

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

Lucas Simoncelos Silvestre

**EMPREGO DE AÇÕES EDUCATIVAS NO CONTROLE DA HIPERTENSÃO
ARTERIAL SISTÊMICA NA UNIDADE DE SAÚDE SENHORA SEBASTIANA
ROSA DE JESUS, SÃO FELIX DE MINAS, MINAS GERAIS: PROJETO DE
INTERVENÇÃO.**

Belo Horizonte

2020

Lucas Simoncelos Silvestre

**EMPREGO DE AÇÕES EDUCATIVAS NO CONTROLE DA HIPERTENSÃO
ARTERIAL SISTÊMICA UNIDADE DE SAUDE SENHORA SEBASTIANA
ROSA DE JESUS, SÃO FELIX DE MINAS, MINAS: PROJETO DE INTERVENÇÃO**

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: Professora Eulita Maria Barcelos

Belo Horizonte

2020



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
FACULDADE DE MEDICINA
NÚCLEO DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA - NESCON

DECLARAÇÃO

Aos 12 dias do mês de Setembro de 2020, a Comissão Examinadora designada pela Coordenação do Curso Especialização Gestão do Cuidado em Saúde da Família – CEGCSF se reuniu online para avaliar o Trabalho de Conclusão de Curso do aluno **LUCAS SIMONCELOS SILVESTRE** intitulado “EMPREGO DE AÇÕES EDUCATIVAS NO CONTROLE DA HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA NA UNIDADE DE SAUDE SENHORA SEBASTIANA ROSA DE JESUS, SÃO FELIX DE MINAS, MINAS GERAIS: PROJETO DE INTERVENÇÃO.”, requisito parcial para a obtenção do Título de Especialista em Gestão do Cuidado em Saúde da Família. A Comissão Examinadora foi composta pelas professoras: Dra. EULITA MARIA BARCELOS e Profa. Dra. MARIA MARTA AMANCIO AMORIM. O TCC foi aprovado com a nota 88.

Esta ata foi homologada pela Coordenação do CEGCSF no dia doze do mês de setembro do ano de dois mil e vinte e devidamente assinada pelo seu Coordenador, Prof. Dr. Tarcísio Márcio Magalhães Pinheiro

Belo Horizonte, 30 de março de 2021.

PROF. DR. TARCÍSIO MÁRCIO MAGALHÃES PINHEIRO
Coordenador do Curso de Especialização Gestão do Cuidado Saúde da Família



Documento assinado eletronicamente por **Tarcísio Marcio Magalhaes Pinheiro, Coordenador(a) de curso de pós-graduação**, em 05/04/2021, às 19:27, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://sei.ufmg.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **0651710** e o código CRC **EC5ABC3B**.

DEDICO

Á todos que de alguma forma contribuíram e acrescentaram conteúdo a esse trabalho.

AGRADEÇO

À família, aos amigos, aos mestres e aos professores que nos ajudaram nessa construção de trabalho e vida.

"Nas grandes batalhas da vida, o primeiro passo para a vitória é o desejo de vencer."

Mahatma Gandhi.

RESUMO

Existe uma alta prevalência mundial e nacional de hipertensos, sendo este considerado um problema de saúde pública. A hipertensão pode trazer consequências negativas para os indivíduos como as doenças cardiovasculares, que possuem elevado índice hospitalização e óbitos. No município de São Felix, Minas Gerais os dados estatísticos não são diferentes, tem-se um alto índice de pacientes hipertensos na comunidade. Por isso, o objetivo deste projeto foi elaborar um plano de intervenção utilizando ações educativas para melhorar os hábitos de vida e aumentar a adesão ao tratamento dos pacientes hipertensos residentes na área de abrangência da Unidade Básica de Saúde Nossa Senhora Sebastiana Rosa de Jesus do município de São Felix de Minas, Minas Gerais. Para subsidiar o tema foi necessário realizar uma revisão da literatura por meio do banco de dados do *Scientific Electronic Library Online*, publicações do Ministério de Saúde, Secretaria de Saúde do Município e do Estado. Foi feito também o diagnóstico situacional do trabalho em equipe de saúde da família e elaboração de um plano de ação fundamentado no Planejamento Estratégico Situacional Simplificado. No dia a dia foram percebidos a inadequação dos hábitos e costumes, o baixo nível de conhecimento e a falta de assistência à parte da população. Para tanto, foram feitas campanhas e formado grupos visando toda a população da cidade. Essas pessoas receberam a visita de agentes comunitários de saúde, que passaram conhecimento aos pacientes hipertensos como também conscientizaram as famílias sobre as maneiras de prevenir e reconhecer e tratar a hipertensão arterial sistêmica e procurarem a unidade sempre que necessário. Constatou-se que, devido à intervenção direta da equipe, pôde-se melhorar a qualidade vida da população, uma vez que as zonas de risco receberam atenção no momento certo.

Palavras-chave: Saúde da Família. Atenção básica. Hipertensão.

ABSTRACT

There is a high worldwide and national prevalence of hypertension, which is considered a public health problem. Hypertension can have negative consequences for individuals such as cardiovascular diseases, which have a high rate of hospitalization and deaths. In the municipality of São Felix, Minas Gerais, the statistical data are not different, there is a high rate of hypertensive patients in the community. Therefore, the objective of this project was to develop an intervention plan using educational actions to improve life habits and increase adherence to the treatment of hypertensive patients living in the coverage area of the Basic Health Unit Nossa Senhora Sebastiana Rosa de Jesus in the municipality of São Felix de Minas, Minas Gerais. To support the theme, it was necessary to conduct a literature review through the database of the Scientific Electronic Library Online, publications by the Ministry of Health, the Health Secretariat of the Municipality and the State. A situational diagnosis of family health teamwork was also carried out and an action plan based on the Simplified Situational Strategic Planning was elaborated. On a daily basis, the inadequacy of habits and customs, the low level of knowledge and the lack of assistance to the population were perceived. To this end, campaigns were carried out and groups were formed to target the entire population of the city. These people were visited by community health agents, who passed on information to hypertensive patients as well as making families aware of the ways to prevent and recognize and treat systemic arterial hypertension and to seek the unit whenever necessary. It was found that, due to the direct intervention of the team, it was possible to improve the quality of life of the population, since the risk areas received attention at the right time.

Keywords: Family Health. Basic attention. Hypertension.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABNT	Associação Brasileira de Normas Técnicas
ACS	Agente comunitário de saúde
BRA	Bloqueadores do Receptor de Angiotensina II
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CEMIG	Companhia Energética de Minas Gerais
ESF	Estratégia Saúde da Família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDEB	Índice de desenvolvimento da educação básica
NASF	Núcleo de apoio à saúde da família
OMS	Organização Mundial da Saúde
PES	Planejamento Estratégico Situacional
PIB	Produto interno bruto
RX	Raios-X
SAAE	Serviço Autônomo de Água e Esgoto
ScieLO	<i>Scientific Electronic Library Online</i>
SES/MG	Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais
SIAB	Sistema de informações de atenção básica
SUS	Sistema único de saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1- Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrito à equipe de Saúde da Unidade Básica de Saúde Nossa Senhora Sebastiana Rosa de Jesus, município de São Felix de Minas, 2018.....	21
Quadro 2-Operações sobre o nó crítico 1 falta de conhecimento, da população sobre a hipertensão arterial seus fatores de risco e complicações sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Sebastiana Rosa de Jesus, do município São Felix de Minas, Minas Gerais, 2019.....	38
Quadro 3- Operações sobre o nó crítico 2 uso incorreto da medicação por parte da população, sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Sebastiana Rosa de Jesus, do município São Felix de Minas, Minas Gerais, 2019”.....	40
Quadro 4– Operações sobre o nó crítico 3 falta de assistência aos pacientes hipertensos, sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Sebastiana Rosa de Jesus, do município São Felix de Minas, Minas Gerais 2019.....	41
Quadro 5– Operações sobre o nó crítico 4 uso dos medicamentos de forma incorreta e ou falta de adesão aos tratamentos farmacológico e dietético na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Sebastiana Rosa de Jesus, do município São Felix de Minas, Minas Gerais	42
Quadro 6 – Operações sobre o nó crítico 5 deficiência na assistência aos pacientes hipertensos, sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Sebastiana Rosa de Jesus, do município São Felix de Minas, Minas Gerais.....	43

