

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

ARGEL JESUS PEDROSO FLEITAS

**INTERVENÇÃO EDUCATIVA NO CONTROLE DA HIPERTENSÃO
ARTERIAL EM GRUPO DE PACIENTES HIPERTENSOS.**

BELO HORIZONTE, MINAS GERAIS

2015

ARGEL JESUS PEDROSO FLEITAS

**INTERVENÇÃO EDUCATIVA NO CONTROLE DA HIPERTENSÃO
ARTERIAL EM GRUPO DE PACIENTES HIPERTENSOS.**

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

Orientadora: Prof^a. Fernanda Piana Santos Lima de Oliveira

BELO HORIZONTE, MINAS GERAIS

2015

ARGEL JESUS PEDROSO FLEITAS

**INTERVENÇÃO EDUCATIVA NO CONTROLE DA HIPERTENSÃO
ARTERIAL EM GRUPO DE PACIENTES HIPERTENSOS.**

Banca examinadora

Examinador 1: Prof. Fernanda Piana Santos Lima de Oliveira (Orientador).

Examinador 2: Prof. Célia Maria de Oliveira (Examinador)

Aprovado em: Belo Horizonte, em 15 de setembro de 2015.

RESUMO

Nas estatísticas de saúde pública se percebe que a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) tem alta prevalência e baixas taxas de controle, sendo por isso considerada um dos mais importantes problemas de saúde pública. As doenças cardiovasculares são importantes causas de morbimortalidade e geram altos custos econômicos, e que aumentam progressivamente com o aumento da pressão arterial. O controle adequado dos pacientes com HAS deve ser uma das prioridades da Atenção Básica a partir do princípio de que o diagnóstico precoce, o bom controle e o tratamento adequado dessa afecção são essenciais para diminuição dos eventos cardiovasculares adversos. Este trabalho propõe a criação de um plano de intervenção a ser aplicado com o objetivo de melhorar o nível de conhecimento de um grupo de pacientes hipertensos sobre os fatores de risco da Hipertensão arterial, em Minas Gerais. A partir da implementação do plano de ação proposto pretende-se: a abordagem da HAS como doença crônica, aumento da adesão da população às mudanças de modo e estilo de vida. Ao estimular a autonomia dos sujeitos em relação ao seu estado de saúde e propiciar melhorias na qualidade de vida. Esse projeto pretende contribuir de forma significativa para melhoria das condições de saúde e de vida da população da área de abrangência do PSF Santa Terezinha.

Palavras-chave: Hipertensão Arterial. Atenção Básica. Prevenção Primária. Doenças Cardiovasculares.

ABSTRACT

In public health statistics realizes that Hypertension has a high prevalence and low control rates, been considered one of the most important public health problems. The cardiovascular diseases are important causes of morbidity and mortality and generate high economic costs, and that increase progressively with increasing blood pressure. The adequate control of patients with Hypertension should be a priority for Primary Care from the principle that the early diagnosis, good control and appropriate treatment of this condition are essential for reduction of adverse cardiovascular events. This paper proposes the creation of an action plan to be implemented by Blue Health Team, the Family Health Program (PSF) Santa Terezinha in Coronel Fabriciano, Minas Gerais, with the aim of improving the level of knowledge of a group of hypertensive patients on blood hypertension risk factors. From the implementation of the proposed action plan is intended to approach the hypertension as a chronic disease, increased adherence of the population to change mode and lifestyle. From the implementation of the action plan proposed it is intended to approach Hypertension as a chronic disease, increased adherence of the population to changes in lifestyle and proper use of medications. To stimulate the autonomy of individuals in relation to their health status and to provide quality of life improvements this project intends to contribute significantly to improving the health and life conditions of the population of the area of PSF Santa Terezinha.

Keywords: Hypertension Arterial. Primary Health Care. Primary Prevention. Cardiovascular Diseases.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO -----	07
2 JUSTIFICATIVA -----	09
3 OBJETIVOS -----	11
3.1 OBJETIVO GERAL -----	11
3.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS -----	11
4 METODOLOGIA -----	12
5 REVISÃO DE LITERATURA -----	13
6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO -----	19
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS -----	23
REFERÊNCIAS -----	24

1 INTRODUÇÃO

Coronel Fabriciano é um município brasileiro no interior do estado de Minas Gerais, região Sudeste do país. Pertence à Mesorregião do Vale do Rio Doce e à Microrregião de Ipatinga e localiza-se a leste da capital do estado, distando desta cerca de 200 km². Ocupa uma área de 221,252 km², sendo 17,0 km² em perímetro urbano. Sua população, em 2014, era de 108.843 habitantes, sendo então o 27º município mais populoso do estado mineiro (BRASIL 2010).

