

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
FACULDADE DE MEDICINA. NÚCLEO DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO GESTÃO DO CUIDADO EM SAÚDE DA
FAMÍLIA

Hermes Vilhena Giacchetta

CONTROLE DA HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTEMICA DOS USUÁRIOS
ATENDIDOS NO MUNICÍPIO DE JUSCELINO KUBITSCHK - MINAS GERAIS:
educando para melhor qualidade de vida

Belo Horizonte / Minas Gerais

2020

Hermes Vilhena Giacchetta

**CONTROLE DA HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTEMICA DOS USUÁRIOS
ATENDIDOS NO MUNICÍPIO DE JUSCELINO KUBITSCHEK - MINAS GERAIS:
educando para melhor qualidade de vida**

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

Orientadora: Profa. Dra. Matilde Meire Miranda Cadete

Belo Horizonte / Minas Gerais

2020

Hermes Vilhena Giacchetta

**CONTROLE DA HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTEMICA DOS USUÁRIOS
ATENDIDOS NO MUNICÍPIO DE JUSCELINO KUBITSCHEK - MINAS GERAIS:
educando para melhor qualidade de vida.**

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

Banca examinadora

Profa. Dra. Matilde Meire Miranda Cadete- orientadora- UFMG

Prof. Dr. Alisson Araújo – UFSJ (Universidade Federal de São João Del Rei)

Aprovado em Belo Horizonte, em 13 de julho de 2020

DEDICO

Este trabalho é dedicado a você familiar e amigo que contribuiu para minha caminhada; sem vocês eu não seria nada.

RESUMO

A Hipertensão Arterial Sistêmica é conhecida como uma doença de etiologia multifatorial e classificada como um importante problema de saúde pública, especialmente na população idosa, sendo potencialmente agravada por fatores de risco como estresse, tabagismo, obesidade, dislipidemia e diabetes melito tipo 1 e 2. Na área de abrangência onde atuo como médico, o diagnóstico situacional mostrou, dentre outros problemas de saúde, alta incidência de pessoas com hipertensão e algumas com complicações devido à doença hipertensiva. Assim, este trabalho objetivou elaborar um plano de intervenção para melhorar o controle da hipertensão arterial sistêmica e diminuir suas complicações nos usuários da área de abrangência da Equipe de Saúde da Família Vida, em Presidente Kubitschek, Minas Gerais. A metodologia, para concepção do plano de intervenção, seguiu os passos preconizados pelo Planejamento Estratégico Situacional e por pesquisa bibliográfica na Biblioteca Virtual em Saúde com os descritores: hipertensão, atenção primária de saúde e educação em saúde além de consulta aos Cadernos do Ministério da Saúde e Diretrizes da Sociedade Brasileira de Hipertensão. Como resultado das ações programadas, espera-se que os usuários atendidos possam ter mais qualidade de vida. Além disso, espera-se, ainda, que ocorram modificações significativas nos hábitos de vida, tais como a reeducação alimentar e a realização de exercícios físicos. Por fim, ressalta-se a importância das ações em torno da identificação precoce de problemas de saúde, visando à prevenção de agravos.

Palavras-chave: Hipertensão. Atenção Primária à Saúde. Educação em saúde.

ABSTRACT

Systemic Arterial Hypertension is known as a disease of multifactorial etiology and classified as an important public health problem, especially in the elderly population, being potentially aggravated by risk factors such as stress, smoking, obesity, dyslipidemia and type 1 and 2 diabetes mellitus. In the coverage area where I work as a doctor, the situational diagnosis showed, among other health problems, a high incidence of people with hypertension and some with complications due to hypertensive disease. Thus, this study aimed to develop an intervention plan to improve the control of systemic arterial hypertension and decrease its complications in users of the coverage area of the Vida da Saúde Health Team, in Presidente Kubitschek, Minas Gerais. The methodology for designing the intervention plan followed the steps recommended by the Situational Strategic Planning and bibliographic research in the Virtual Health Library with the descriptors: hypertension, primary health care and health education in addition to consulting the Ministry of Health Notebooks and Guidelines of the Brazilian Society of Hypertension. As a result of the scheduled actions, it is expected that the users served can have a better quality of life. In addition, it is also expected that significant changes in life habits will occur, such as dietary reeducation and physical exercise. Finally, the importance of actions around the early identification of health problems is emphasized, aiming at preventing diseases.