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
1.1 Aspectos gerais do município	13
1.2 O sistema municipal de saúde	15
1.3 Aspectos da comunidade	16
1.4 A Unidade Básica de Saúde Nossa Senhora Sebastiana Rosa de Jesus.	17
1.5 A Equipe de Saúde de São Felix de Minas, da Unidade Básica de Saúde Sebastiana Rosa de Jesus.	17
1.6 O funcionamento da unidade de saúde da equipe Sebastiana Rosa de Jesus	18
1.7 O dia a dia da equipe de São Felix de Minas	18
1.8 Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade (primeiro passo)	20
1.9 Priorização dos problemas – a seleção do problema para plano de intervenção (segundo passo)	21
2 JUSTIFICATIVA	23
3 OBJETIVOS	25
3.1 Objetivo geral	25
3.2 Objetivos específicos	25
4 METODOLOGIA	26
5 REVISÃO DE LITERATURA	27
5.1 Estratégia Saúde da Família	27
5.2 Atenção Primária à Saúde	29
5.3 Hipertensão Arterial Sistêmica	30
5.4 Ações Educativas na prevenção e tratamento da hipertensão arterial sistêmica.	32
6 PLANO DE INTERVENÇÃO	35
6.1 Descrição do problema selecionado (terceiro passo)	35
6.2 Explicação do problema (quarto passo)	36
6.3 Seleção dos nós críticos (quinto passo)	37
6.4 Desenho das operações sobre nó crítico – operações, projeto, resultados e produtos esperados, recursos necessários e críticos (sexto passo) e viabilidade e gestão (sétimo a décimo passo)	38

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

44

REFERÊNCIAS

45

1 INTRODUÇÃO

1.1 Aspectos gerais do município de São Felix de Minas

São Félix de Minas é um município pertencente ao estado de Minas Gerais. Sua população estimada em 2010 pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE era de 3.382 habitantes (IBGE, 2010). Antigo distrito de Mendes Pimentel teve sua emancipação no ano de 1995, apoiada pela Lei 2.764 de 30 de dezembro de 1995, (SÃO FELIX DE MINAS, 2019).

Localiza-se a 402 km de Belo Horizonte, a capital do estado. A cidade polo mais próxima é Governador Valadares, localizada a 95 km de distância. A principal atividade econômica é a agropecuária, com maior participação no produto interno bruto (PIB). A cidade é cercada por fazendas e plantações e os principais recursos minerais são a malacacheta (mica), louça (feldspato) e turmalinas, dados oficiais do Sistema de Informações de Atenção Básica (Sistema de informações de atenção básica SIAB, 2004).

Como ponto turístico o município possui poucas opções, existe a Matriz de São Félix de Minas, localizada na Praça da Bíblia no centro, uma das primeiras obras construídas na fundação da cidade, destacando-se dessa forma, como principal prédio histórico da cidade (SÃO FELIX DE MINAS, 2019).

Outros pontos para passeio são as Pedras Montenegro e do Cruzeiro, que representam o município em tal setor e que são bem conhecidas pela população local. Outros atrativos importantes são, também, as festas religiosas, em especial, as juninas, cavalgadas, rodeios, réveillon e carnaval, que movimentam e contribuem para o fomento da economia local. Temos ainda, o Centro de Eventos de São Félix de Minas representando grande avanço na infraestrutura turística da cidade. Outro destaque que a cidade apresenta no cenário nacional é sua cachaça, considerada uma das melhores do estado (SÃO FELIX DE MINAS, 2019).

Em relação à economia em 2017, o salário médio mensal era de 1,3 salários mínimos. A proporção de pessoas ocupadas em relação à população total era de

11,9%. Considerando domicílios com rendimentos mensais de até meio salário mínimo por pessoa, tinha 46% da população nessas condições. Pessoas empregadas nesta data eram 413 que correspondia a 11,9% (IBGE, 2017).

A prefeitura tem convênios na parte de distribuição de energia elétrica com a empresa Companhia Energética de Minas Gerais (CEMIG) e na questão da água com a empresa Serviço Autônomo de Água e Esgoto (SAAE), da cidade de Governador Valadares. A cidade tem como problema a difícil circulação dos moradores, pois não possui transporte coletivo, nem uma empresa que faça o trajeto da cidade para outras cidades, o meio de locomoção para idas e vindas se faz somente por veículos da prefeitura uma vez ao dia (SÃO FELIX DE MINAS, 2019).

Entre os problemas enfrentados pelo município podemos destacar a falta de verba (IBGE, 2010) e recursos repassados pelo governo estadual e federal, e a grande parte da população que é de zona rural e tem dificuldades para locomoção e atendimento devido à distância do centro da cidade e principalmente quando chove (SÃO FELIX DE MINAS, 2019).

Quanto à educação dados de 2017 mostram que a taxa de escolarização de 6 a 14 anos de idade era 99,1%. Segundo o Índice de Desenvolvimento de Educação Básica (IDEB), nos anos iniciais do ensino fundamental na rede pública em 2017 foram 5,6%, anos finais do ensino fundamental na rede pública foram 4,0%. Matrículas no ensino fundamental em 2018 foram 456 matrículas e no ensino médio 172 matrículas (IBGE, 2017).

Em relação ao saneamento básico apresenta 52,1% de domicílios com esgotamento sanitário adequado, 82,7% de domicílios urbanos em vias públicas com arborização e 20,5% de domicílios urbanos em vias públicas com urbanização adequada - presença de bueiro, calçada, pavimentação e meio-fio (IBGE, 2017).

Quanto aos fatores ambientais, físicos, socioeconômicos e epidemiológicos, apresenta bom ambiente físico tanto da cidade, quanto da unidade, apresentando boas condições de infraestrutura. A população é de baixa renda com sua maioria vivendo em zonas rurais, morando em casas com boa estrutura e apresentando os

recursos básicos para viver. Por ser uma cidade pequena, a população tem a seu dispor todos os recursos necessários e de forma rápida e sempre gozando de um bom ambiente em todos os setores na cidade.

1.2 O sistema municipal de saúde

Destaca-se no município a sua unidade médica com sua estrutura nova que consegue oferecer os serviços a toda população, com suas especialidades e serviços em geral, com um ótimo espaço gerando mais conforto e com boa localização na cidade de fácil acesso aos moradores.

Na atenção primária o município conta com uma unidade básica de saúde (UBS) 24 horas, que abrange cobertura de 100% da população. Contamos com dois médicos da Estratégia de Saúde da Família – ESF (clínicos gerais) em horários diferentes. É um Centro de Unidade Básica, estando cadastrado no Ministério da Saúde, sendo apto a prestar serviços e de primeiro atendimento à população, na área clínica, ginecológica, pediátrica, odontológica e fisioterapêutica.

Em casos de emergências temos que encaminhar os pacientes para cidade polo mais próxima, pois não contamos com suporte para tal apoio aos pacientes. Em relação aos procedimentos de imagens de emergência como exemplo raios-x, transferimos também o paciente para a cidade polo, pois, a cidade não tem aparelhagem. Já para as realizações de ultrassonografias contamos com um médico especialista que as realiza toda sexta. Os exames laboratoriais como exames de sangue, urina e fezes são realizados duas vezes por semana por um bioquímico.