O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDH-M) de Coronel Fabriciano é considerado alto, segundo o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), no ano de 2010, seu valor era de 0,755 sendo então o 35º maior de todo o estado de Minas Gerais e o 453º maior do Brasil. Conta com água tratada e 100 % de recolhimento de esgoto por rede pública. A principal atividade econômica é o comércio.

Na área da educação, o Índice de Desenvolvimento da Educação Básica (IDEB) médio entre as escolas públicas de Coronel Fabriciano era, no ano de 2011, de 5,1 (numa escala de avaliação que vai de nota 1 à 10), sendo que a nota obtida por alunos do 5º ano (antiga 4ª série) foi de 5,7 e do 9º ano (antiga 8ª série) foi de 4,5; o valor das escolas públicas de todo o Brasil era de 4,0 (BRASIL 2010).

O Conselho Municipal de Saúde foi criado em 22 de julho de 1991, desde então funciona como órgão colegiado que atua em caráter permanente e deliberativo, na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente.

O atual Governo Municipal ampliou 60% da cobertura populacional da atenção básica por meio do programa Estratégia de Saúde da Família e até o final deste ano pretende chegar aos 100% de cobertura. A rede de saúde do município é composta por 13 Unidades de Atenção Primária à Saúde; 16 equipes de Saúde da Família. O Sistema de Referência e Contra Referência funciona com atendimento pela porta de entrada que é a Unidade Básica de Saúde (UBS). O usuário é encaminhado de acordo com a especialidade necessária e retorna à unidade para o acompanhamento com o médico da família após o atendimento especializado. Dentro do município existem encaminhamentos para o CEPS (Centro de Especialidades) com atendimentos de Ginecologia, Mastologia, Ortopedia, Cardiologia, Neurologia, Urologia, Dermatologia; CASAM (Centro de Atendimento ao paciente com a Saúde Mental debilitada) com atendimentos de Psicólogos,

Psiquiatras, e assistentes sociais; NEPS (Núcleo Especializados em Programas de Saúde) com atendimento a portadores de doenças sexualmente transmissíveis, Tuberculose e Hanseníase; Fisioterapia.

A Unidade Básica de Saúde Santa Terezinha está localizada no bairro Floresta em Coronel Fabriciano. A unidade é de fácil localização, possuindo vias de acesso asfaltadas. Seu horário de funcionamento é de 07h00min as 17h00min, promovendo ações desenvolvidas pela Equipe de Saúde da Família (ESF). A unidade conta com um quadro total de 26 funcionários (2 médicos, 2 enfermeira, 5 técnicos de enfermagem, 10 agentes comunitários de saúde (ACS), 1 psicólogo, 1 nutricionista, 2 auxiliares administrativo, 2 auxiliares de serviços gerais), com uma estrutura física que apresenta 2 consultórios médicos; 1 consultório de enfermagem; 1 sala de curativo; 1 sala de vacina; 1 farmácia; 1 sala de reuniões; 1 sala da gerência; 1 sala de procedimentos; expurgo; lavanderia; cozinha; 1 banheiro masculino; 1 banheiro feminino e 1 banheiro para pessoas com necessidades especiais, além da recepção.

A Equipe Azul, desta UBS é composta por uma enfermeira, uma auxiliar de enfermagem e 5 Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Sua área de abrangência é responsável por um total de 842 famílias cadastradas segundo dados de cadastro familiar do censo realizado em Dezembro/2014.

Este trabalho tem como objetivo elaborar um projeto de intervenção educativa no controle da Hipertensão Arterial no grupo de pacientes hipertensos da Equipe Azul, na USF Santa Terezinha no Município Coronel Fabriciano, com a finalidade de diminuir a morbimortalidade desta doença.

2 JUSTIFICATIVA

Nas estatísticas de saúde pública se percebe que a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) tem alta prevalência e baixas taxas de controle, sendo considerado um dos principais fatores de risco (FR) modificáveis, e um dos mais importantes problemas de saúde pública (MION *et al.*, 2006).

As doenças cardiovasculares (DVC) são importantes causas de morbidade, internações frequentes e mortalidade, gerando altos custos econômicos e, além disso, se sabe que a mortalidade por DVC aumenta progressivamente com o aumento da pressão arterial (PA) (NOBRE *et al.*, 2010).

De acordo com o Sistema de Informações sobre Mortalidade do Ministério da Saúde (SIM) de 2010, as doenças do aparelho circulatório representam a principal causa de morte no país, representando cerca de 31,2% dos óbitos em todas as regiões do país, à frente das neoplasias, responsáveis por 16,7%. Além disso, a DVC é condição muitas vezes silenciosa ou que pode se manifestar sem aviso, ressaltando a importância da prevenção (BRASIL, 2006).

Por esses e outros motivos, o controle adequado dos pacientes com HAS deve ser prioridade da Atenção Básica a partir do princípio de que o diagnóstico precoce, o bom controle e o tratamento adequado dessa afecção são essenciais para diminuição dos eventos cardiovasculares e de possível alcance com os recursos disponíveis (NOBRE *et al.*, 2010).

