.

Educação Permanente em Saúde

Refere-se aos processos de formação e qualificação dos profissionais de saúde, integrados aos processos de atenção à saúde, com objetivos de:

- I - promover a formação e desenvolvimento dos trabalhadores no SUS, a partir dos problemas cotidianos referentes à atenção à saúde e à organização do trabalho em saúde;
- II - contribuir para a identificação de necessidades de Educação Permanente em Saúde dos trabalhadores e profissionais do SUS, para a elaboração de estratégias que visam qualificar a atenção e a gestão em saúde, tendo a Atenção Básica como coordenadora do processo, e fortalecer a participação do controle social no setor, de forma a produzir impacto positivo sobre a saúde individual e coletiva;
- III - fortalecer as práticas de Educação Permanente em Saúde nos estados, Distrito Federal e municípios, em consonância com as necessidades para qualificação dos trabalhadores e profissionais de saúde (BRASIL, 2017, art. 3^o.);

Entretanto, nota-se que a efetividade que as atividades de educação em saúde têm demonstrado no cotidiano de profissionais e usuários, é confirmada no documento da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. (BRASIL, 2009).

Conforme Cruz (2015, p. 29) a adesão ao tratamento inclui fatores terapêuticos e educativos e envolve aspectos ligados ao reconhecimento e à aceitação das condições de saúde do indivíduo.

Conhecer as taxa de detecção, tratamento e controle da hipertensão é essencial para traçar estratégias de promoção e prevenção em todos os níveis (primário, secundário e terciário) dessa patologia (NOGUEIRA; ERSTEIN; COELI, 2010, p. 27).

Machado, Pires e Lobão (2012, p.1366) dizem:

“As pessoas hipertensas e a comunidade em geral devem ser informadas e educadas quanto aos fatores de riscos que podem desencadear o aumento da pressão para que possam optar conscientemente por uma vida mais saudável.”

Silva *et al.* (2010) fazem uma afirmação sobre o plano de intervenção que deverá preconizar a implantação da promoção e prevenção em saúde que deve ser adotada pela equipe multiprofissional, em um processo de educação permanente a cerca da HAS.

Educação popular

Em 2009 foi criado o Comitê Nacional de Educação Popular em Saúde (CNEPS), que reúne representantes de diferentes setores, incluindo a sociedade civil, os movimentos populares, representantes do Ministério da Saúde e instituições ligadas ao SUS (BONETTI; CHAGAS; SIQUEIRA, 2012).

[...] a educação popular como uma estratégia política e metodológica na ação do Ministério da Saúde permite trabalhar na perspectiva da integralidade do saber que reside nas práticas, pois proporciona o encontro com outros espaços, com outros agentes [...] (BRASIL, 2007, p.5).

Nota-se na literatura que a educação popular busca valorizar os conhecimentos já adquiridos da comunidade, dentro dos processos culturais, experiências e realidades vividas pelos indivíduos, sendo de suma relevância o estímulo ao diálogo e participação ativa da população nas atividades ofertadas pela equipe de saúde.

As práticas e ações de Educação Popular em Saúde, no âmbito da atenção primária à saúde, foram desenvolvidas majoritariamente nos espaços de Unidades de Saúde da Família e Unidades Básicas de Saúde (PINHEIRO; PITTAR, 2017, p. 3).

Portanto, é de suma importância promover práticas educativas junto à comunidade, utilizando-se de estratégias integrativas que contemplem as demandas e singularidades das pessoas, focando em um envolvimento dos atores sociais que compõem o cenário histórico cultural local, respeitando suas individualidades e anseios, estimulando o autocuidado, autonomia e entendimento do processo saúde doença, bem como os seus determinantes e condicionais sociais.

6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

Essa proposta de intervenção refere-se ao problema priorizado “Alta morbidade de hipertensão arterial” na população do território do PSF Topázio, por baixo ou nenhum conhecimento sobre seu processo saúde doença para o qual se registra a descrição, a explicação e a seleção de seus “nós críticos”, de acordo com a metodologia do Planejamento Estratégico Situacional citado por (FARIA; CAMPOS; SANTOS, 2017, p. 22).

No PSF Topázio, através da realização de uma estimativa rápida dos problemas prioritários, informantes chave e diagnóstico situacional realizado junto à equipe e comunidade local, revelou-se: Alta incidência de morbidade por hipertensão arterial; Alta incidência de dislipidemia; Alta incidência de esquistossomose; Risco cardiovascular aumentado; Gestação na adolescência; Alta morbidade de diabetes mellitus; Falta de tratamento da água de consumo e Automedicação.