A assistência farmacêutica tem suas ações visando à promoção à saúde, de forma individual e coletiva, onde tem os medicamentos básicos e mais utilizados nos casos agudos e em casos de uso contínuo. Está organizada conforme orientação do Programa Farmácia para todos com o intuito de distribuir gratuitamente os medicamentos do sistema único de saúde (SUS).

No exercício da vigilância da saúde se vê um intuito sem medir esforços na observação de incidências de doenças e seu controle, com informes constantes e

levantamentos de dados e repasses do mesmo para maior abrangência e resolubilidade.

1.3 Aspectos da comunidade

Como é uma cidade pequena a porta de entrada é única, sempre inicia pelo serviço de Atenção Básica, devido à unidade ser a única forma de atendimento apresentada, onde encontramos sérios problemas com demandas de pacientes, que em sua maioria são de zonas rurais.

A falta de organização afeta a funcionalidade da unidade, não tem prontuário eletrônico, se tivesse otimizava mais o trabalho, ainda se utilizam prontuários de papel, e o atendimento se dá por livre demanda (não se faz necessário marcar consulta com antecedência).

A unidade possui três carros exclusivos para a área de saúde, que transporta os pacientes, pois, a cidade é cercada de zonas rurais e com difícil acesso, sendo que um carro desses é exclusivo para pacientes irem à hemodiálise na cidade próxima, e também temos uma ambulância para casos de urgência e emergência.

Em se tratando da Política de Saúde se vê voltada para a única unidade de atendimento, a UBS que atende a todos os pacientes tanto do município, quanto da zona rural, sempre que se faz necessário, apresenta também o agendamento para especialistas na cidade polo de Governador Valadares.

Mantem uma ótima relação com os municípios próximos e cidade polo, pois como problema enfrentado no município falta de aparelho de raio-x (RX) e outros exames de imagem. E exames laboratoriais de emergência e urgência, temos sempre que enviar para as cidades próximas, assim como pacientes em estados graves ou emergências médicas. Não existe referência e contra referência como deveria ser apenas encaminhamento de pacientes em estado mais crítico.

A cidade polo mais próxima é Governador Valadares, que conta com amplo amparo em questão de suporte médico.

1.4 A Unidade Básica de Saúde Nossa Senhora Sebastiana Rosa de Jesus

A UBS Nossa Senhora Sebastiana Rosa de Jesus foi inaugurada aproximadamente há cinco anos, pelo prefeito da época com o intuito de oferecer a população, mais comodidade e melhores serviços e atender a população da cidade em sua totalidade. A UBS tem uma ótima localização, está situada bem no centro da cidade e tem fácil acesso para seus usuários.

O prédio é novo, de pose da prefeitura foi construído diretamente para a função de unidade de saúde, com ótimo acabamento e espaço amplo, consegue atender bem a população, mas por vezes fica sobrecarregada, pois, qualquer tipo de atendimento não importando à gravidade a porta de entrada para o sistema SUS se faz por lá.

Em relação à infraestrutura o prédio conta com uma área de recepção bem grande suportando o fluxo diário. É bem arejada possui boa ventilação e conta com muitas cadeiras onde os pacientes ficam confortavelmente assentados enquanto aguardam o atendimento. Existe um espaço no andar superior para encontros, como por exemplo, os grupos operacionais, único problema é o lance de escadas que por vezes dificulta a subida por parte de alguns usuários. Existe a área de atendimento clínico, com dois consultórios, sala de observação para pacientes e sala de administração de medicamentos, copa, banheiros e consultório odontológico.

1.5 A Equipe de Saúde de Saúde de São Felix de Minas, da Unidade Básica de Saúde da Família Nossa Senhora Sebastiana Rosa de Jesus.

A ESF por estar inserida em uma UBS, é composta por uma equipe multiprofissional onde se encontram dois agentes comunitários de saúde (ACS), uma enfermeira, um médico generalista (ESF), três técnicas de enfermagem (UBS e ESF), uma gerente administrativa, agentes administrativos, auxiliar de serviços gerais, uma dentista, uma auxiliar de dentista. Compõem também a equipe uma ginecologista (de apoio), pediatra (apoio) e um médico clínico geral e um agente de combate a endemias.

Outros profissionais como os assistentes sociais, psicólogos, nutricionistas e farmacêuticos, podem ser incorporados nas Unidades de Saúde da Família ou em

equipe de supervisão de acordo com as possibilidades e necessidades locais. Existe também para a comunidade o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), tendo como composição de equipe, assistente social; profissional de educação física; fisioterapeuta; fonoaudiólogo; nutricionista; psicólogo; médico que traz benefícios diretos a população e apoio a unidade de saúde, entre eles o programa academia de saúde, que a profissional de educação física faz atividades na praça da cidade para toda a população.

1.6 O funcionamento da unidade de saúde Nossa Senhora Sebastiana Rosa de Jesus.

Na Unidade atua uma equipe multidisciplinar, minimamente composta, agentes, técnico de enfermagem, enfermeira, medico. A unidade funciona 24 horas por dia e durante a semana, mas com atendimento médico de 8:00 horas as 17:00 horas durante jornada de 8 horas, durante a semana. Após as 17:00 horas somente fica na unidade uma técnica de enfermagem, este fato gera um descontentamento por parte da população que gostaria que tivesse atendimento médico noturno e aos finais de semana. Já houve reuniões com o secretário de saúde, mas sem sucesso, ou resolução.

Existem duas técnicas de enfermagem uma responsável pela triagem, mas com pouca efetividade, as outras técnicas junto com a enfermeira são responsáveis pela administração de medicamentos e outros procedimentos.

1.7 O dia a dia da equipe de São Felix de Minas

O primeiro atendimento é o acolhimento. Os acolhimentos são considerados como um processo de relações humanas e devem ser realizados por todos os trabalhadores de saúde em todos os setores de atendimento. Não se limita ao ato de receber, mas constitui uma sequência de atos e modos que compõem o trabalho em saúde (FRACOLLI; ZABOLI, p. 143, 2004).

Na recepção, o paciente recebido por um recepcionista para agendamentos de consulta, esclarece dúvidas e questionamentos de acordo com a necessidade do

usuário, seguindo para a sala de triagem, onde é feita a primeira avaliação do paciente, e dando o próximo passo para sua necessidade: para ala de fisioterapia, odontologia ou clínica médica.

Dependendo da gravidade do paciente, como não há suporte para atendimento de certos casos, ele é encaminhado para a cidade polo mais próxima. A Secretaria de Saúde não tem convênio com outras cidades, apenas ocorre à troca de “favores” entre cidades próximas. Exemplo seria para realização de exames de raios-X que são feitos na cidade mais próxima há 15 minutos.

Vamos abordar o dia a dia da equipe e a tentativa de organização da unidade que está caminhando para a forma colegiada mesmo com grande dificuldade, pois a equipe tem grande resistência ao novo. Trabalhamos com a agenda que não é respeitada, então a maioria das consultas é livre demanda, uma vez por semana é reservado para dia dos pacientes hipertensos, um dia para gestantes, outro para visitas domiciliares, e alternando as semanas tentamos focar em um grupo de risco diferente, como por exemplo, uma semana Grupo Antitabagistas, no outro Programa de Imunização, Centro de Atenção Psicossocial (CAPS).

Toda semana acontecem pelo menos dois encontros de grupos de pacientes, entre eles gestantes, tabagistas, dia de avaliação dos pacientes hipertensos (HIPERDIA) entre outros.

Visitas domiciliares sempre que solicitadas pela família ou pelo ACS são agendadas e são atendidas, ocorrendo mais ou menos três vezes por semana.