Na realidade da equipe do PSF Santa Terezinha são constantes os atendimentos de pacientes com HAS, com mau controle, que evoluíram com complicações cardiovasculares graves, mas possivelmente evitáveis. A falta de adesão dos usuários às mudanças de estilo de vida e ao tratamento adequado da HAS também é evidente durante as consultas médica e de enfermagem.

A educação do paciente hipertenso é o elemento-chave para o controle adequado da (HAS). Para que o paciente possa exercer o seu autocuidado e melhorar sua qualidade de vida é necessária uma orientação adequada, por meio da educação em saúde por profissionais competentes. Iniciativas de educação em saúde possibilitam mudanças efetivas no estilo de vida das pessoas, com vistas a prevenir ou pelo menos retardar os agravamentos decorrentes dessa enfermidade. Seguindo essa linha de pensamento, acredita-se que a educação em saúde pode ser uma valiosa ferramenta para o enfermeiro e demais profissionais na busca de

melhor qualidade de vida para os portadores de doenças crônicas (SOARES *et al.*, 2009).

Devem-se buscar ações de educação em saúde através de grupos, palestras educativas e atividades lúdicas para chamar a atenção dos pacientes e assim promover e prevenir a saúde deles, mas sempre com muito respeito, integralidade e cuidado ao próximo. A educação em saúde ao paciente hipertenso pode proporcionar melhor qualidade de vida, sobrevida e produtividade, diminuindo a alta frequência de internações com excessivos custos econômicos, hospitalares e sociais ao país, sem falar na diminuição da demanda hospitalar (SOARES *et al.*, 2009).

A hipertensão é uma das mais comuns doenças cardiovasculares, e estas por sua vez são responsáveis por alta frequência de internações. Dessa forma, devido à alta prevalência na HAS na população da área de abrangência e ao evidente grau de descontrole desses pacientes, acredita-se que o projeto de intervenção proposto seja importante e possibilite melhora das condições de saúde e de vida da população adstrita, reduza a morbimortalidade relacionada às DCV e eleve o nível de conhecimentos sobre Hipertensão Arterial e seus fatores de risco para assim obter um maior controle da doença e suas complicações.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Elaborar um projeto de intervenção educativa para o controle da Hipertensão Arterial no grupo de pacientes hipertensos da Equipe Azul, na USF Santa Terezinha no Município Coronel Fabriciano.

3.2 Objetivos Específicos

- Realizar uma revisão de literatura sobre o tema;
- Organizar o trabalho do grupo operativo da Hipertensão Arterial para desenvolver as atividades necessárias;
- Desenvolver um programa de educação e saúde por meio dos grupos operativos;
- Aumentar o nível de informação da população sobre os riscos da Hipertensão Arterial.

4 METODOLOGIA

Será elaborado um projeto de intervenção educativa na USF Santa Terezinha no município Coronel Fabriciano, de acordo com os autores Campos, Faria e Santos (2010). A proposta de elaboração do Plano de Intervenção para prevenir as complicações da Hipertensão Arterial foi realizada levando em consideração a revisão da literatura sobre o tema, o resultado do diagnóstico situacional e a discussão com a equipe realizada em 2014.

Para a construção desse projeto foram utilizados trabalhos científicos disponíveis na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), PUBMED, Biblioteca Virtual da Universidade Federal de Minas Gerais, *ScientificElectronic Library* (SciELO) e os módulos do Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, disponíveis na Plataforma Agora. Os artigos disponíveis nessas bases de dados, bem como publicações em livros e revistas médicas foram selecionados conforme sua relevância. Outros dados importantes que serão utilizados são os disponíveis na Secretaria Municipal de Saúde Coronel Fabriciano do ano de 2013, dados do Ministério da Saúde e arquivos da própria UBS Santa Terezinha.

Os descritores em saúde utilizados foram: Hipertensão Arterial. Atenção Básica. Prevenção Primária. Doenças Cardiovasculares.

5 REVISÃO DE LITERATURA

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é uma doença crônica com maior prevalência entre adultos e está relacionada a problemas cerebrovasculares, arterial coronariana e vascular de extremidades. No Brasil é detectado, aproximadamente, 18 milhões de hipertensos e apenas 30% estão controlados e submetidos ao tratamento. A não adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso aumenta o risco de acidente vascular cerebral, doenças renais e cardiovasculares acometendo cerca de 22% da população adulta, o que corresponde a 15,2% das intervenções realizadas no Sistema Único de Saúde (SUS) (BENTO *et al.*, 2008).

Desde meados do século passado, em associação com o envelhecimento da população, sobretudo após os anos 80, têm se observado modificações no modo de viver das pessoas, decorrentes do processo de urbanização e do avanço tecnológico, que contribuíram para a chamada “transição epidemiológica” (BRASIL, 2006).