As ações relativas a cada nó crítico serão detalhadas nos Quadros 2 e 3 relacionado às operações sobre cada “nó crítico” relacionado ao problema “Alta incidência de hipertensão arterial”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família de Topázio, município de Teófilo Otoni, Minas Gerais.

Os principais “nós críticos” selecionados foram:

- Desconhecimento da população sobre seu processo saúde doença (causas, consequências, principais ações preventivas, estilos de vidas adequados).
- Ausência de programas educativos enfocando os sobre HAS.

A seguir o desenho das operações e ações de intervenção sobre cada nó crítico.

6.1 Descrição do problema selecionado

Através da observação ativa da área de abrangência e dos registros existentes, percebeu-se o grande desconhecimento que tem os pacientes hipertensos sobre sua doença. Os pacientes acreditam que se trata de uma doença aguda que com o passar do tempo de tratamento prescrito e controle do nível de pressão arterial sistêmica ficaram curados.

O pouco conhecimento que a população tem sobre a doença, sendo a hipertensão uma doença crônica, mesmo o paciente fazendo o tratamento prescrito, deve-se manter um estilo de vida adequado para garantir uma pressão controlada, mas é importante o paciente conhecer o seu processo saúde doença para entender que não deixará de ser doente. Em consequência desse pouco conhecimento, quando o paciente tem pressão arterial controlada, faz abandono do tratamento, provocando-se elevados números de pacientes com complicações secundárias decorrente do abandono do tratamento.

Outra situação observada é a não existência de programas educativos enfocando o tema, pode-se citar por parte dos meios de comunicação social. Pode-se acreditar que ainda não foi tratado com a importância que merece esta doença, pois tem que ser uma prioridade para as autoridades da saúde do município, por sua elevada incidência.

6.2 Explicação do problema selecionado

As causas dos problemas levantados nessa proposta de intervenção relacionam-se aos principais nós críticos encontrados, levando ao problema prioritário que é a Alta incidência de morbidade por hipertensão arterial.

Frisa-se que os fatores de risco associados à hipertensão identificados no território dos PSF Topázio, mostra que o problema priorizado constitui em um desafio para a equipe, pois eles refletem através dos hábitos da vida contemporânea (tabagismo, alimentação inadequada e sedentarismo). Percebe-se que esses hábitos resultam em problemas de saúde como a HAS, o diabetes mellitus, a obesidade e a

dislipidemia, os quais, no presente estudo, várias literaturas, apresentaram associação significativa com hipertensão arterial, relevante causa conhecida de morbimortalidade em adultos, no Brasil e no mundo.

Tais achados reforçam a necessidade de novos estudos comparando o estilo de vida e comportamentos em saúde com a presença dos fatores de risco cardiovasculares, em população residente em pequenos e em grandes municípios.

O elevado número de pessoas com HAS, associadas ou não a fatores de riscos modificáveis constitui um grande problema de saúde pública em nosso país e no mundo. Para os indivíduos, a família e a comunidade devido ao elevado números de sequelas e complicações cardiovasculares, perdas econômicas, familiares, dentre outros, a HAS encontra-se diretamente relacionada aos fatores de exposição não modificáveis, conhecidos, como a idade, hereditariedade, sexo, etnia e raça.

A gênese das causas dos “nós críticos” do problema principal elencado neste projeto é evidenciado pela ausência de um nível de entendimento da comunidade acerca do seu processo saúde-doença, não tendo consciência do seu estado de saúde, onde fatores culturais locais, aliados à baixa, pouca ou nenhuma alfabetização predispõe a uma não adesão, tratamento correto da HAS, somado a fatores alimentares, sedentários e hereditários que se agravam por um déficit de cuidados e recursos públicos não ofertados pelo governo. Se fossem ofertados poderia ser coadjuvante ao controle das doenças crônicas não transmissíveis e melhor prestação de atendimento contínuo e integral com uma participação mais efetiva dos pacientes no acompanhamento do seu estrado de saúde, permitindo ações mais efetivas na promoção da saúde e prevenção da HAS.

Contudo, a Inadequação e ausência de padronizações das ações do processo de trabalho da equipe multidisciplinar no tocante a HAS, torna-se um fator preponderante para contribuir na alta prevalência e incidência de casos de hipertensão arterial e riscos cardiovasculares no território adscrito a unidade de saúde.