Como a cidade é pequena qualquer problema a população procura a unidade, a equipe trabalha diariamente para atender a demanda espontânea que é a maior parte, e o trabalho é intenso e massivo, pois grande parte dos pacientes vem da zona rural próxima à cidade e tem horário para pegarem o transporte que as levam de volta.

Boa parte do tempo é destinado a grupos operacionais ou grupos de risco, como hipertensos, diabéticos, gestante entre outros. Devido ao foco maior ser na livre

demanda a falta de tempo nos traz um obstáculo para desenvolvimento de mais atividades específicas, já tentamos fazer algumas mudanças necessárias.

Um dos problemas encontrados é a difícil vinda dos pacientes à unidade para os encontros, pois a grande maioria mora em zonas rurais de difícil acesso, e os ônibus que fazem o trajeto tem horário para ir e para voltar.

A equipe precisa de melhorias em vários aspectos entre eles a comunicação, mas a equipe tem trabalhado na forma colegiada, sempre que possível e não tanto com a frequência que deveria ser, mas tendo reuniões para debates e troca de informações.

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

A equipe de saúde realizou o diagnóstico situacional da área de abrangência utilizando a estimativa rápida que foi necessária para se obter dados e informações em curto prazo sobre os problemas vivenciados pela comunidade.

Depois de recolhermos os dados com os ACS, ouvirmos a população por meio de grupos operacionais, reuniões e intervenções como visitas domiciliares e detectamos a real situação de carência e a necessidade maior de uma atenção em determinadas áreas.

Com informações sobre o território de abrangência e população a equipe de saúde fez análise daqueles problemas que ela tinha governabilidade e eram viáveis possibilitando a análise da situação de saúde do território, considerando a perspectiva dos diferentes atores sociais envolvidos na construção da realidade local (FARIA; CAMPOS; SANTOS, 2018).

Abaixo segue a lista dos principais problemas identificados em ordem de prioridade.

- Alto índice de pacientes sem o controle pressórico.
- Difícil acesso dos usuários residentes da zona rural.

- Dificuldade em manter uma agenda, com o número fixo de pacientes, sempre excedendo o número de casos agudos.
- Dificuldade de entrosamento e falha na comunicação entre a equipe.

1.9 Priorização dos problemas: seleção do problema para plano de intervenção (segundo passo)

Corroborando Faria, Campos e Santos (2018) abordam que a equipe de saúde nem sempre tem condições financeiras e recursos humanos disponíveis para enfrentar todos os problemas da área de abrangência ao mesmo tempo, por isso é necessário priorizá-los. Para priorização os autores recomendam que os critérios para a análise e a seleção sejam usados: a importância do problema, sua urgência, a própria capacidade para enfrentamento, a viabilidade e os recursos, distribuindo pontos conforme sua urgência; definindo se a solução do problema está dentro, fora ou parcialmente dentro da capacidade de enfrentamento da equipe responsável pelo projeto.

No Plano de Ações preventivas entramos no âmbito o incentivo à prática de atividade física por meio do Programa Academia da Saúde, mudança nos hábitos alimentares, como diminuição do consumo de sódio.

Dentro dos fatores de risco ainda podemos abordar a correlação do aumento da expectativa de vida e o crescimento da população do município, devido ao grande número de óbitos, devido às doenças cardíacas e suas sequelas e relações, dentro das ações preventivas já existem vários projetos em pauta e já entrando em ação, como atividades físicas ao ar livre, com profissionais da área, aumento de número de agentes comunitários de saúde, para uma assistência maior da população.

Temos vários problemas em relação ao tratamento, tanto devido à falta de educação por parte da população, quanto à distância das zonas rurais que são diversas na região, já foi solicitado o aumento de número de ACS para melhor acompanhamento de pacientes, aproximação entre paciente e unidade, mais atividades elaboradas para melhorar o conhecimento dos pacientes sobre a situação do mesmo e formas simplificadas para entender o horário e as medicações de uso

Para a importância os valores atribuídos foram alto (3), médio (2) ou baixo (1).

Para a urgência do problema: Sim (2) ou não (1)

Para a viabilidade: Sim (2) ou não (1).

Para o enfrentamento: Alta (3), Média (2), Baixa (1) ou nula (0)

Para os recursos: Alta (3), Média (2), Baixa (1) ou nula (0)

Quadro 1- Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrito à equipe de Saúde da Unidade Básica de Saúde Nossa Senhora Sebastiana Rosa de Jesus, município de São Felix de Minas 2019.

Fonte: autoria própria (2019)

Problemas	Importância*	Urgência**	Capacidade de enfrentamento***	Seleção/ Priorização****
Alto índice de pacientes sem o controle da pressão arterial sistêmica;	Alta	9	Parcial	1
Dificuldade de entrosamento e falha na comunicação entre a equipe	Alta	8	Dentro	3
Número excessivo de atendimentos de casos agudos	Alta	7	Dentro	4
Difícil acesso dos usuários residentes da zona rural à Unidade de Saúde Sebastiana Rosa de Jesus	Baixa	6	Fora	2

*Primeiro quesito na avaliação dos problemas do município, classificada em alta e baixa.

**Segundo quesito na classificação dos problemas, segundo a urgência de resolução entre 0 a 10.

***terceiro quesito na classificação dos problemas encontrados, se depende ou não somente da equipe de saúde para resolução.

****quarto quesito na classificação, prioridade de necessidade de resolução e enfreamento.

2 JUSTIFICATIVA

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma condição clínica que afeta um em cada quatro brasileiros, segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2019) e tem como características níveis elevados da Pressão Arterial (PA), causando assim várias alterações associadas, tanto fisiológicas, como metabólicas do organismo em geral, por conseguinte, há aumento do risco de eventos cardiovasculares (MENDES, 2011).

Inquéritos populacionais em cidades brasileiras apontaram prevalência de HAS em indivíduos com 18 a 59 anos de idade, entre 20 a 30%, percentual que atinge 50% na faixa etária de 60 a 69 anos e 75% em indivíduos com idade acima de 70 anos (MENDES, 2011).

Em Minas Gerais, a Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SES/MG) estima prevalência da HAS na ordem de 20%, em sua população com idade igual ou superior a 20 anos (MENDES, 2011; CESARINO, et al., 2008).

Faz-se necessário um olhar frequente e com mais rigor ao aumento expressivo de pacientes com tal condição, que cresce a cada dia a passos largos e assim levando ao aumento de número de usuários a procurar os serviços de saúde, o uso de medicamentos e o número de óbitos.

Como no país, o município de São Felix de Minas e seus habitantes também fazem parte desse problema que afeta todo o Brasil e o mundo: as dificuldades em seguir hábitos saudáveis de vida, tomar a medicação de forma correta, assim como criar um vínculo com a unidade. Este fato torna mais que necessário a elaboração e a implantação de um plano de intervenção para aumentar a adesão dessas pessoas ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso e consequentemente reduzir a morbimortalidade por essa doença no território.

Então se justifica o presente plano de intervenção no diagnóstico situacional elaborado por ocasião da disciplina de Planejamento e Avaliação das Ações em Saúde, fundamentada nos autores Faria, Campos e Santos (2018). Após essa

proposta de intervenção, todos os integrantes da ESF perceberam a importância dos problemas que foram priorizados, assim como a falha no acompanhamento dos hipertensos. A ESF deve mudar a rotina já estabelecida e aderir às mudanças necessárias. Essas medidas podem propiciar a construção de vínculos entre equipe e pacientes e a comunicação enquanto equipe, sendo importante a qualificação técnica dos profissionais e a forma de abordagem para melhorar o atendimento e a relação com os pacientes, e levar mais conhecimento a todos.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

- Elaborar um plano de intervenção utilizando ações educativas para melhorar os hábitos de vida e aumentar a adesão ao tratamento dos pacientes hipertensos residentes na área de abrangência da Unidade Básica de Saúde Nossa Senhora Sebastiana Rosa de Jesus do município de São Felix de Minas, Minas Gerais.