Keywords: Hypertension. Primary Health Care. Health Education.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABS	Atenção Básica à Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
ESF	Estratégia Saúde da Família
eSF	Equipe de Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
MS	Ministério da Saúde
PSF	Programa Saúde da Família
UBS	Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	9
1.1 Aspectos gerais do município	9
1.2 Aspectos da comunidade	10
1.3 O sistema municipal de saúde	10
1.4 Unidade Básica de Saúde Vida	11
1.5 A Equipe de Saúde da Família Vida, da Unidade Básica de Juscelino Kubitscheck	11
1.6 O funcionamento da Unidade de Saúde da Equipe Vida	12
1.7 O dia a dia da equipe	12
1.8 Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade (primeiro passo)	13
1.9 Segundo passo, priorização dos problemas (segundo passo)	13
2 JUSTIFICATIVA	15
3 OBJETIVOS	16
3.1 Objetivo geral	16
3.2 Objetivos específicos	16
4 METODOLOGIA	17
5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	18
5.1 Hipertensão	18
5.2 Educação em Saúde	20
6 PLANO DE INTERVENÇÃO	23
6.1 Descrição do problema selecionado (terceiro passo)	23
6.2 Explicação do problema selecionado (quarto passo)	23
6.3 Seleção dos nós críticos (quinto passo)	23
6.4 Desenho das operações (sexto passo)	24
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	28
REFERÊNCIAS	29

1 INTRODUÇÃO

1.1 Aspectos gerais do município

O município de Presidente Kubitschek, pelo censo de 2010, tinha 2.959 habitantes e projeção para 2019 de 3.022 habitantes. Está localizado no centro norte de Minas, na região da Serra do Espinhaço, a 298 km de Belo Horizonte (IBGE, 2019).

Historicamente, não se sabe ao certo, quais foram os primeiros habitantes de Presidente Kubitschek, mas sabe-se que na época do Brasil Colônia os escravos Africanos mineravam nos rios e campos brasileiros. Ao tomarem conhecimento de que nesse município moravam índios, a localidade recebeu o nome de Ocapoã e depois Ivituruí. Posteriormente, passou a se chamar “Pouso Alto, distrito de Diamantina por Lei nº 1295 de 30/10/1866 e elevado à Paroquia por Lei nº 442 de 28/12/1887”. Contudo, viu-se que em Minas Gerais já havia uma cidade com esse mesmo nome, e então mudaram o nome para Tijucal por Lei nº 843 de 07/09/1923. Mais tarde, ao se pensar e lutar pela emancipação do município, ocorreu a mudança do nome de Tijucal para Presidente Kubitschek, em homenagem a Juscelino Kubitschek de Oliveira (IBGE, 2019).

A cidade teve um crescimento populacional importante em função da agropecuária, extração vegetal e silvicultura. Vive basicamente da pecuária, lavoura, plantação de eucalipto, carvão vegetal e lenha.

Em relação ao território e ambiente, Presidente Kubitschek apresenta 74.1% de domicílios com esgotamento sanitário adequado, 51% de domicílios urbanos em vias públicas com arborização e 7.2% de domicílios urbanos em vias públicas com urbanização adequada, isto é, presença de bueiro, calçada, pavimentação e meio-fio (IBGE, 2019).

Quanto à educação, em 2010, a taxa de escolarização de crianças e adolescentes de 6 a 14 anos de idade é de 95,3% e o Índice de Desenvolvimento da Educação

Básica (IDEB), em 2017, nos anos iniciais, foi de 5,7 e nos anos finais do ensino fundamental, na rede pública, foi de 4,0 (IBGE, 2019).

Algumas lideranças políticas novas têm aparecido e conseguido, a partir da Câmara de Vereadores, fazer um contraponto às práticas políticas tradicionais de cunho clientelista/assistencialista.

1.2 Aspectos da comunidade

É uma comunidade de cerca de 3.022 habitantes, localizada no centro do município, que se formou, principalmente, a partir do passo para tropeiros mercadores ocorrido na década de 1970.

Não é grande o número de desempregados pelo motivo da maioria da população viver no campo. 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 alguns investimentos públicos (escola, centro de saúde, creche, asilo etc.) em função da pressão da associação comunitária, que é bastante ativa.

Existem várias iniciativas de trabalho na comunidade por parte da Igreja e Organizações Não Governamentais (ONG). Esses trabalhos estão bastante dispersos e desintegrados e, em sua maioria, voltados para crianças, adolescentes e mães. A população conserva hábitos e costumes próprios da população rural brasileira e gosta de comemorar as festas religiosas, em particular as festas juninas.

1.3 O sistema municipal de saúde

Na área de saúde, a cidade é sede da microrregião, sendo referência para consultas e exames de média complexidade, atendimento de urgência e cuidado hospitalar, embora a estrutura do seu sistema de saúde seja muito insuficiente. Vale ressaltar que em casos de emergência o paciente é encaminhado para Diamantina.

Há cerca de cinco anos o município adotou a Estratégia de Saúde da Família para a reorganização da atenção básica e conta hoje com 2 equipes na zona urbana e três equipes na zona rural cobrindo 70% da população. Um grande problema no desenvolvimento da ESF é a rotatividade dos profissionais de saúde, particularmente de médicos.