6.3 Seleção dos nós críticos

As causas e situações que geram o problema prioritário escolhido, cuja resolução terá grande impacto também na resolução do problema prioritário e que há possibilidade de intervenção com impacto significativo a população-alvo são os nós críticos seguintes:

1. Desconhecimento da população sobre o seu processo saúde doença (causas, consequências, principais ações preventivas, estilos de vida inadequados, outros).
2. Necessidade de atividades de educação permanente junto à equipe de Saúde da Família Topázio em aspectos conceituais e ações em hipertensão arterial sistêmica, relativos a fatores de proteção e fatores de risco.
3. Necessidade de articulações e ações junto à rede de atenção à saúde para proporcionar a melhoria do processo de trabalho e da gestão do cuidado.

6.4 Desenho das operações

Considerando os três nós críticos para o problema prioritário alta Incidência de hipertensão arterial, são propostos três grupos de operações / projetos, com detalhamento de resultados e produtos esperados, recursos necessários e recursos críticos, responsáveis pelo controle dos recursos, ações estratégicas necessárias, prazos de execução, processo de acompanhamento e processo de monitoramento e avaliação das operações, de acordo com a metodologia do Planejamento Estratégico Situacional (PES).

Quadro 3 – Operações sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema “Alta incidência de morbidade por hipertensão arterial”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Topázio, do município Teófilo Otoni, estado de Minas Gerais

Nó crítico 1	Desconhecimento da população sobre o seu processo saúde doença (causas, consequências, principais ações preventivas, estilos de vidas inadequados, outros).
Operação (operações)	Oferecer conhecimentos corretos aos pacientes hipertensos sobre sua doença (causas, fatores de risco, consequências, medidas preventivas, etc.) através de grupo operativo de usuários e familiares para educação em saúde, abordagens sobre o problema, formas de controle, corresponsabilização /autocuidado e riscos da HAS
Projeto	Saber é Saúde
Resultados esperados	Ofertar para 100% dos casos perfis, predisponentes e portadores da HAS, conhecimentos adequados sobre sua doença e hábitos e estilo de vida saudável.
Produtos esperados	Palestras educativas sobre a doença para os pacientes hipertensos e família, debates abertos com os pacientes.
Recursos necessários	Estrutural: Profissional para acompanhar os grupos. Cognitivo: Discussão sobre os casos clínicos e trocas de experiências. Financeiro: Impressão de materiais didáticos, instrumentos de registros padronizados. Político: participação dos atores sociais da área de abrangência/parcerias institucionais.
Recursos críticos	Cognitivo: Internalização e corresponsabilização da proposta pela equipe Político: Adesão da equipe e gestor local. Financeiro: recursos para materiais educativos.
Controle dos recursos críticos	Enfermeira coordenadora da unidade de saúde junto à médica. Motivação favorável.

(continua)

Quadro 3 – Operações sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema “Alta incidência de morbidade por Hipertensão arterial”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Topázio, do município Teófilo Otoni, estado de Minas Gerais (continuação)

Ações estratégicas	Fortalecimento de vínculos junto às famílias da comunidade e rede de saúde com escuta qualificada, acolhimento humanizado, proporcionando o uso dos recursos presentes no território.
Prazo	2 meses
Responsável (eis) pelo acompanhamento das operações	Médico e enfermeira.
Processo de monitoramento e avaliação das operações	Após 06 meses do início do projeto. Triagem, seleção, busca ativa de casos e estudo de casos junto à equipe multiprofissional para implantar ações para minimizar os riscos cardiovasculares.

Quadro 4 – Operações sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema “Alta incidência de morbidade de Hipertensão arterial”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Topázio, do município Teófilo Otoni, estado de Minas Gerais	
Nó crítico 2	Necessidade de articulações e ações junto à rede de atenção à saúde para proporcionar a melhoria do processo de trabalho e da gestão do cuidado
Operação (operações)	Implantar programa e grupo operativo junto aos usuários e familiares para educação em saúde, abordagens sobre o problema, formas de controle, responsabilização/autocuidado sobre doença e adesão ao tratamento.
Projeto	Viver Melhor
Resultados esperados	Ampliar as ações de prevenção e promoção em saúde em 100% dos casos com HAS e predisponentes a fatores de riscos e complicações.
Produtos esperados	Implantação de programas educativos e campanhas de sensibilização a população.
Recursos necessários	Estrutural: Técnicos de enfermagem, enfermeiro, médico, Agentes Comunitários de Saúde (equipe multiprofissional), Cognitivo: Informações sobre educação alimentar, autocuidado, tomada de medicamentos e adesão ao tratamento, fatores de riscos e complicações causadas pela HAS. Financeiro: Recursos para xerox, folder, panfletos, brindes, visitas educativas em outros setores da rede. Político: Secretaria de Saúde, setores de saúde e parceiros institucionais.
Recursos críticos	Estrutural: Corresponsabilização da equipe multidisciplinar Cognitivo: pessoal capacitado adequadamente com informação atualizada. Político: participação dos setores sociais da comunidade. Financeiro: recursos para materiais educativos.
Controle dos recursos críticos	Secretário de saúde local e responsável pela APS Motivação indiferente.