3.2 Objetivos específicos

- Diminuir a dificuldade na adesão ao tratamento continuado relacionado às orientações acerca dos cuidados aos pacientes com diagnóstico de HAS.
- Conscientizar a população rural sobre a importância do tratamento continuado em saúde.
- Prestar assistência de qualidade aos pacientes hipertensos.
- Possibilitar aos profissionais da saúde capacitações e educação permanente.

4 METODOLOGIA

Para a elaboração do Plano de Intervenção inicialmente a equipe de saúde da área de abrangência ESF Sebastiana Rosa de Jesus realizou o diagnóstico situacional, utilizando o método da estimativa rápida, que possibilitou a coleta rápida de muitos dados e dentre eles os inúmeros problemas vivenciados pela população. Para tentar a solução dos diversos problemas, foi apresentado o planejamento estratégico situacional – PES (SÃO FELIX DE MINAS, 2019), com o enfoque nos mesmos, em busca de soluções, com enfoque em diversificar as visões, a interação multissetorial entre os envolvidos no desenvolvimento, contatos com funcionários da área administrativa da saúde, o secretário de saúde do município e demais lideranças da comunidade, além da participação de toda a equipe de saúde e seus diversos setores, enfermeiras, técnicos e agentes comunitários de saúde e médicos.

A equipe discutiu todos os problemas e priorizou o alto índice de hipertensos e de pacientes sem o controle devido, sendo consenso elaborar uma proposta de intervenção utilizando ações educativas para repassar os conhecimentos à população hipertensa sobre essa doença, os fatores de riscos e o tratamento.

Para subsidiar o tema foi necessário realizar uma revisão da literatura por meio do banco de dados do *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), publicações do Ministério de Saúde, Secretaria de Saúde do município e do Estado. Os descritores que a possibilitaram foram: Saúde da Família. Atenção básica. Hipertensão.

As ações foram pautadas num programa educativo que incluiu temas relacionados com a HAS e os fatores de riscos com ênfase na prevenção com objetivo à promoção e adesão aos estilos de vida saudáveis e a terapêutica anti-hipertensiva. Será utilizada uma metodologia que permita a interação do grupo e que permeia o conhecimento de todos para um único fim: a aprendizagem individual e a coletiva.

5 REVISÃO DE LITERATURA

5.1 Estratégia Saúde da Família

A ESF busca alcançar a melhoria na qualidade de vida da população e agir nos fatores que colocam a saúde em risco, maus hábitos, uso incorreto de medicações, falta de atividade física, má alimentação, uso de tabaco e álcool entre outros (BRASIL, 2011 b).

Na atenção primária as atividades executadas pelos profissionais consistem em imunizações em adultos e crianças, atendimentos odontológicos, consultas, exames de rotina, orientações e campanhas educacionais, visitas domiciliares, curativos e atendimento dos programas preconizados pelo Ministério de Saúde (MS) com o intuito de diminuir o fluxo em hospitais, (BRASIL, 2019).

Com a resolubilidade e eficácia nos casos dos pacientes da atenção primária, baixaria custo e tempo no atendimento, ajudando assim a diminuição do fluxo em hospitais e centros de referência, segundo a Política Nacional de Atenção Básica, Portaria n. 2488, de 21 de outubro de 2011.

A ESF recomenda a promoção de qualidade de vida da comunidade e a intervenção nos fatores de riscos como falta de atividade física, má alimentação e o uso de tabaco. “Com atenção integral, equânime e contínua, a ESF se fortalece como uma porta de entrada do SUS” segundo a portaria n. 2488 (BRASIL, 2011 a, p. 52).

Para a equipe de Saúde da Família é estabelecido a sua composição no mínimo:

[...] um médico generalista, ou especialista em Saúde da Família, ou médico de Família e Comunidade, um enfermeiro generalista ou especialista em Saúde da Família, um auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde. Podem ser acrescentados a essa composição cirurgião-dentista generalista ou especialista em Saúde da Família, auxiliar e/ou técnico em Saúde Bucal segundo a portaria n. 2488 (BRASIL, 2011, p. 52).

“Cada equipe de Saúde da Família deve ser responsável por uma população adscrito de 2.000 a 3.500 pessoas, localizada dentro do seu território, respeitando critérios de equidade para essa definição” segundo a Política Nacional de Atenção Básica. Portaria n. 2488, de 21 de outubro de 2011 (BRASIL, 2011 a, p. 52).

“A ESF propôs reorganizar a Atenção Primária à Saúde a partir da família e seu ambiente físico e social, possibilitando maior compreensão do processo saúde-doença, com intervenções além das práticas curativas” (DELFINO *et al.*, 2012, p. 316).

Então o processo não demanda apenas de Leis e Políticas de Estado corretos, vai muito além, pois depende essencialmente da relação dos usuários, responsabilidade dos profissionais, onde devem ser buscados o equilíbrio, a autonomia e a responsabilidade, não estando pautados apenas pelos gestores e profissionais de saúde (BRASIL, 2011 b).

A realização do trabalho em equipe, não é um processo fácil, com a modernidade e globalização, as doenças, nas práticas de saúde e nos hábitos de vida ocorreram mudanças, portanto os profissionais devem atualizarem frequentemente. O MS em parceria com a Educação e Ciência e Tecnologia buscam estratégias para que consigam dar conta das atualizações constantes para os profissionais (BRASIL, 2011 b).

“A ESF procura reorientar as ações de saúde, com ênfase às práticas de educação e promoção da saúde, trabalhando os conteúdos de forma crítica e contextualizada” (KESSELER; FACCHINI, 2018, sp).

Na Estratégia de Saúde da Família,

[...] o trabalho de equipe é considerado um dos pilares para mudança do atual modelo hegemônico em saúde, com interação constante e intensa de trabalhadores de diferentes categorias com diversidade de conhecimento e habilidades que interajam entre si para que o cuidado do usuário seja o imperativo ético-político que organiza a interação técnico-científico (FIGUEIREDO, 2018, p. 2).

5.2 Atenção Primária à Saúde

A atenção primária à saúde (APS) tem como definição, o primeiro nível do sistema de serviço de saúde, funcionando como porta de entrada do sistema, com ações sobre os problemas de saúde, fazendo a ligação com os níveis de complexidade, formando assim uma rede integrada de serviços (STARFIELD, 2004).

“Esta função de “porta de entrada” (gatekeeper) tem sido apontada por diferentes autores como estratégia importante para hierarquização dos sistemas, além de garantir maior efetividade.” (PINTO; GIOVANELLA, 2018, p. 1906).

Pinto e Giovanella (2018) no artigo intitulado “Do Programa à Estratégia Saúde da Família: expansão do acesso e redução das internações por condições sensíveis à atenção básica” aborda que o Programa Saúde da Família foi criado em 1994 e foi ampliando gradualmente com o objetivo de mudar o modelo assistencial e a ampliar o acesso de primeiro contato aos serviços de saúde no SUS. Pouco mais de dez anos depois foi enunciada ESF na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), em 2006. Este artigo avaliou os efeitos da implementação da ESF ao longo das duas últimas décadas no Brasil, demonstrando o acesso proporcionado e a tendência das internações por condições sensíveis à atenção básica.

[...] Na Atenção Básica tem várias ações que são realizadas no domicílio, como o cadastramento, a busca ativa, ações de vigilância e de educação em saúde. Cabe destacar a diferença destes tipos de ações, quando realizadas isoladamente, daquelas destinadas ao cuidado aos pacientes com impossibilidade/dificuldade de locomoção até a UBS, mas que apresentam agravo que demanda acompanhamento permanente ou por período limitado (BRASIL, 2012, p.22).