É possível observar, atualmente, que a população brasileira passa por um estágio de transição epidemiológica, havendo aumento na incidência de casos de doenças pertencentes a um grupo que se convencionou denominar doenças crônicas, as quais são conhecidas por possuírem história natural prolongada (MIRANZI *et al.*, 2008; FERREIRA *et al.*, 2010).

De ocorrência multifatorial, as doenças crônicas não transmissíveis são responsáveis por milhares de mortes todos os anos, tendo como destaques a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e o *Diabetes Mellitus* Tipo 2 (DM2). Ambas têm fatores de riscos comuns e normalmente estão associadas à comorbidades, principalmente em indivíduos idosos; porém, atingem também adolescentes e adultos jovens. Doenças Crônicas não Transmissíveis afetam cada vez mais um maior número de pessoas em vários países, sendo associadas a fatores de riscos bem conhecidos e determinados, pelo modo e estilo de vida onde se apresentam, surgindo, assim, a necessidade de estabelecer um sistema de vigilância que permita a observação, investigação e intervenção daqueles fatores e condições de qualquer tipo: biológicos, psicológicos, socioeconômicos e ambientais que influem na origem destas doenças (MARTINS *et al.*, 2010; BARRETO *et al.*, 2010).

A HAS configura-se como aumento dos níveis tensionais dos vasos sanguíneos, levando a alteração na pressão arterial. Nos últimos anos, a HAS vem sendo considerada um dos maiores desafios da saúde pública, apresentando elevada prevalência, sobretudo entre a população jovem. Fato preocupante, pois o aumento dos níveis pressóricos na adolescência tende a permanecer por toda a vida e a acarretar complicações precoces na fase adulta (BRASIL, 2006; BARRETO *et al.*, 2010).

No Brasil, essa doença crônica afeta de 22 a 43,9% da população adulta, e de 2 a 13% da população de crianças e adolescentes (BRASIL, 2006). Nesse contexto, é importante ressaltar que a existência de alterações da pressão arterial em crianças e adolescentes evidencia que a hipertensão pode ter sua história inicial nessa etapa da vida, o que deve aumentar a preocupação com a avaliação da pressão arterial nesses grupos (BARRETO *et al.*, 2010; MION *et al.*, 2006).

Vários são os fatores envolvidos no desenvolvimento da hipertensão durante toda a vida: 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, 2006).

No Brasil, o Ministério da Saúde, através da Norma Operacional de Assistência à Saúde/SUS, determinou que o controle da hipertensão arterial fosse responsabilidade dos serviços de atenção básica e estabeleceu como ações estratégicas o diagnóstico dos casos de hipertensos, o cadastramento dos portadores, a busca ativa de casos, o tratamento, o diagnóstico precoce de complicações, o primeiro atendimento de urgência e as medidas preventivas, que incluem ações educativas para controle de condições de risco (obesidade, sedentarismo e tabagismo) e prevenção de complicações (BRASIL, 2002).

O fortalecimento da importância das ações básicas de saúde resultou da necessidade de acompanhar o paciente crônico com visão integral de sua realidade de vida. Com esse intuito, a estratégia do Programa de Saúde da Família (PSF), implantada no Brasil a partir de 1994, teoricamente deveria contribuir para o aumento da adesão terapêutica desses pacientes e para a redução das complicações inerentes (SILVA *et al.*, 2004).

No caso da hipertensão, seu controle é realizado não apenas pelo tratamento farmacológico, mas também por mudanças nos hábitos de vida, como mudanças na alimentação e realização regular de atividade física (SARQUIS *et al.*, 1998).

No entanto, uma grande parcela dos hipertensos não utiliza os medicamentos de forma correta e usual e não modifica suas rotinas de alimentação e de atividade física para controlar uma doença que, na maioria das vezes, não se manifesta com sintomas (ANDRADE *et al.*, 2002).

O despontar das doenças cardiovasculares, com caráter crônico, progressivo e silencioso, revela uma nova situação na qual o paciente deve comparecer periodicamente ao serviço de saúde, muitas vezes de difícil acesso, mudar seus hábitos de vida e tomar medicações diariamente por toda a vida, embora esteja assintomático e pareça estar saudável. As abordagens diagnósticas e terapêuticas requerem muito mais empenho das equipes de saúde para efetivar um controle clínico satisfatório e prevenir as complicações que pioram a qualidade de vida (FARIA *et al.*, 2009).

Nesse contexto, as políticas de saúde devem voltar-se para ações de saúde que visem busca ativa da população, para garantir o diagnóstico precoce e implementar as medidas educativas pertinentes (BRASIL, 2006).