(continua)

Quadro 4 – Operações sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema “Alta incidência de morbidade de Hipertensão arterial”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Topázio, do município Teófilo Otoni, estado de Minas Gerais (continuação)	
Prazo	2 meses
Ações estratégicas	Fortalecimento de vínculos junto à família, usuários e rede de saúde com escuta qualificada, humanizada, fomentando utilização de recursos presentes na comunidade.
Responsável (eis) pelo acompanhamento das operações	-Responsável pela APS -Enfermeira da unidade -Médico
Processo de monitoramento e avaliação das operações	Utilização de instrumentos de registros da equipe, confecção de gráficos, comparação de indicadores, incidência e prevalência dos índices registrados e correção de rumos junto à equipe, realizando verificações mensais e pactuando estratégias conforme a demanda.

Quadro 5 – Operações sobre o “nó crítico 3” relacionado ao problema “Alta incidência de morbidade por Hipertensão arterial”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Topázio, do município Teófilo Otoni, estado de Minas Gerais	
Nó crítico 3	Necessidade de atividades de educação permanente junto à equipe de Saúde da Família Topázio em aspectos conceituais e ações em hipertensão arterial sistêmica, relativos a fatores de proteção e fatores de risco.
Operação (es)	Estabelecer práticas de identificação precoce dos fatores de risco associado à HAS junto à população
Projeto	Educação Permanente em Saúde
Resultados esperados	Realizar sensibilização e prática de ações que reduza inicialmente em 20% o número de pacientes com fatores predisponentes a complicações pela HAS.
Produtos esperados	Desenvolver práticas educativas para promoção e prevenção de HAS
Recursos necessários	<p>Estrutural: Profissionais que irão acompanhar será o médico, enfermeira e Agentes Comunitários de Saúde, podendo ser convidado outros profissionais da rede.</p> <p>Cognitivo: Repassar as informações via material pedagógico impresso, rodas de conversa “método paidéia”, palestras e entre outros.</p> <p>Financeiro: gastos com material didático/impressões.</p> <p>Político: Secretaria de Saúde, setores de saúde e parceiros institucionais.</p>
Recursos críticos	<p>Estrutural: Disponibilidade de profissionais especializados como profissional da educação física e nutricionista disponível na rede.</p> <p>Cognitivo: Aceitação e entendimento dos objetivos da proposta e em realizar atividades físicas por resistência inerentes a hábitos culturais ou desinteresse.</p> <p>Político: Adesão ao gestor local e parceiros.</p> <p>Financeiro: Compra de alguns equipamentos esportivos (bola, bastão, haltere)</p>

(continua)

Quadro 5 – Operações sobre o “nó crítico 3” relacionado ao problema “Alta incidência de morbidade de Hipertensão arterial”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Topázio, do município Teófilo Otoni, estado de Minas Gerais (continuação)

Controle dos recursos críticos	Gestor local, coordenador da unidade, profissionais da equipe. Motivação Indiferente.
Ações estratégicas	<p>Ampla publicização das ações, realização de eventos nas comunidades adjacentes e pontos estratégicos existentes na comunidade;</p> <p>Realizar ações de promoção de práticas corporais, atividade física e modos de vida saudáveis para a população, em parceria com o Programa Academia da Saúde e outros.</p> <p>Estimular a construção de espaços urbanos ambientalmente sustentáveis e saudáveis.</p> <p>Ampliar e fortalecer as ações de alimentação saudável.</p> <p>Promover ações de regulamentação para promoção da saúde.</p> <p>Avançar nas ações de implementação e internalização das medidas legais para o Controle do Tabaco.</p> <p>Articular ações para prevenção e para o controle da obesidade.</p> <p>Fortalecer ações de promoção da saúde e de prevenção do uso prejudicial do álcool.</p> <p>Implantar um modelo de atenção integral ao envelhecimento ativo.</p>
Prazo	3 meses
Responsáveis pelo acompanhamento das operações	<ul style="list-style-type: none"> - Coordenação da Atenção Primária; - Equipe do PSF.
Processo de monitoramento e avaliação das operações	<p>Verificação e avaliação mensal para correções e novos prazos.</p> <p>Criação e utilização de instrumentos de registros da equipe, confecção de gráficos, comparação de indicadores, incidência e prevalência dos índices registrados e correção de rumos junto à equipe, realizando verificações mensais e pactuando estratégias conforme a demanda. Avaliação médica periódica do quadro clínico dos pacientes.</p>