Trabalham quatro Equipes de Saúde da Família e uma equipe de saúde bucal.

1.4 Unidade Básica de Saúde Vida

O Município de Presidente Kubistchek aderiu ao Programa Mais Médicos há quatro anos e a Unidade de Saúde que abriga a Equipe de Saúde da Família Vida está situada no centro da cidade. É uma estrutura própria e planejada para ser uma Unidade de Saúde. Sua área pode ser considerada inadequada considerando a demanda e a população atendida, embora o espaço físico seja muito bem aproveitado.

O espaço da UBS é utilizado em sua totalidade e, às vezes, não comporta a demanda de pacientes. Ela tem quatro consultórios, uma sala de reuniões também utilizada para triagens, uma sala de espera, uma recepção, uma sala de acolhimento, uma sala de observação, uma sala de curativos e procedimentos, uma sala de vacinação, um consultório odontológico, uma sala de esterilização, uma cozinha, lavanderia, seis banheiros, descanso médico e almoxarifado. A população tem muito apreço pela Unidade de Saúde, fruto de anos de luta da associação.

1.5 A Equipe de Saúde da Família Vida, da Unidade Básica de Juscelino Kubitschek

A Unidade, atualmente, está bem equipada e conta com os recursos adequados para o trabalho da equipe, porém há uma grande demanda e tumulto para o atendimento. Contamos com um cardiologista, que atende uma vez no mês; uma pediatra que atende uma vez na semana e uma ginecologista que também atende

esporadicamente, conforme a demanda. Além dos especialistas, a equipe é constituída por três enfermeiros, uma enfermeira responsável pela saúde da família e dois enfermeiros responsáveis pelas urgências e emergências da UBS e que também, realizam plantões noturnos; seis técnicos de enfermagem; sete agentes comunitárias de saúde (ACS); uma farmacêutica; uma psicóloga; um nutricionista; uma fisioterapeuta; dois residentes em fisioterapia; três cirurgiões dentistas, três auxiliares em saúde bucal.

1.6 O funcionamento da Unidade de Saúde da Equipe Vida

A Unidade de Saúde funciona das 7:00 às 16 horas e, para tanto, são realizados os serviços de atenção básica, além dos serviços relacionados à urgência e emergência. Teoricamente, os profissionais são agregados em equipes distintas: uma equipe de Saúde da Família e a outra equipe para os atendimentos de livre demanda e urgência. No entanto, como ambos os serviços funcionam na mesma unidade, a maioria dos profissionais acaba se envolvendo em ambas as funções, o que gera insatisfação dos profissionais envolvidos, aumento dos custos e prejuízo na efetividade dos dois trabalhos. Esse fato tem sido motivo de algumas discussões, principalmente entre o enfermeiro da equipe e o coordenador de atenção básica, que justifica a necessidade de se utilizar o trabalho dos ACS nessas atividades, pela dificuldade de contratação de outro auxiliar de enfermagem. Essa questão já foi objeto de várias reuniões entre a equipe e a associação, porém até o momento não existe proposta de solução.

1.7 O dia a dia da equipe

O tempo da Equipe Vida está ocupado quase que exclusivamente com as atividades de atendimento da demanda espontânea (maior parte) e com o atendimento de alguns programas, como: pré-natal, puericultura, controle de câncer de mama e ginecológico, atendimento a hipertensos e diabéticos, e acompanhamento de crianças desnutridas e com doença parasitária intestinal.

Em relação aos grupos de hipertensos e diabéticos, a equipe realiza reunião semanalmente, porém muitas pessoas não comparecem por viverem na zona

rural. A ausência de um projeto e de avaliação do trabalho tem sido motivo de alguns conflitos entre os membros da equipe. Uma queixa geral é a falta de tempo, devido à demanda de atendimento. Com o passar dos anos, essa situação e a falta de perspectivas de mudanças têm provocado um desgaste grande na equipe, além da sobrecarga e mistura de trabalhos que acabam sobrecarregando os trabalhadores e deixando o ambiente de trabalho confuso.

1.8 Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade (primeiro passo)

A partir do diagnóstico situacional feito na área de abrangência da Equipe Vida e de acordo com Faria, Campos e Santos (2018) foram identificados os problemas mais prevalentes da população atendida no Centro de Saúde Vida. São eles:

1.9 Segundo passo, priorização dos problemas (segundo passo)

Quadro 1 - Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à equipe de Saúde Vida, Unidade Básica de Saúde Juscelino Kubistchek, município Juscelino Kubistchek, Minas Gerais.