A HAS inserida no âmbito das doenças crônicas cardiovasculares tem seu tratamento dificultado, com prejuízo nas taxas de adesão, em decorrência das implicações que a terapêutica gera na vida do paciente. A necessidade da modificação de hábitos segrega o paciente em seu ambiente familiar, restringindo-o de compartilhar da cultura populacional estabelecida. A equipe de saúde deve sensibilizar o paciente e a comunidade para a importância da adesão às medidas terapêuticas indicadas, orientando quanto aos riscos a que está exposto e a importância das mudanças no estilo de vida para prevenção de complicações (ANDRADE *et al.*, 2002).

A “transição epidemiológica” passa a gerar implicações práticas no seguimento dos doentes cardiovasculares e, em particular, no tratamento da HAS. Embora existam vários fatores que influenciam na abordagem clínica e no controle dos pacientes hipertensos, limitando o sucesso da adesão à terapêutica, as políticas de saúde atuais, apesar das dificuldades para implantação prática, tendem a destinar-se para melhorar tal situação. A efetividade dessas ações na prática está na dependência de fatores culturais, sociais, econômicos e de decisões políticas, que apenas ao longo do tempo poderão se concretizar. A transição de uma medicina centrada no modelo assistencial curativo para uma medicina de caráter preventivo, face à mudança do perfil de morbimortalidade, é um processo demorado,

principalmente por envolver questões econômicas e sócias culturais representativas (BRASIL, 2001).

A Hipertensão Arterial (HA) é a mais comum das doenças cardiovasculares, além ser o principal fator de risco para outras doenças cardiovasculares A HA é uma doença silenciosa, inicialmente sem sintomas, e diagnosticada muitas vezes no aparecimento das complicações e, comumente, nas unidades de emergência, tardiamente, causando significativa perda na qualidade de vida e aumento nas taxas de morbidade e mortalidade. (NOBRE *et al.*, 2014).

Para o acompanhamento e controle da hipertensão arterial, é importante a sua detecção, iniciada pela aferição da pressão arterial (PA). O rastreamento da PA elevada deve ser realizado por profissionais da saúde como medida preventiva de saúde (BRASIL, 2014).

O objetivo de qualquer tratamento para as doenças crônicas é o seu adequado controle, pois desta maneira previnem-se suas complicações, com morbidades e mortalidade precoce (LESSA *et al.*, 2010). Neste sentido, destaca-se um item de suma importância no tratamento dessas doenças, que é a adesão ao tratamento. A adesão corresponde à concordância entre a prescrição médica e a conduta do paciente e compreendem valores e crenças, além de aspectos relacionados à doença e ao seu tratamento.

O ser humano é gregário por natureza e existe em função de seus inter-relacionamentos grupais. Já muito cedo, o indivíduo participa de diferentes grupos, desde a família nuclear até os grupos de formação espontânea. A importância do conhecimento e utilização da Psicologia de grupo decorre justamente do fato de que todo indivíduo passa a maior parte do tempo de sua vida convivendo e interagindo com diferentes grupos (CORDIOLLI *et al.*, 1998).

A tendência à grupalização é inerente ao ser humano, é inata, essencial, indissociável e permanente. Freud (FREUD *apud* CORDIOLLI, 1998) chegou a postular a existência do que denominou instinto social, de tal modo que um indivíduo não existe sem um grupo e vice-versa (CORDIOLLI *et al.*, 1998).

Os grupos operativos têm como característica principal a centralização em uma tarefa, constituindo-se como um instrumento de trabalho e um método de investigação. Eles podem, assim, cumprir uma função terapêutica, uma vez que estão centrados em uma tarefa que pode ser o aprendizado, a cura, o diagnóstico de dificuldades, caracterizando-se como educativos, terapêuticos, dentre outras

finalidades. Um grupo se caracterizaria como terapêutico quando tem uma tarefa a realizar e, por meio deste trabalho operativo, onde o foco de trabalho está centrado em um objetivo específico, esclareça as dificuldades individuais de seus membros, rompendo com estereótipos e possibilitando a identificação dos obstáculos que impedem o desenvolvimento dos indivíduos, auxiliando-os a encontrar condições próprias de resolver ou se enfrentar com elas (GAYOTTO *et al.*, 1996).

Um processo de solidariedade, de ajuda mútua entre os membros do grupo, também se apresenta como um aspecto terapêutico, no sentido de que os indivíduos se reconheçam como úteis e capazes de pertencerem ao grupo, e de fazerem reparações a danos que, na realidade ou na fantasia, cometeram contra outros ou contra si. O trabalho em grupo propicia uma capacidade de pensar as experiências emocionais cotidianas e aprender com elas; no grupo, o sujeito faz inúmeras introspecções de como os outros lidam com os problemas. Através da participação em grupo, o sujeito pode, pela troca de vivências, aprender com as experiências mútuas, repensar sua forma de agir frente à doença e, conseqüentemente, vir a mudar seus hábitos (ZIMERMAN *et al.*, 1997).