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Após o estudo da área da abrangência da equipe de Topázio, acredita-se que a alta prevalência de pacientes com Hipertensão arterial e complicações de saúde e riscos associadas, deve-se ao pouco conhecimento de sua patologia. Sendo assim, com este trabalho buscou-se realizar um plano de ação para garantir e modificar os conhecimentos dos pacientes hipertensos sobre seu processo saúde doença, para prevenção de complicações associadas.

O projeto apresentado tem como objetivo modificar os conhecimentos dos pacientes hipertensos sobre sua doença, incentivar a prática de atividade física e modificação estilos de vida não adequados para o controle da doença e prevenção de complicações, para garantir a participação ativa do paciente no controle de sua doença, garantindo a implementação modelo de atenção centrado na pessoa.

Portanto, entende-se que esta proposta de intervenção tem condições de garantir e mudar os conhecimentos dos pacientes hipertensos sobre sua doença e também garantir a participação ativa dos pacientes e familiares em seu cuidado, garantindo a implementação do modelo de atenção centrado na pessoa, mas também o trabalho em grupo com de medidas preventivas e educativas como atividade física, alimentação saudável, uso correto da medicação quando indicado e entre outros.

REFERÊNCIAS

ASSOCIAÇÃO MINEIRA DE MUNICÍPIOS. Caracterização econômica das regiões de planejamento. Disponível em: <<http://portalamm.org.br/caracterizacao-economica-das-regioes-de-planejamento>>. Acesso em: 17 fev. 2018.

ATLAS DO DESENVOLVIMENTO HUMANO NO BRASIL. **IDH**. Teófilo Otoni-MG. 2013a. Disponível em: <http://atlasbrasil.org.br/2013/pt/perfil_m/teofilo-otoni_mg>. Acesso em: 17 fev. 2018.

_____. Teófilo Otoni-MG. IDHM. **Caracterização do território**. 2013b, p.2. Disponível em: http://atlasbrasil.org.br/2013/pt/perfil_m/teofilo-otoni_mg. Acesso em: 01 de jun. 2018.

BASSANI, G., C., MORA, RIBEIRO, J. P. D. **O programa saúde da família como estratégia de atenção primária para o sistema único de saúde**. LINS-SP, 2009, p.3 Disponível em: <<http://www.unisalesiano.edu.br/encontro2009/trabalho/aceitos/CC25565101883.pdf>>. Acesso em: 06 de ago. 2018.

BATISTA, M. C. O. **Imagem de satélite de Teófilo Otoni**. Disponível: <<http://marizetecajaiba.blogspot.com/2012/11/imagens-de-satelite-da-cidade-de.html>>. Acesso em: 01 de jun. 2018.

BONETTI, O.P.; CHAGAS, R. A.; SIQUEIRA, T. C. A. A Educação Popular em Saúde na Gestão Participativa do SUS: construindo uma política. *In*: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **II Caderno de educação popular em saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/2_caderno_educacao_popular_saude.pdf>. Acesso em: 08 jun.2018.

BOSCOV, G. E. M.; PEREIRA, J. M.; LISBOA, M. R. L. **Plano municipal de conservação e recuperação da Mata Atlântica de Teófilo Otoni**. Teófilo Otoni: UFVJM, 2017, p. 37-41. Disponível em: <http://www.ief.mg.gov.br/images/stories/2017/FLORESTAS/LIVRO_PMMATO_UFVJM_v.pdf>. Acesso em: 17 fev. 2018.

BRASIL. Biblioteca Virtual em Saúde. **Descritores em Ciências da Saúde**. Brasília, [online], 2018b. Disponível em: <http://decs.bvs.br/homepage.htm>. Acesso em: 17 fev. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 439**, de 7 abril 2011. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2011. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2011/res0439_07_04_2011.html> Acesso em: 09 fev. 2018.