Portanto para que se definam as características principais da atenção primária à saúde deve seguir: o acesso da população; a continuidade da atenção ao paciente; a integralidade da atenção e a coordenação da atenção no sistema de saúde (BRASIL, 2011).

Conforme o MS, a APS é entendida como um “um conjunto de ações, de caráter individual ou coletivo, situadas no primeiro nível de atenção dos sistemas de saúde, voltadas para a promoção da saúde, a prevenção de agravos, o tratamento e a reabilitação” (BRASIL, 2006 a, p.12).

5.3 Hipertensão arterial sistêmica

Segundo a VI Diretriz de Hipertensão no Capítulo 1 conceitua que a HAS se caracteriza “por condição clínica de nível elevado e sustentado de pressão sanguínea arterial”. As alterações que ocorrem nas funções e estruturas do coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos, frequentemente são associados à hipertensão arterial” (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO, SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2010) ”.

A HAS na maioria das vezes está relacionada às alterações metabólicas, obesidade, hipercolesterolemia, aumento da resistência à insulina, diabetes mellitus e dislipidemias. A associação desses fatores de risco e lesões em órgãos-alvo, quando presentes, é de suma importância considerá-los ao prognóstico e decisão terapêutica (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO, SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2010) ”.

Os valores criteriosos para diagnóstico da PA devem estar acima de Pressão Arterial Sistólica= 140 mm Hg, Pressão Arterial Diastólica = 90 mm Hg (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO, SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2010) ”.

Sua característica apontada por vários autores é de uma evolução silenciosa e não apresenta sintomas, este fato pode levar a demora em ser diagnosticada, retardando o tratamento, entretanto a adesão ao tratamento da HAS é muito importante, para que os níveis tensionais não tenham elevações (SILVA; COLOSIMO; PIERIN, 2010).

Pode ocorrer que após diagnóstico estabelecido, poderá ter ou não ter tratamento medicamentoso, depende da evolução da doença e classificação de risco do paciente, contudo o maior objetivo é reduzir a morbimortalidade cardiovascular (SOCIEDADE BRASILEIRA

DE CARDIOLOGIA, SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO, SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2010) ”.

Gusmão *et al.* (2009, p.39) conceitua a adesão como o aceite pelo paciente da prescrição e orientações recebidas, “em relação à frequência de consultas, aos cuidados, à terapia não medicamentosa e medicamentosa e a conduta do paciente e o relacionamento entre médico e paciente”.

Um dos maiores desafios encontrados pelos profissionais é o controle da HAS porque muitos pacientes não aderem ao tratamento. A adesão ocorre quando o paciente segue a prescrição e a orientação médica, este fato depende somente da conduta do próprio paciente. (DEMONER; RAMOS; PEREIRA, et al. 2012.p.25).

As causas para a não adesão são as mais diversas: dificuldades financeiras, grande número de medicamentos prescritos, esquema terapêutico, efeitos adversos dos medicamentos, a dificuldade de acesso ao sistema de saúde, relação médico-paciente, a falta de sintomas apresentada pela patologia e a cronicidade (DEMONER; RAMOS; PEREIRA, et al. 2012.p.25).

Muitas vezes os pacientes não compreendiam as recomendações dadas pela equipe de saúde. Assim os profissionais devem considerar este fato porque as recomendações podem não estar sendo transmitidas de modo claro, em uma linguagem de fácil compreensão para o paciente ou haver um conhecimento insuficiente sobre a doença e a gravidade de suas complicações, de modo a não considerarem as recomendações com a devida seriedade. Recomenda-se solicitar que o paciente repita as suas orientações (DEMONER; RAMOS; PEREIRA, et al. 2012).

Corroborando com os autores acima Gusmão *et al.* (2009, p. 50) abordam outros fatores que podem influenciar na adesão ao tratamento da pressão arterial sistêmica:

[...] fatores relacionados à doença, fatores relacionados ao paciente, fatores relacionados ao tratamento, fatores relacionados ao cuidador. Uma boa estratégia para fazer o paciente aderir ao tratamento é conscientizá-lo dos malefícios da hipertensão arterial (risco cardiovascular, graves limitações da doença cerebrovascular), além dos riscos inerentes ao tratamento, suas

peculiaridades e seus benefícios, fazendo, assim, que o indivíduo se torne elemento ativo no processo de tratar.

Para aumentar a adesão ao tratamento existem várias estratégias, mas todas partem da boa relação médico-paciente (GUSMÃO *et al.*,2009).

[...] Há que se repensar como estratégia coadjuvante da adesão, o incentivo e orientações para a prática de atividades físicas leves ... adoção de estratégias educativas com vistas à adesão do paciente torna-se importante, não obstante requeira paciência e dedicação por parte do profissional. A educação trará resultados satisfatórios na proteção e promoção da saúde, tornando indivíduos mais saudáveis, contribuindo na redução dos riscos de doenças cardiovasculares e renais nos hipertensos e conseqüentemente diminuindo o número de debilidades e óbitos, além de medidas preventivas e de hábitos saudáveis que melhoram a qualidade de vida da população e reduzem gastos (DEMONER; RAMOS; PEREIRA , et al. 2012, sp).

A equipe de saúde deve enfatizar de a importância do paciente ir às reuniões e valorizar a inserção do mesmo no HIPERDIA como uma oportunidade de verificar o controle, monitoramento e prevenção de complicações da HAS. É muito importante a participação da equipe, tanto no planejamento das ações como também no treinamento da equipe. Durante a pré-consulta, consulta, visitas domiciliares usar uma abordagem que esclareça as dúvidas dos pacientes.

“Por intermédio de programas de educação em saúde, a equipe poderá promover a conscientização dos pacientes a respeito da doença, riscos e complicações visando a mudanças no estilo de vida e maior adesão à terapia anti-hipertensiva” (DEMONER; RAMOS; PEREIRA, et al. 2012, sp).

5.4 Ações Educativas na prevenção e tratamento da hipertensão arterial sistêmica.

A Sociedade Brasileira de Cardiologia (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO, SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2010), refere que a educação em saúde tem como foco nos conceitos sobre HAS e suas características no intuito de melhorar a adesão ao tratamento, incluindo mudanças de estilo de vida e melhor comunicação.

Kessler e Facchini (2018, sp) consideram que estilos de vida inadequados estão associados ao surgimento de doenças crônicas, portanto “cabe aos profissionais

desenvolverem ações de promoção da saúde, incentivando hábitos de vida saudáveis, como alimentação adequada, prática de atividade física e práticas corporais”.

Segundo os autores “a oferta de ações de saúde está focada em indivíduos com problemas crônicos e mudanças de hábitos de vida inadequados, e não na promoção da saúde em população saudável”. Indivíduos adultos hipertensos e diabéticos e com excesso de peso recebem mais orientações sobre alimentação saudável e prática de atividade física do que os indivíduos sem doenças crônicas ou excesso de peso (KESSELER; FACCHINI, 2018, sp).

No estudo “As práticas educativas em saúde” e a Estratégia de Saúde da Família (Alves e Aerts (2011, p. 5), demonstraram que as equipes de saúde que “trabalham em um modelo de atenção pautado em práticas curativas e hospitalares, na visão biológica da doença”, sua prática educativa está condicionada às ações que “visam apenas modificar comportamentos inadequados e a ação pedagógica privilegia a simples transmissão de conhecimentos”. As técnicas mais utilizadas são as palestras, organizadas sobre temas previamente definidos pelos técnicos, sem qualquer consulta ou adaptação às necessidades da população.

No entanto, apesar dessa indicação do Departamento Nacional de Saúde Pública/Ministério de Saúde, “o que era praticado na rede básica de serviços de saúde continuava reduzido à complementação do ato médico, e seu enfoque restrito ao repasse de conteúdos sobre normas de higiene”. Sua atenção era dirigida à tentativa de diminuir ou eliminar a ignorância das causas biológicas das doenças (KESSELER; FACCHINI, 2018, sp).