A Estratégia de Saúde da Família (ESF), atualmente visa, em sua proposta fundamental, trabalhar a atenção em saúde da comunidade, objetivando o estabelecimento de vínculos e laços de compromisso e corresponsabilização entre população e serviços (BRASIL, 2002).

A ESF estabelece a equipe de saúde como um instrumento de efetivação de suas propostas, trazendo para o escopo da atenção à saúde uma mudança do modelo assistencial, embasada no tripé: promoção, prevenção e reabilitação/recuperação de doenças e agravos (BRASIL, 2002).

Desse modo, a ESF, aborda em sua concepção, mudanças na dimensão organizacional do modelo assistencial ao constituir uma equipe multiprofissional responsável pela atenção à saúde de uma população sobre sua área de abrangência. Desenvolvimento de uma atenção voltado para a ação comunitária, ampliando a atuação da equipe sobre os determinantes mais gerais do processo saúde-enfermidade e suas vulnerabilidades (SCOREL *et al.*, 2007). Neste sentido, é relevante investigar e repensar como está sendo construídas essas relações profissionais e a interação da equipe para a construção da assistência prestada a população na ESF.

A Educação Permanente assume um papel primordial para com os profissionais de saúde de uma equipe de saúde da família. Ela traz importantes contribuições para a dinâmica dos serviços de saúde ao se inserir como uma forma de dispor capacitação contínua aos profissionais é necessária para atualizar os conhecimentos do indivíduo na realização de seu trabalho e, para que, o trabalho em saúde possa se repercutir na melhoria do padrão de saúde dos indivíduos. (RIOS *et al.* ,2003). Portanto, para o profissional de saúde, não basta saber, é preciso articular responsabilidade, liberdade e compromisso.

6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

O plano de ação foi elaborado com a finalidade de prevenir as complicações da Hipertensão Arterial no grupo de pacientes hipertensos da Equipe Azul, na USF Santa Terezinha no Município Coronel Fabriciano.

6.1 Priorização do Problema

Alta incidência de pacientes com Hipertensão Arterial tornou-se um problema de saúde pública na área atrita da USF Santa Terezinha devido à sua importância e às suas eventuais complicações.

6.2 Seleção dos “Nós Críticos”

- ✓ Grupo operativo não operante;
- ✓ Condições físicas inadequadas;
- ✓ Hábitos e estilos de vida não desejáveis;
- ✓ Falhas de informação.

6.3 Desenho de operações para os “nós” críticos

Quadro 1: Desenho das operações da Equipe Azul de Programa de Saúde da Família, UBS Santa Terezinha em Coronel Fabriciano, Minas Gerais.

Nó crítico	Operação/ Projeto	Resultados esperados	Produtos esperados	Recursos necessários
Grupo operativo não operante	Aprender + Aumentar o nível de informação do grupo operativo sobre os riscos e agravos da Hipertensão Arterial.	Grupo operativo mais informado sobre os riscos e agravos da Hipertensão Arterial e operante.	Aumento do nível de informação do grupo operativo sobre os riscos e agravos da Hipertensão Arterial.	Distribuição de panfletos e tabelas de alimentação saudável.
Condições físicas inadequadas	+ Vida Implantar o programa Academia da Saúde.	Membros do grupo (atividade física) atingindo o IMC adequado.	Diminuição de agravos causados pela Hipertensão Arterial	Melhorar a circulação periférica e resistência física.

Hábitos e estilos de vida não desejáveis	+ Saúde Modificar hábitos e estilo de vida	Melhora dos hábitos alimentares e diminuição do consumo abusivo de álcool e tabaco	Programa de educação e saúde como o grupo operativo de hipertensos; campanha educativa nas escolas e na rádio.	Estrutural→Para organizar as palestras de educação em saúde. Cognitivo→ Informação sobre o tema e estratégias de comunicação. Financeiro→ Para a aquisição de recursos áudio visual, folhetos educativos. Político→ Mobilização social e articulação intersetorial com a rede de ensino e a rádio comunitária.
Falhas de informação	Saber + Aumentar o nível de informação da população sobre os riscos da Hipertensão Arterial.	População mais informada sobre os riscos de adoecimento pela Hipertensão Arterial.	Aumento do nível de informação da população sobre os riscos de adoecimento pela Hipertensão Arterial. Campanha educativa na rádio comunitária. Programa saúde na escola Capacitação da equipe multidisciplinar	Estrutural→Organização da agenda. Cognitivo→Conhecimento sobre o tema e estratégias de comunicação e pedagógicas. Financeiro→ Para a aquisição de recursos áudio visual, folhetos educativos. Político→ Articulação intersetorial (parceria com o setor da educação e mobilização social)

Fonte: Autoria própria (2015)

6.4 Plano de ação

Quadro 2– Operações sobre Implantar grupo operativo atuante na população sob-responsabilidade da Equipe Azul de Programa de Saúde da Família, UBS Santa Terezinha em Coronel Fabriciano, Minas Gerais.