BRASIL. Ministério da saúde. Secretaria de Atenção à saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: Hipertensão Arterial Sistêmica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014 (Cadernos da Atenção Básica, n. 37). Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_37.pdf >. Acesso em: 08 jul. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 3.194**, de 28 de novembro de 2017. Dispõe sobre o Programa para o Fortalecimento das Práticas de Educação Permanente em Saúde no Sistema Único de Saúde - PROEPS-SUS. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3194_30_11_2017.html>. Acesso em: 02 jun. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Hipertensão Arterial Sistêmica para o Sistema Único de Saúde**. Brasília, 2006, p.9-25. (Cadernos de Atenção Básica n.15). Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_atencao_basica15.pdf > Acesso em: 08 de fev. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. <Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/documents/33856/396770/Pol%C3%ADtica+Nacional+de+Educa%C3%A7%C3%A3o+Permanente+em+Sa%C3%BAde/c92db117-e170-45e7-9984-8a7cdb111faa>>. Acesso em: 08 jul. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Caderno de educação popular e saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa. - Brasília: Ministério da Saúde, 2007. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_educacao_popular_saude_p1.pdf> Acesso em: 02 jun. 2018.

BRITO, G.E. G.; MENDES, A. C. G.; NETO, S. P. M. **O objeto de trabalho na estratégia saúde da família.** Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba, 2018, p. 78. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/asset/s/icse/v22n64/1807-5762-icse-1807-576220160672.pdf> Acesso em: 01 jun. 2018.

CORRÊA, E. J.; VASCONCELOS, M.; SOUZA, S. L. **Iniciação à metodologia: Trabalho de Conclusão de Curso.** Belo Horizonte: Nescon /UFMG, 2017. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca>>. Acesso: 17 fev. 2018.

CORTEZ, E. A. O enfermeiro no gerenciamento da educação em saúde da estratégia saúde da família. **Rev enferm. UFPE.** Vol 1, nº 1, 2010, p.57. [on line] Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=BDENF&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=20204&indexSearch=ID>. Acesso em: 02 jun. 2018.

COSTA, J. V.; SILVA, A. R. V.; MOURA, I. H. M. Análise de fatores de risco para hipertensão arterial em adolescentes escolares. **Rev. Latino-Am. Enfermagem.** Universidade Federal do Piauí [internet]. Vol. 20, mar.-abr. 2012, p.25. [7 telas]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n2/pt_11.pdf>. Acesso em: 28 mai.2018.

CRUZ, S. O. **Plano de intervenção para diminuir a incidência e complicações da hipertensão arterial da área de abrangência do PSF “Nilson Rezende Leite”, do município São Thomé das Letras/MG.** Universidade Federal de ALFENAS. Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. p. 29, 2015. Disponível em: https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/Plano_interven%C3%A7ao_para_diminuir_a_incendencia_e_complicac%C3%A7oes.pdf. Acesso em: 02 jun. 2018.

FARIA H. P.; CAMPOS, F.C.C.; SANTOS, M.A. **Planejamento, avaliação e programação das ações em saúde.** Nescon/UFMG. 2 ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2017, p.22. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/Planejamento_e_avaliacao_das_acoes_de_saude_2/3>. Acesso em: 10 de fev. 2018.

FERREIRA, S.R.G. Frequência de Hipertensão arterial e fatores associados: Brasil, 2006. **Revista de Saúde Pública.**, v. 43, n.2, p. 98, 2009. Disponível: <<http://www.scielo.org/pdf/rsp/v43s2/ao791.pdf>> Acesso: 09 fev. 2018.

FURTADO, B.; ABREU, J. F. **municípios emancipados a partir de Teófilo Otoni**. Base cartográfica: LAB-GIS 1 – TIEPUC. Base Cartográfica: Lab. TIE/PUC Minas, 2005. Disponível em:

<[http://1.bp.blogspot.com/_1G8NXArUSO4/Rw6kJ855X0I/AAAAAAAAAHA/1VqeWpuUp-l/s1600-h/31-+Mapa+munic%C3%83%C2%ADpios+filhos+de+TO\[1\].BMP](http://1.bp.blogspot.com/_1G8NXArUSO4/Rw6kJ855X0I/AAAAAAAAAHA/1VqeWpuUp-l/s1600-h/31-+Mapa+munic%C3%83%C2%ADpios+filhos+de+TO[1].BMP)>. Acesso em: 05 fev. 2018.

IBGE. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **IBGE Cidades@. Teófilo Otoni - MG**. Brasília, IBGE. [online], 2018. Disponível em:

<<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/teofilo-otoni/panorama>>. Acesso em: 07 fev. 2018.