Mas com a evolução pedagógica a educação em saúde está centrada no indivíduo em seu contexto social. É vista como “uma prática social, devendo ser centrada na problematização do cotidiano, na valorização da experiência de indivíduos e grupos sociais e na leitura das diferentes realidades” (KESSELER; FACCHINI, 2018, sp).

A educação em saúde é inerente a todas as práticas desenvolvidas no âmbito do SUS. É uma prática social e, também, “um conjunto de práticas pedagógicas, que uma vez inserida no âmbito das práticas de atenção à saúde, contribui para a

formação da consciência crítica dos indivíduos acerca dos seus problemas de saúde” de acordo com o MS. “A educação em saúde deve partir da realidade das pessoas e estimular a busca de soluções e organização para uma ação individual e coletiva. Ressalta-se que deve ser compartilhada pelos profissionais da área de saúde” (CHIESA; VERÍSSIMO, 2001 apud FREITAS, 2014, p. 10).

Alves e Aerts (2011, sp) abordaram que a educação em saúde vista como prática social, passou a ser pensada de maneira diferente:

[...] como um processo capaz de desenvolver a reflexão e a consciência crítica das pessoas sobre as causas de seus problemas de saúde, enfatizando o desencadeamento de um processo baseado no diálogo onde todos possuem potencial para serem protagonistas de sua própria história.

Nesse sentido, é necessária a participação de todos os profissionais de saúde no processo de capacitação, no entendimento que pode ocorrer que profissionais e população possam ter “percepções diferentes sobre a realidade social e que essas devem ser o ponto de partida da ação educativa” (ALVES; AERTS, 2011, sp).

Gonçalves e Albuquerque (2004, p.422) ressaltam a importância da participação dos enfermeiros por meio “de medidas de educação em saúde no manejo dos sintomas e na prática de autocuidado direcionada aos pacientes e seus familiares, tendo como finalidade proporcionar melhor qualidade de vida para estes”.

“Para tanto, as ações de educação em saúde devem estar voltadas para a melhoria dos determinantes da saúde. Assim, a educação em saúde, quando trabalhada como uma prática social comprometida com a promoção da saúde, é chamada de educação popular em saúde” (ALVES; AERTS, 2011, sp).

6 PLANO DE INTERVENÇÃO

Ponto fundamental para a adesão é o estreitamento de vínculo entre a unidade e o paciente, com troca de informações, aumentando o conhecimento desses pacientes sobre suas condições, sobre o uso correto de medicação, por meio de reuniões, conversas e palestras de uma forma simplificada, conhecendo a fundo cada paciente e dando mais assistência aos mesmos, mas não esquecendo a outra parte da população que precisa da mudança de hábitos para evitar tais condições clínicas.

Assim a intenção, além de melhorar a condição de quem já apresenta HAS é melhorar a saúde da população em geral, os hábitos de vida evitando assim novos casos, tornando a comunidade mais saudável. Futuramente conseguir diminuir as consultas agudas e crônicas, diminuir o uso de medicação de forma descontrolada, e o número de óbitos do município. Assim descreveremos o problema selecionado, a explicação e a seleção de seus nós críticos, de acordo com a metodologia do Planejamento Estratégico Simplificado (FARIA; CAMPOS; SANTOS, 2018).

6.1 Descrição do problema selecionado (terceiro passo)

Após análise de dados, consultas de rotinas, grupos operacionais, conseguimos constatar que um dos maiores problemas relacionados à saúde, enfrentado pelo Brasil e o mundo, também é o maior problema em nosso município. De acordo com nossos dados, a HAS é um dos motivos de maior marcação de consultas de casos agudos e uma das maiores queixas em consultas entre elas a dor precordial, a falta de controle pressórico e a renovação de receita para medicamentos anti-hipertensivos. Assim se faz necessário uma atenção maior a essa determinada parte da população. Índices elevados de PA ao longo dos anos, podem causar lesões em diversos órgãos-alvo (olhos, rins, coração e cérebro, por exemplo), devido à agressão ao endotélio vascular pela alta pressão nas pequenas artérias dos órgãos ((SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO, SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2010) A HAS é doença traiçoeira, os sintomas aparecem em fases muito avançadas ou quando a

PA aumenta de forma súbita e exagerada. Mas pessoas que apresentam sintomas, como dores de cabeça, dor no peito e tonturas, entre outros, que representam um sinal de alerta. Em muitos indivíduos a HAS se manifesta associada a outras patologias, o que aumenta o padrão de morbidade da mesma (TEIXEIRA; EIRAS, 2011).

O Jornal “O Tempo” publicou na primeira página no dia 24 de abril de 2019 o artigo “Alerta: Hipertensão: Saiba Como Diagnosticar e Prevenir” e aborda que:

[...] Oitenta e quatro mortes por hora, 829 por dia e mais de 302 mil em todo o ano de 2017. Esses são os números das doenças cardiovasculares como infarto e acidente vascular cerebral no Brasil e que têm como principal fator de risco a hipertensão arterial. De acordo com o Ministério da Saúde, a pressão alta afeta um em cada quatro brasileiros adultos.

Para o combate à HAS, o MS recomenda a adoção de um estilo de vida saudável, desde a infância até a terceira idade e a realização dos exames de saúde rotineiros pelo menos uma vez no ano. A prática de exercícios físicos é outro hábito recomendado pelo Jornal O Tempo (2019).

6.2 Explicação do problema selecionado (quarto passo)

A HAS é o principal problema relacionado à saúde, enfrentado pelo município, tanto em consultas de forma aguda e crônica, quanto em renovação de receita para medicamentos de controle hipertensivo, causando um aumento no fluxo de consultas e de óbitos na cidade, onde se faz necessário uma atenção maior a essa parte da população, tanto os que já têm o diagnóstico clínico confirmado e os usuários em que a patologia ainda não se manifestou e que necessitam de conscientização para melhorar os hábitos de vida como medida preventiva.

“Estima-se que aproximadamente 17 milhões de brasileiros apresentam HAS, atualmente, segundo o MS (BRASIL, 2013). Em Minas Gerais, a prevalência estimada de HAS é de cerca de 20% para a população com mais de 20 anos” (MINAS GERAIS, 2013, p. 23).

Abaixo segue o quadro 2 que nos mostra o número de pacientes atendidos na Unidade de Saúde.

Quadro 2. Demonstrativo das condições de saúde e quantidade de pacientes atendidos na UBS Nossa Senhora Sebastiana Rosa de Jesus no município de São Felix de Minas, Minas Gerais, 2019.

Condições de Saúde	Quantitativo (nº)
Gestantes	20
Hipertensos	515
Diabéticos	86
Pessoas com Doenças respiratórias (asma, doença obstrutiva pulmonar crônica DPOC, enfisema, outras).	102
Pessoas que tiveram acidente vascular cerebral AVC	15
Pessoas que tiveram infarto	10
Pessoas com doença cardíaca	341
Pessoas com doença renal (insuficiência renal, outros)	10
Pessoas com hanseníase	1
Pessoas com tuberculose	0
Pessoas com câncer	5
Pessoas com sofrimento mental	0
Acamados	6
Fumantes	500
Pessoas fazem uso de álcool	1000
Usuários de drogas	0

Fonte: Dados da UBS (2019).

6.3 Seleção dos nós críticos (quinto passo)

O problema priorizado é o alto índice de pacientes sem o controle da pressão arterial sistêmica, portanto suas causas (nós críticos) são constituídas de vários fatores passíveis de modificação, descritos em seguida.