Principais problemas	Importância*	Urgência**	Capacidade de enfrentamento***	Seleção Priorização****
Alto índice de pessoas com Hipertensão arterial	Alta	4	Parcial	1
Alto índice de Parasitose intestinal	Alta	3	Parcial	2
Falta de água potável para consumo nas zonas rurais	Alta	2	Fora	2
Gravidez na adolescência	Alta	3	Parcial	3
Alto índice de Diabetes Mellitus	Alta	4	Parcial	4
Depressão	Alta	4	Parcial	5
Alcoolismo	Alta	3	Parcial	6
A população da zona rural não aceita orientações	Alta	2	Fora	7
Lixos a céu aberto	Alta	2	Fora	8
Falta de profissionais	Alta	2	Fora	9
Falta de escolas rurais	Alta	1	Fora	10

*Alta, média ou baixa

** Total dos pontos distribuídos até o máximo de 30

***Total, parcial ou fora

****Ordenar considerando os três itens

Devido às complicações, sequelas, riscos e possibilidades de controle da hipertensão, a equipe de saúde, após reunião, considerou, para este momento, investir ações nesse problema de saúde.

2 JUSTIFICATIVA

A proposição de um plano de intervenção para este trabalho se justifica pelo fato de buscarmos obter um controle sobre o número de pessoas hipertensas no município e também podermos agir com o propósito de evitar algumas complicações decorrentes da HAS.

Nesse sentido, é importante trazer para reflexão o que diz o Ministério da Saúde a respeito da função dos profissionais que trabalham, como nós, na Atenção Básica:

Os profissionais da AB têm importância primordial nas estratégias de prevenção, diagnóstico, monitorização e controle da hipertensão arterial. Devem também, ter sempre em foco o princípio fundamental da prática centrada na pessoa e, conseqüentemente, envolver usuários e cuidadores, em nível individual e coletivo, na definição e implementação de estratégias de controle à hipertensão (BRASIL, 2013, p.21).

Outro destaque importante é relativo aos hábitos de vida da população que têm se tornado algo a se repensar como trabalhar com mudanças possíveis, uma vez parecer não existir mais preocupação com o amanhã, com os riscos a que estão expostos. A população mais idosa está resistente para as orientações médicas devido aos costumes, não tomam medicações conforme orientações e não realizam uma reeducação alimentar visando uma melhor qualidade de vida.

Ao realizarmos um levantamento na área de atenção foi possível notar o nível crescente de pessoas hipertensas e com sequelas devido à doença crônica e de início silenciosa. Dessa forma, espera-se que este problema seja resolvido para que as pessoas tenham melhor qualidade e perspectiva de vida.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Elaborar um plano de intervenção para melhorar o controle da hipertensão arterial sistêmica e diminuir suas complicações nos usuários da área de abrangência da Equipe de Saúde da Família Vida, em Presidente Kubitschek, Minas Gerais.

3.2 Objetivos específicos

Capacitar os profissionais da equipe de saúde para orientar e interagir da melhor maneira com os pacientes hipertensos;

Realizar educação em grupo para as pessoas hipertensas focando na doença, medicações e mudanças de hábitos de vida inadequados.

4 METODOLOGIA

O plano de intervenção aqui apresentado se baseou primeiramente no conhecimento do território, através de dados históricos, demográficos, econômicos e epidemiológicos. Fez-se, após, o diagnóstico situacional da área de abrangência da eSF Vida por meio do Planejamento Estratégico Situacional (PES) (FARIA; CAMPOS; SANTOS, 2018).

Dessa forma, foram elencados os principais problemas de saúde da população adscrita e escolhido o problema prioritário devido sua importância, urgência e capacidade de enfrentamento pela equipe.

Para subsidiar o plano de intervenção foi realizada pesquisa na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) com os descritores: hipertensão, atenção primária de saúde e educação em saúde.

Foram também utilizados os Cadernos do Ministério da Saúde e Diretrizes da Sociedade Brasileira de Hipertensão.

5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

5.1 Hipertensão

A hipertensão arterial (HA) é caracterizada pelo aumento dos níveis pressóricos ≥ 140 e/ou 90 mmHg. Associada a alterações funcionais e/ou estruturais de órgãos-alvo, sendo agravada pela presença de outros fatores de risco (FR), como dislipidemia, obesidade, intolerância à glicose, diabetes melito (DM).1,2, estresse e tabagismo. Pode apresentar complicações como acidente vascular encefálico (AVE), infarto agudo do miocárdio (IAM), insuficiência cardíaca (IC), doença arterial periférica (DAP) e doença renal crônica (DRC) fatal e não fatal (LEWINGTON et al., 2003 *apud* MALACHIAS et al., 2016).

“O desenvolvimento da hipertensão não ocorre instantaneamente, há um conjunto de fatores que estão associados à sua evolução e agravo”. Esses fatores denominados de risco estão associados à idade, sexo/gênero, etnia e aos maus hábitos como sedentarismo, obesidade e abandonos de tratamentos, gerando graves consequências e até mesmo a morte (MACHADO; PIRES; LOBÃO, 2012, p.1366).