LESSA I. Impacto social da não adesão ao tratamento da hipertensão arterial. **Rev. Bras. Hipertens**. Universidade Federal da Bahia (UFB). Salvador -Ba. Vol. 13, p.39, 2006. Disponível em: <http://departamentos.cardiol.br/dha/revista/13-1/10-impacto-social.pdf>. Acesso em: 02 jun. 2018.

LIMA, L. L.; MOREIRA, T., M.; SALETE, J. M. Produção do cuidado a pessoas com hipertensão arterial: acolhimento, vínculos e corresponsabilização. **Revista Brasileira de Enfermagem**. V. 66, n.4, jan-ago, Brasília, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v66n4/v66n4a08.pdf>>. Acesso em: 07 fev. 2018.

LOBO, L. A. C.; CANUTO, R.; COSTA, J. S. D. Tendência temporal da prevalência de hipertensão arterial sistêmica no Brasil. **Cad. Saúde Pública**. Universidade do Vale do Rio dos Sinos. RS, v.33, p. 2. 2017, Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v33n6/1678-4464-csp-33-06-e00035316.pdf>> Acesso em: 01 jun. 2018.

MACHADO M. C.; PIRES SILVA, C. G. ; LOBÃO W, . **Concepções dos hipertensos sobre os fatores de risco para a doença. Ciência & Saúde Coletiva**. Volume 7, nº 5, Bahia. p.1366. 2012, Disponível em: <<https://pdfs.semanticscholar.org/3bf3/4555a081d290d948cd184dc7043a9b148948.pdf>> Acesso em: 02 jun. 2018.

MALACHIAS, M. V. B., et al.. Sociedade Brasileira de Cardiologia. 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão. **Arq. Bras. Cardiol.**, v.107, n.3, supl.3, p. 11-18, 2016.. Disponível em: <http://publicacoes.cardiol.br/2014/diretrizes/2016/05_HIPERTENSAO_ARTERIAL.pdf> Acesso em: 01 jun. 2018.

MARTINEZ, A. O. **Intervenção para o controle da hipertensão arterial dos moradores na área de abrangência da unidade básica de saúde mucuri do município de Teófilo Otoni - Minas Gerais.** (Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização Gestão do Cuidado em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais), 2016, p.21 Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/ONEDY-ALFONSO-MARTINEZ.pdf> > Acesso em: 01 de jun. 2018.

MINAS GERAIS. Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais. **Oficinas de qualificação da Atenção Primária à Saúde em Belo Horizonte:** Oficina II – Redes de Atenção à Saúde e Regulação Assistencial. Belo Horizonte: ESPMG, 2009, p. 12. Disponível em: <http://www.esp.mg.gov.br/wp-content/uploads/2011/02/PDAPS_oficina-2_tutor_101109_BAIXA.pdf > Acesso em: 06 de ago. 2018.

MOREIRA, J.P.L.; MORAES, J. R.; LUIZ, R.R. A prevalência de hipertensão arterial sistêmica autorreferida nos ambientes urbano e rural do Brasil: um estudo de base populacional. **Cad. Saúde Pública** [online]. Vol.29, n.1, p.62, 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2013000100008&script=sci_abstract&tlng=pt . Acesso em: 15 ago. 2018.

NOBRE, F. et al. **Hipertensão arterial sistêmica primária.** Ribeirão Preto- SP, 2013. Disponível em: <http://revista.fmrp.usp.br/2013/vol46n3/rev_Hipertens%E3o%20arterial%20sist%EA mica%20prim%E1ria.pdf>. Acesso em: 08 fev. 2018.

NOGUEIRA, D.; ERSTEIN, E.; COELI, C. M. Reconhecimento, tratamento e controle da hipertensão arterial: Estudo Pró-Saúde, Brasil. **Rev. Panam.Saud. Publica.** p. 27, 2010. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/is_digital/is_0210/pdfs/IS30\(2\) 045.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/is_digital/is_0210/pdfs/IS30(2) 045.pdf)> Acesso em: 02 de jun. 2018.

OLIVEIRA, A.F.C; NOGUEIRA, M.S. Obesidade como fator de risco para a hipertensão entre profissionais de enfermagem de uma instituição filantrópica. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v.44, n.2, p.388, 2010. Disponível: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v44n2/21.pdf>. Acesso: 09 fev. 2018.

PASSOS, V. M. A. Hipertensão arterial no Brasil: estimativa de prevalência a partir de estudos de base populacional. **Epidemiologia e serviços de Saúde**, v. 15, n. 1, 2006. p.35 Disponível em: http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?pid=S1679-49742006000100003&script=sci_arttext&tlng=es. Acesso em 16 de set. 2017.