Operação/Projeto	Aprender + Aumentar o nível de informação do
------------------	--

	grupo operativo sobre os riscos e agravos da Hipertensão Arterial.
Controle dos recursos críticos / Viabilidade	Ator que controla: Setor comunicação social. Secretaria de Saúde Motivação: Favorável.
Ação estratégica de motivação	Promover educação e saúde a través do grupo operativo de hipertensos.
Responsáveis	Argel J. Pedroso Fleitas e Equipe Azul do PSF Santa Terezinha
Cronograma / Prazo	Três meses para inicio das atividades
Gestão, acompanhamento e avaliação.	1.Avaliação do nível de informação da população sobre os riscos de adoecimento pela Hipertensão Arterial. 2.Campanha educativa na radio comunitária . 3.Programa saúde na escola. 4.Capacitação da equipe multidisciplinar.

Fonte: Autoria própria (2015)

Quadro 3 – Operação sobre Melhorar as condições do grupo atividade física na população sob-responsabilidade da Equipe Azul de Programa de Saúde da Família, UBS Santa Terezinha em Coronel Fabriciano, Minas Gerais.

Operação/Projeto	+ Vida Implantar o programa Academia da Saúde.
Controle dos recursos críticos / Viabilidade	Ator que controla: Secretaria de Saúde e Secretaria Educação. Motivação: Favorável.
Ação estratégica de motivação	Promover educação e saúde a través de divulgação na radio e do grupo operativo de hipertensos.
Responsáveis	Equipe azul do PSF Santa Terezinha.
Cronograma / Prazo	Inicio com dois meses.
Gestão, acompanhamento e avaliação.	1.Avaliação do nível de informação da população sobre os riscos de adoecimento pela Hipertensão Arterial. 2.Campanha educativa na radio comunitária . 3. Programa saúde na escola. 4.Capacitação da equipe multidisciplinar.

Fonte: Autoria própria (2015)

Quadro 4 – Operações sobre os Hábitos e estilo de vida, na população sob-responsabilidade da Equipe Azul de Programa de Saúde da Família, UBS Santa Terezinha em Coronel Fabriciano, Minas Gerais.

Operação/Projeto	+ Saúde Modificar hábitos e estilo de vida
Controle dos recursos críticos / Viabilidade	Ator que controla: Setor comunicação social. Secretaria de Saúde Motivação: Favorável.
Ação estratégica de motivação	Promover educação e saúde a traves do grupo operativo de hipertensos.
Responsáveis	Argel J. Pedroso Fleitas e Equipe Azul do PSF Santa Terezinha
Cronograma / Prazo	Três meses para inicio das atividades.
Gestão, acompanhamento e avaliação.	1.Avaliação do nível de informação da população sobre os riscos de adoecimento pela HSA. 2.Campanha educativa na radio comunitária . 3.Programa saúde na escola. 4.Capacitação da equipe multidisciplinar.

Fonte: Autoria própria (2015)

Quadro 5 – Operações sobre o Processo de nível de informação, na população sob-responsabilidade da Equipe Azul de Programa de Saúde da Família, UBS Santa Terezinha em Coronel Fabriciano, Minas Gerais.

Operação/Projeto	Saber + Aumentar o nível de informação da população sobre os riscos da Hipertensão Arterial.
Controle dos recursos críticos / Viabilidade	Ator que controla: Secretaria de Saúde e Secretaria Educação. Motivação: Favorável.
Ação estratégica de motivação	Promover educação e saúde a traves de divulgação na radio e do grupo operativo de hipertensos.
Responsáveis	Equipe azul do PSF Santa Terezinha.
Cronograma / Prazo	Inicio com dois meses.
Gestão, acompanhamento e avaliação.	1.Avaliação do nível de informação da população sobre os riscos de adoecimento pela Hipertensão Arterial. 2.Campanha educativa na radio comunitária . 3. Programa saúde na escola. 4.Capacitação da equipe multidisciplinar.

Fonte: Autoria própria (2015)

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A elaboração do diagnóstico situacional, a identificação e priorização dos problemas e a construção do plano de ação são etapas fundamentais no processo de planejamento e demandam algum trabalho da equipe de saúde.

A elaboração do Plano de Intervenção para a assistência que é prestada aos pacientes portadores de Hipertensão Arterial na área de abrangência do PSF Santa Terezinha foi extremamente importante para traçar as ações que devem ser executadas pela equipe multiprofissional, juntamente com os parceiros, visando atingir o objetivo final dentro dos prazos estabelecidos, pois a hipertensão se tornou um grande problema de saúde público sendo seu agravo considerado a maior causa das doenças cardiovasculares no Brasil.