Aziz (2014, p.75) menciona que no mundo contemporâneo, devido às invenções tecnológicas cada vez mais sofisticadas e o acesso do homem a elas além de lhes gerar conforto, fazem-nos interagir por meio de smartphones ou tablets e em contrapartida, o sedentarismo ou inatividade física também se tornam mais presentes e crescentes na população, de forma geral. “O sedentarismo passa a ser um problema de saúde pública no século 21, uma pandemia mundial que está associada às várias comorbidades, como hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus tipo 2, obesidade, síndrome metabólica e dislipidemia”.

Ferreira *et al.* (2019, p. 2425), com base em estudo transversal realizado com 655 adultos hipertensos de ambos os sexos, em Alagoas, identificaram “alta prevalência de obesidade e sedentarismo e frequências importantes de tabagistas e consumidores de álcool”. O consumo alimentar dessa população se baseia em alimentos processados e ultraprocessados e se relaciona aos níveis elevados de colesterol sérico e falta de atividade física.

Em relação à idade, o desenvolvimento da hipertensão arterial em idosos conta com uma prevalência acentuada, uma vez que, conforme a idade avança, o risco é aumentado. Nesta população, a elevação da pressão sistólica ocorre com maior frequência, fato que implica na relação direta com os eventos cardiovasculares (ANDRADE *et al.*, 2014).

Em indivíduos com 60 anos ou mais, isto é, em idosos, a prevalência da hipertensão varia conforme determinados fatores, acentuando-se com a idade e a gravidade e ligados às mudanças nos padrões de vida como alimentação, estilo de vida, ambiente físico e condições psicossociais com repercussões nos padrões de morbimortalidade (GARCIA; FRANÇA-BOTELHO, 2018).

Embora os idosos representem um dos principais grupos etários em torno do risco quanto ao desenvolvimento da hipertensão arterial, o problema também pode se fazer presente na infância e na adolescência. Resultados de pesquisa feita com 152 crianças e adolescentes sedentários, obesos e com sobrepeso demonstraram que uma alta probabilidade de alterações cardíacas nessa população. A chamada hipertensão arterial primária (HAP) é iniciada ainda na infância, sendo agravada no decorrer dos anos (SEIXAS *et al.*, 2018).

O Ministério da Saúde já recomenda que:

Todo adulto com 18 anos ou mais de idade, quando vier à Unidade Básica de Saúde (UBS) para consulta, atividades educativas, procedimentos, entre outros, e não tiver registro no prontuário de ao menos uma verificação da PA nos últimos dois anos, deverá tê-la verificada e registrada (BRASIL, 2013, p.29).

À consulta médica, o profissional deve se atentar, valorizar e fazer, de forma completa, a história e o exame físico do paciente hipertenso. Deve identificar os fatores de risco, como obesidade, alcoolismo, tabagismo, maus hábitos alimentares, sedentarismo, predisposição familiar e outros fatores de risco para Doenças Cardio Vasculares, além de avaliar a presença de lesões em órgãos-alvo. É, também, na primeira consulta que o médico estabelece com o paciente o processo de educação em saúde que deve ser contínuo (BRASIL, 2013).

Também, Moinho (2019, p.2) adverte que

Considerando que a porta de entrada para o diagnóstico e tratamento da HA em nosso país é o setor de atenção primária, representado pelas Unidades de Atenção Básica, é essencial envolver todas as equipes de saúde, envolvendo médicos, enfermeiros, nutricionistas, etc., para que a efetividade dos tratamentos para a população hipertensa torna-se o mais homogêneo possível, ou seja, independentemente de fatores socioeconômicos.

5.2 Educação em Saúde

A educação em saúde figura-se como uma questão complexa em termos de exequibilidade, especialmente diante das dimensões que a compreendem: “política, filosófica, social, religiosa, cultural, além de envolver aspectos práticos e teóricos do indivíduo, grupo, comunidade e sociedade”. Engloba, ainda o processo de saúde-doença em duas diferentes versões: uma, quando se faz necessária para a sua própria manutenção, e outra quando objetiva retardar a existência de doença, tornando-se essencial para proporcionar qualidade de vida aos indivíduos, bem como retardar os agravos relativos ao processo de adoecimento (SALCI *et al.*, 2013, p.225).

A estratégia utilizada na educação em saúde objetiva integrar os diferentes saberes científicos, bem como os conhecimentos provenientes do senso comum, possibilitando que os envolvidos desenvolvam uma visão crítica pautada na autonomia e participação. Dessa forma, educar não é apenas desfiar informações aos usuários, é sensibilizá-los sobre a doença, os seus agravos à saúde, tudo isso com base no diálogo para que eles apreendam dito e possam transformar sua realidade e encontrar melhores condições de vida. As práticas educativas em saúde facilitam a troca de conhecimento e experiências entre os membros da comunidade e profissionais, com isso fornecendo liberdade para momentos de debates reflexivos que possibilitem às pessoas um aprendizado significativo (FERREIRA *et al.*, 2014).