PINAFO, E.; NUNES, E.F.P.A. Facilidades e dificuldades no desenvolvimento da educação em saúde na Estratégia de Saúde da Família. [impresso]. Porto Alegre, Rede Unida, 2010, p.30.

PINHEIRO, B. C.; BITTAR, C. M. L. **Práticas de educação popular em saúde na atenção primária: uma revisão integrativa.** Revista do Departamento de Educação Física e Saúde e do Mestrado em Promoção da Saúde da Universidade de Santa Cruz do Sul - UNISC. Ano 18, Vol.18, nº1, 2017, p.2. Disponível em: <file:///C:/Users/Home/Downloads/8049-37536-2-PB.pdf>. Acesso em: 02 jun. 2018.

RIVERA, A. H. **Estratégia educativa para a diminuição e controle da hipertensão arterial no PSF Topázio, Teófilo Otoni- MG.** Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Núcleo de Educação em Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina (NESCON) da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) no Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, 2015. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/estrategia-educativa-diminuicao-controle-hipertensao.pdf>>. Acesso em: 12 fev. 2018.

ROSÁRIO, T.M., et al. Prevalência, controle e tratamento da hipertensão arterial sistêmica em Nobres- MT. **Arquivo Brasileiro de Cardiologia**, v.93, n.6, 2009, p.673. Disponível: <<http://www.scielo.br/pdf/abc/v93n6/18.pdf>>. Acesso: 07 jan. 2018.

SCHALL. V.T; STRUCHINER, M. **Educação em saúde: novas perspectivas.** Rio de Janeiro, 2009, p.1. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf.csp/v15s2/1282.pdf>>. Acesso em: 09 fev. 2018.

SILVA, E. C. **“Hipertensão arterial e fatores associados em adultos residentes em Amazônia legal”.** Universidade Federal de Mato Grosso. 2014, p.15. Disponível em: <http://ri.ufmt.br/bitstream/1/463/1/DISS_2014_Elcimary%20Cristina%20Silva.pdf>. Acesso em: 01 jun. 2018.

SILVA, S. S. et al. . O efeito de intervenções educativas no conhecimento da equipe de enfermagem sobre hipertensão arterial. **Revista da Escola de Enfermagem.** São Paulo. V. 44; n. 2., p. 68, Jun. 2010, Disponível em: <file:///C:/Users/Home/Downloads/40566-48157-1-PB.pdf >. Acesso em: 02 jun. 2018.

SOUSA, A. S. J.; MARQUES, M. B.; MOREIRA, T. M. M. Consulta de Enfermagem ao cliente hipertenso na estratégia saúde da família. **Revista de Enfermagem.** V. 23, p. 102, 2015,. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v23n1/v23n1a17.pdf> Acesso em: 02 jun. 2018.

SOUSA, M. L. B., SILVA, E., S., RODRIGUES, N., J., G., A. **Estratégia saúde da família e núcleo de apoio a saúde da família: Uma análise teórico-conceitual acerca da atenção básica.** XV Encontro Latino Americano de Iniciação Científica e XI Encontro Latino Americano de Pós-Graduação – Universidade do Vale do Paraíba. 2011, p.1. Disponível em: <http://www.inicepg.univap.br/cd/INIC_2011/anais/arquivos/0208_0451_02.pdf> Acesso em: 08 de fev. 2018.

TEÓFILO OTONI. Prefeitura Municipal. **Plano Municipal de Saúde** Descrição e caracterização da rede de Atenção em Saúde.. Secretaria Municipal de Saúde. 2014-2017. [Impresso], p. 10.

VASCONCELOS, M.; GRILLO, M. J. C.; SOARES, S. M. **Práticas pedagógicas em Atenção Básica à Saúde.** Tecnologias para abordagem ao indivíduo, família e comunidade. Disponível em:< <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/3873.pdf>.> Acesso: 02 jun. 2018.

VILAÇA, M. E . As redes de atenção à saúde. **Redes de Atenção à Saúde.** Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011, p. 85. Disponível em: < <http://www.telessaude.mt.gov.br/Arquivo/Download/2053>> Acesso em: 06 de ago. 2018.

WENZEL, D.; SOUZA, J. M. P.; SOUZA, S.B. Prevalência de hipertensão arterial em militares jovens e fatores associados. **Revista de Saúde Pública**, v.43, n.5, p.95, 2009. Disponível: <http://www.scielo.org/scielo.php?pid=S0034-89102009005000059&script=sci_abstract&lng=em> Acesso: 09 de fev. 2018.