Após a implantação das ações propostas se espera encontrar um aumento conhecimento dos fatores de risco da Hipertensão Arterial antes e depois da intervenção educativa e que os pacientes assistam periodicamente as consultas para um melhor controle da doença e assim evitar as complicações. Acredita-se, também, que o objetivo do trabalho seja atingido, mantendo os níveis pressóricos dentro dos limites que são preconizados pelo Ministério de Saúde e melhorando a qualidade de vida e saúde dos pacientes hipertensos.

REFERÊNCIAS

- ANDRADE, J. P. *et al.* Aspectos Epidemiológicos da Aderência ao Tratamento da Hipertensão Arterial Sistêmica. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo, v.79, n.4, p.375-379, out. 2002
- BARRETO, N. *et al.* Prevalência de Hipertensão e Fatores Associados em Adolescentes Escolares no Sertão de Pernambuco. **Rev. Adolesc. Saúde.** , v.7, n.4, p.22-29, 2010.
- BENTO, D.B.; RIBEIRO, I.B.; GALATO, D. Percepção de pacientes hipertensos cadastrados no Programa Hiperdia de um município do Sul do Brasil sobre a doença e o manejo terapêutico. **Rev. Bras.** v.89, n.3, p.1949, 2008.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Políticas de Saúde. Cadernos de Atenção Básica. Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus, Protocolo. Brasília, D.F., 2001.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Brasília: Mais Saúde, Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/cnhd/campanha_deteccao.php.
- BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Normas de apresentação tabular. 3.ed. Rio de Janeiro: IBGE, 2010. Disponível em: <http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/monografias/GEBIS%20-%20RJ/normastabular.pdf>
- BRASIL. Ministério da Saúde Secretaria de Atenção a Saúde. Cadernos de Atenção Básica 15. Hipertensão Arterial Sistêmica. 1 ed .Brasília ; 2006, 58 p.
- CAMPOS, F. C. C.; FARIA H. P.; SANTOS. M. A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde.** NESCON/UFMG - Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. 02 ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010.
- CORDIOLLI, A.V.*et al.* **Psicoterapias Abordagens Atuais.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1998. 493p.
- SCOREL, S.*et al* O programa de saúde da família e a construção de um novo modelo de atenção básica para o Brasil. **Revista Panamericana de Salud.** v. 21, n. 2/3, 2007. Disponível em:<<http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v21n2-3/11.p>
- FARIA, H.P. *et al.* **Processo de trabalho em saúde.** NESCON/UFMG - Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. Belo Horizonte: Coopmed, 2009.
- FERREIRA, J.S; AYDOS, R.D. Prevalência de Hipertensão Arterial em Adolescentes Obesos. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v.15, n.1, p.97-104, 2010.

GAYOTTO, M.L. *et al.* **Líder de mudança e grupo operativo.** Petrópolis: Vozes, 1996. 75p.

LESSA, I. *et al.* Hipertensão Arterial Sistêmica no Brasil: tendência temporal. **Cad. Saúde Pública.** Rio de Janeiro, v.26, n.8, 2010.

MARTINS, M.C.C. *et al.*; Pressão Arterial, Excesso de Peso e Nível de Atividade Física em Estudantes de Universidade Pública. **Arq. Bras. Cardiol.**, v.95, n. 2, p.192-9.

MIRANZI, S.S.C. *et al.*; Qualidade de vida de indivíduos com diabetes mellitus e hipertensão acompanhados por uma equipe de saúde da família. **Texto Contexto Enferm.**, v. 17, n. 4, p.672-9.

MION, D.J. *et al.* Coordenador. **V Diretrizes Brasileira de Hipertensão Arterial.** São Paulo: Sociedade Brasileira de Cardiologia; 2006.

NOBRE, F. *et al.* VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Revista Brasileira de Hipertensão**, Rio de Janeiro, v.17, n.1, p 57, 2010.

RIOS, T. A. *et al.* **Ética e competência.** 13ª ed. São Paulo: Cortez; 2003.

SARQUIS, L.M.M. *et al.* A adesão ao tratamento na Hipertensão Arterial: análise da produção científica. **Rev. Esc. Enf. USP**, v.32, n.4, p.335-53, 1998.

SILVA, J.L.L. *et al.* **Estilo de vida docente x fatores de risco para hipertensão arterial sistêmica.** 2004.157f. Trabalho de conclusão de curso (Graduação em Enfermagem e Licenciatura)- Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa, Universidade Federal Fluminense. Niterói, 2004.

SOARES, L.C. *et al.* Educação em saúde na modalidade grupal: Relato de experiência. **Cienc. Cuid. Saúde**, v.8, n.1, 2009.

ZIMERMAN, D.E. *et al.* **Como trabalhamos com grupos.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1997. 424p.