Por intermédio da educação, o cidadão pode vivenciar seus direitos constitucionais de forma plena, assim como suas respectivas liberdades democráticas, seguindo os deveres que lhe são atribuídos enquanto indivíduo atuante na sociedade em que vive. A educação também permite a construção de

uma consciência crítica, influenciando na tomada de decisões criativas, bem como a liberdade de transformar a realidade, saindo do papel de mero reprodutor de ações equivocadas. A autonomia é diretamente associada com a educação (MOREIRA; TEIXEIRA; NOVAES, 2014).

Para Reis *et al.* (2013) , em termos práticos, a educação em saúde visa uma relação de proximidade entre os usuários de serviços de saúde com os profissionais de saúde, estabelecendo um vínculo visando a promoção da saúde, ao ponto de que a coparticipação seja fundamental na construção de conhecimentos, corroborando ainda para a ampliação de acesso aos serviços de saúde, atenuando a prevenção de agravos, uma vez que um dos principais focos da educação em saúde consiste na busca de estratégias eficientes em prol da prevenção.

A educação em saúde foi desenvolvida inicialmente em meados do século XIX e início do século XX, conforme o Brasil crescia consideravelmente em números na sua população urbana, somando-se ao fato de que as condições sanitárias eram extremamente precárias, facilitando o desenvolvimento de surtos epidêmicos. No período denominado de higienista, a educação em saúde era realizada como um meio indutor de práticas saudáveis, principalmente por discursos e ações baseadas em modelos de natureza coercitiva (PAULINO; FERNANDES; SIQUEIRA, 2010).

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2014, p.129), em relação à educação de pessoas com doenças crônicas, alerta sobre o como realizar essa educação para se alcançar os objetivos pretendidos:

As metodologias compreensivas partem do princípio que as pessoas portadoras de condições crônicas precisam fazer modificações na sua vida para aceitar a doença e as mudanças que ela traz no cotidiano do sujeito. Que a aceitação da doença não é resultado de informação e de aquisição de novos hábitos, mas sim está relacionada à como o paciente entende o seu problema, ao que ele acredita sobre o seu problema (modelo explicativo da doença) e à carga de experiência e de aprendizagem relacionadas ao adoecimento e de como foram sendo tecidas ao longo da vida: sentimentos de perdas, frustrações e busca de um querer viver para além das limitações que a doença traz em sua vida.

Assim, é fundamental escolher, que dentre as possíveis metodologias de educação, aquela que se adequa melhor à pessoa que vai fazê-la, pois exige conhecimento para sua execução.

Uma metodologia mais usualmente utilizada nas Unidades Básicas de Saúde é o grupo operativo ou educativo. Contudo, é essencial ter em mente que “fazer um grupo” não é simplesmente colocar várias pessoas reunidas em um mesmo espaço para conversarem ou ouvirem palestras sobre determinado tema. O grupo é o momento em que sua condução permite a criação de redes sociais, as pessoas trocam informações e experiências e o profissional escuta as necessidades e demandas de cada pessoa, e todos, em conjunto, buscam solução coletiva (BRASIL, 2014).

6 PLANO DE INTERVENÇÃO

Essa proposta refere-se ao problema priorizado “Alto índice de pessoas com Hipertensão arterial sistêmica” para o qual se registra uma descrição do problema selecionado, a explicação e a seleção de seus nós críticos, de acordo com a metodologia do Planejamento Estratégico Simplificado (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2018).

6.1 Descrição do problema selecionado (terceiro passo)

Através de uma análise, coleta de dados e priorização dos problemas definimos a Hipertensão Arterial como o principal problema dos nossos pacientes identificados na área de abrangência atendida pela eSF Vida conforme dados do Quadro 2

Quadro 2: Número de hipertensos atendidos na UBS Juscelino Kubistchek.

DESCRITORES	VALORES	FONTES
Hipertensos esperados	619	Estudos
Hipertensos cadastrados	400	SISAB
Hipertensos esperados/ cadastrados	619	Registro da equipe

6.2 Explicação do problema selecionado (quarto passo)

Atender pessoas com Hipertensão arterial não é somente se ater a uma PA elevada, mas também a um conjunto de fatores de risco que precisam ser levados em consideração para o tratamento e educação em saúde do paciente tais como: maus hábitos alimentares, sedentarismo, obesidade, alcoolismo que podem desencadear outras doenças.

6.3 Seleção dos nós críticos (quinto passo)

Os nós críticos elencados pela equipe são:

- 1- Não seguem as orientações relativas à medicação conforme prescrição médica
- 2- Maus hábitos e estilo de vida

3- Complicações hipertensivas

6.4 Desenho das operações (sexto passo)

Em busca de resolvermos nossos problemas orientamos os pacientes como devem ingerir a medicação, sempre no mesmo horário e todos os dias da semana; realizar uma reeducação alimentar com a diminuição da ingestão de sal e substituição por alimentos saudáveis; manter hábitos de vidas saudáveis com a associação de atividades físicas diárias com no mínimo 30 minutos de duração; seguir tudo o que é orientado para evitar complicações que podem até mesmo deixar sequelas e agir de uma forma mais didática e interativa, pois como são pessoas do campo e mais idosas existe muita resistência em tudo que é falado.

O desenho das operações está descrito nos quadros 3, 4 e 5 .

Quadro 3– Operações sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema “Alto índice de pessoas com Hipertensão arterial”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Vida, do município Juscelino Kubitschek, estado de Minas Gerais.

Nó crítico 1	Não seguem as orientações relativas à medicação conforme prescrição médica.
Operação (operações)	Realizar grupos educativos sobre medicação, como tomar, a importância de seguir o horário correto, possíveis efeitos colaterais, e frisar bem a importância de seguir as orientações médicas
Projeto	<i>Compromisso diário</i>
Resultados esperados	Pessoas seguindo as orientações medicamentosas, tomando medicação corretamente; Diminuição de crises hipertensivas e complicações
Produtos esperados	Adesão de pelo menos 80% da população hipertensa às tomadas corretas de medicamentos. Pessoas com pressão arterial controlada
Recursos necessários	Cognitivo: Educação sobre medicação e importância de tomá-la corretamente. Político: União da equipe da ESF com a secretaria de saúde Organizacional: orientar e incentivar como deve ser tomada a medicação
Recursos críticos	Financeiro: Verba para elaboração de panfletos educativos
Controle dos recursos críticos	Médico Enfermeiro
Ações estratégicas	Ensinar de forma clara e compreensível como tomar medicação na hora certa, a dose medicamentosa e sinais e sintomas que deve procurar a UBS; Desenhar para a população analfabeta os horários e doses dos medicamentos. Problematizar todas as vezes ao usuário para verificar se entendeu corretamente.
Prazo	12 meses
Responsável (eis) pelo acompanhamento das ações	Médico Enfermeiro eSF
Processo de monitoramento e avaliação das	Realizar visitas domiciliares e verificar, in loco, se os pacientes compreenderam as prescrições médicas.

ações	Mensalmente e através do controle da PA
--------------	---

Quadro 4– Operações sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema “Alto índice de pessoas com Hipertensão arterial”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Vida, do município Juscelino Kubitschek, estado de Minas Gerais.

Nó crítico 2	Maus hábitos e estilo de vida
Operação (operações)	Propor mudanças dos hábitos de vida partir de conscientização dos usuários; Promover a inclusão de hábitos mais saudáveis com discussões em grupos educativos; Alertar sobre as consequências dos maus hábitos e os riscos a que estão expostos caso mantenham alimentação inadequada.
Projeto	<i>Mais saúde</i>
Resultados esperados	Usuários com alimentação mais saudável Diminuir a quantidade de hipertensos a partir de mudanças no hábito de vida Grupos operativos em funcionamento
Produtos esperados	Usuários hipertensos participando dos GO Modificar os costumes de pelo menos 70% da população
Recursos necessários	Cognitivo: Orientações acerca da influência dos hábitos no estilo de vida Político: Parceria com profissionais do NASF para participação nos GO Organizacional: espaço para os grupos
Recursos críticos	Político: participação ativa do NASF
Controle dos recursos críticos	Médico Enfermeiro
Ações estratégicas	Sensibilizar usuários para participação nos GO Grupos de caminhada e exercícios físicos
Prazo	Um ano
Responsável (eis) pelo acompanhamento das ações	Enfermagem Médico ACS
Processo de monitoramento e avaliação das ações	Monitoramento mensal através de controle da PA e acompanhamentos. Registro das atividades com local, data, hora, ação realizada e profissionais envolvidos.

Quadro 5– Operações sobre o “nó crítico 3” relacionado ao problema “Alto índice de pessoas com Hipertensão arterial”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Vida, do município Juscelino Kubitschek, estado de Minas Gerais.

Nó crítico 3	Complicações hipertensivas
Operação (operações)	Orientar acerca das complicações e de como ficar atento aos sinais e sintomas que demandam ir à UBS; Orientar sobre a importância de seguir rigidamente o tratamento medicamentoso e não medicamentoso para se obter melhor qualidade de vida Promover a educação em saúde
Projeto	<i>Evitar complicações com sequelas</i>
Resultados esperados	Pacientes seguindo corretamente as prescrições médicas e educativas; Menos complicações e pacientes mais conscientes dos tratamentos;
Produtos esperados	Diminuir em 30% as complicações; Educação individual conforme demanda de cada paciente;
Recursos necessários	Organizacional: realizar mais visitas domiciliares Cognitivo: usuários compreendendo os possíveis motivos das complicações; Político: mais funcionários para melhor acompanhamento da população
Recursos críticos	Financeiro: verba para contratação e capacitação de novos profissionais
Controle dos recursos críticos	Médico Enfermeiro
Ações estratégicas	Capacitação dos profissionais e orientações aos pacientes
Prazo	12 meses
Responsável (eis) pelo acompanhamento das ações	Médico Enfermeiro ACS
Processo de monitoramento e avaliação das ações	Consultas de rotina para controle e visitas domiciliares Registro das atividades com local, data, hora, ação realizada e profissional envolvido

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A atuação da atenção primária visa à aproximação e cuidado com a população, além de tratar e cuidar; a estratégia saúde da família é fundamental ao planejar e programar suas ações com vistas à promoção da saúde, prevenção de doenças, cuidados e orientações.

Ao proporcionarmos uma melhor qualidade de vida aos usuários atendidos pela equipe de saúde teremos menor mortalidade e promoveremos saúde, seja por mudanças nos hábitos de vida, reeducação alimentar, realização de exercícios físicos, ocorrendo uma identificação precoce da doença e evitando-se, assim, as complicações.

A finalidade de nosso trabalho é tranquilizar e acompanhar os portadores das enfermidades além de incentivar as pessoas a terem um novo estilo de vida, ainda que existam alguns desafios para qualificação de mais profissionais e uma didática para abranger pessoas idosas, principalmente, porém ao ter controle sobre a realidade o número de pessoas hipertensas estará controlado.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, A. O. *et al.* Prevalência da hipertensão arterial e fatores associados em idosos. **RevBrasPromoç Saúde**, v. 27, n. 3, p. 303-311, 2014.

AZIZ, J. L. Sedentarismo e hipertensão arterial. **RevBrasHipert.** v.21 n.2, p.75-82, 2014.

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, 2013. 128 p. (Cadernos de Atenção Básica, n. 37)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2014.** (Cadernos de Atenção Básica, n. 35)

FARIA, H. P.; CAMPOS, F. C. C.; SANTOS,, M. A.. **Planejamento, avaliação e programação das ações de saúde.** Belo Horizonte: NESCON/UFMG, 2018

FERREIRA, R. C. *et al.* . Consumo de alimentos preditores e protetores de risco cardiovascular por hipertensos do estado de Alagoas, Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 24, n. 7, p. 2419-2430, jul. 2019

FERREIRA, V. F. *et al.* Educaciónensalud y ciudadanía: revisión integradora. **Trab. educ. saúde**, v. 12, n. 2, p. 363-378, 2014.

GARCIA, R. C.C.; FRANÇA-BOTELHO, A. C. Pressão arterial e o estilo de vida de idosos do Projeto Corpo e Mente em Campos Altos (MG). **Saber Científico**, v. 7, n. 1, p. 48-56, 2018.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. IBGE Minas Gerais. Juscelino Kubistchek. **História**, 2019. Disponível em <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/juscelinokubistchek/panorama>>.

MACHADO, M. C.; PIRES, C.G.. S; LOBÃO, W. M. Concepções dos hipertensos sobre os fatores de risco para a doença. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 17, p. 1365-1374, 2012.

MALACHIAS, M.V. B. *et al.* 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial: Capítulo 1-Conceituação, Epidemiologia e Prevenção Primária. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo v. 107, n. 3, supl. 3, p. 1-6, 2016.

MOINHO, J. G. Social DeterminantsofHypertension. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo , v. 113, n. 4, p. 696-698, out. 2019

MOREIRA, R. M.; TEIXEIRA, R. M.; NOVAES, K.O. Contribuições da atividade física na promoção da saúde, autonomia e independência de idosos. **Revista Kairós Gerontologia**, v. 17, n. 1, p. 201-217, 2014.

PAULINO, L. F.; FERNANDES, W. R.; SIQUEIRA, V.H. F. Educação, saúde e velhice: articulações prevalentes em periódicos. **Ensino, Saude e Ambiente**, v. 3, n. 2, p. 87-97, 2010.

REIS, R. S. *et al.* Acesso e utilização dos serviços na Estratégia Saúde da Família na perspectiva dos gestores, profissionais e usuários. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 18, p. 3321-3331, 2013.

SALCI, M. A. *et al.* Educação em saúde e suas perspectivas teóricas: algumas reflexões. **Texto contexto - enferm.**, v. 22, n. 1, p. 224-230, 2013.

SEIXAS, R. B. P. M. *et al.* Parâmetros clínicos para predizer anormalidades cardíacas em crianças e adolescentes obesos e ou com sobrepeso. **Com. Ciências Saúde**, v. 29, n. 02, p. 72-80, 2018.