➤ Hábitos e estilos de vida inadequados: alcoolismo, tabagismo, alimentação inadequada, ociosidade, falta de exercício físico e sedentarismo.

- Baixo nível de conhecimento dos pacientes sobre a HAS
- Uso dos medicamentos de forma incorreta e ou falta de adesão aos tratamentos farmacológico e dietético.
- Deficiência na assistência aos pacientes e a relação com a equipe de saúde.

Esta identificação das causas do problema é fundamental, porque para enfrentar um problema devem-se atacar suas causas. Quando a causa é enfrentada pela equipe, soluciona o problema priorizado e efetivamente transforma-o (Faria; Campos; Santos, 2018).

Acreditamos que com a participação do nutricionista, psicólogo e profissional de educação físico do (NASF, poderemos oferecer um atendimento especializado condizente com a necessidade do paciente. Com um trabalho interdisciplinar poderemos dar uma assistência mais ampla para o paciente.

6.4 Desenho das operações sobre nó crítico – operações, projeto, resultados e produtos esperados, recursos necessários e críticos (sexto passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo)

Levando em consideração as causas mais importantes do alto índice de pacientes sem o controle da pressão arterial sistêmica a equipe definiu as ações para o enfrentamento de cada nó crítico, os resultados pretendidos com cada ação descrita, assim como os recursos necessários para implantar as ações. Este momento é início da elaboração do plano de ação propriamente dito, nele são traçadas as soluções e estratégias para o enfrentamento do problema. Nele as operações para enfrentar os nós críticos são descritas.

Os recursos críticos são aqueles indispensáveis para a realização de uma operação e que não estão disponíveis e, por isso a equipe terá que utilizar estratégias para que possa viabilizá-los. No controle dos recursos os atores que controlam os recursos críticos devem ser identificados, analisando seu provável posicionamento em relação ao problema para, então, definir operações/ações estratégicas capazes de construir a viabilidade para o plano ou, dito de outra maneira, motivar o ator que controla os recursos críticos (FARIA; CAMPOS; SANTOS, 2018).

Esses dados se resumem nos quadros 3 a 6.

Quadro 3 – Operações sobre o nó crítico 1 “hábitos e estilos de vida inadequados: alcoolismo, tabagismo, alimentação inadequada, ociosidade, falta de exercício físico e sedentarismo”, da população sob a responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Sebastiana Rosa de Jesus, do município São Felix de Minas, Minas Gerais, 2019.

Nó crítico 1	- Hábitos e estilos de vida inadequados alcoolismo, tabagismo, alimentação inadequada, ociosidade, falta de exercício físico e sedentarismo.
6º passo: Operação (operações)	-Discussão individual e em grupo sobre a importância da manutenção e hábitos e estilos de vida saudáveis, para ter uma boa qualidade de vida com a participação da nutricionista. -Formação de grupos de pacientes alcoolistas e tabagistas hipertensos para discutir os benefícios da cessação do álcool e tabaco coordenados pela psicóloga e com a participação da enfermeira. - Auxílio ao fumante e alcoolista a lidar com a síndrome de abstinência utilizando o tratamento medicamentoso e a abordagem cognitiva comportamental pela psicóloga. -Formação de grupos para prática de exercícios físicos três vezes por semana com a participação da técnica de enfermagem e o profissional de educação física.
6º passo: Projeto	Bem estar e saúde
6º passo: Resultados esperados	-Diminuição do número de obesos na UBS. -Diminuição dos níveis glicêmicos e valores pressóricos e triglicédeos. -Deixar ou diminuir a bebida e tabaco consequentemente redução do número de pacientes alcoolistas e tabagistas. -Diminuição do número de pessoas sedentárias. -Melhoria do estado de saúde da população em geral.
6º passo: Produtos esperados	-Grupo operativo sem beber e sem fumar funcionando. -Grupo de exercícios físicos funcionando. - Mudanças gradativas de hábitos e estilos de vida.
6º passo: Recursos necessários	Estrutural: organizar as atividades e agendas dos profissionais para participarem das atividades. Financeiro: verba para atividades, folhetos educativos e divulgação das mesmas. Cognitivo: informação sobre os temas. Conhecer as estratégias e as técnicas necessárias para oferecer alternativas para que o fumante e alcoolista deixem de fumar e beber. Político: apoio do gestor
7º passo: Recursos críticos*	Estrutural: organizar as atividades e agendas dos profissionais para participarem das atividades. Financeiro: verba para atividades, folhetos educativos e divulgação das mesmas. Cognitivo: informação sobre os temas. Conhecer as estratégias e as técnicas necessárias para oferecer alternativas para que o fumante e alcoolista deixem de fumar e beber. Político: apoio do gestor
8º passo: Controle dos recursos críticos e Ações estratégicas	Secretaria de saúde, indiferente Psicóloga, enfermeira, nutricionista, técnica de enfermagem e profissional de educação física todos estão favoráveis. Apresentar e discutir o projeto com os envolvidos

9º passo Responsável (eis) pelo acompanhamento das ações e prazos	A equipe envolvida vai acompanhar o desenvolvimento das ações e sugerir modificações se necessário. 4 meses para início
10º passo Processo de monitoramento e avaliação das ações	Equipe envolvida vai avaliar as melhorias após intervenções em reuniões e grupos com os pacientes e constar em ata.

Fonte: autoria própria (2019)

Quadro 4 – Operações sobre o nó crítico 2, baixo nível de conhecimento dos pacientes sobre a hipertensão arterial sistêmica da população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Sebastiana Rosa de Jesus, do município São Felix de Minas, Minas Gerais, 2019.

Nó crítico 2	-Baixo nível de conhecimento dos pacientes sobre a hipertensão arterial sistêmica.
6º passo: Operação (operações)	-Levar mais conhecimento aos pacientes hipertensos utilizando, aulas dialogadas, grupos, dramatizações, jogos interativos, palestras participativas, dinâmicas de grupo, jogos de perguntas e respostas para facilitar a aprendizagem e ter maior participação dos pacientes. - É importante o usuário ter conhecimento de sua doença para se cuidar melhor e prevenir agravos.
6º passo: Projeto	. Dia do saber
6º passo: Resultados esperados	-Pacientes com mais conhecimento vão ficar mais responsáveis e comprometidos com sua recuperação e pelo seu tratamento. -Aumento do nível de conhecimento e informações sobre as ações preventivas das complicações.
6º passo: Produtos esperados	-Aumento do número de pacientes com a pressão arterial controlada. -Aumento do conhecimento dos pacientes. -Aumento da adesão ao tratamento.
6º passo: Recursos necessários	Estrutural: organizar as atividades e agendas dos profissionais para participarem das atividades. Cognitivo: passar conhecimento para população hipertensa. Político: articulação Inter setorial e mobilização social Financeiro: folhetos educativos e recurso audiovisual
7º passo: Recursos críticos	Estrutural: organizar as atividades e agendas dos profissionais para participarem das atividades. Cognitivo: passar conhecimento para população hipertensa. Político: articulação Inter setorial e mobilização social. Financeiro: folhetos educativos e recurso audiovisual
8º passo Controle dos recursos críticos e Ações	Secretaria de saúde, motivação favorável Médico e enfermeira, favoráveis Não há necessidade de utilizar nenhuma estratégia motivacional

estratégicas	
9º passo Responsável (eis) pelo acompanhamento das ações e prazo	Enfermeira e médico são responsáveis pelo repasse dos conhecimentos e acompanhamento das ações programadas, sugerindo alterações se necessário. Quatro meses para iniciar
10º passo Processo de monitoramento Avaliação das ações	Acompanhamento de casos Coleta de dados Reuniões semanalmente com os envolvidos

Fonte: autoria própria (2019)

Quadro 5 – Operações sobre o nó crítico 3, uso dos medicamentos de forma incorreta e ou falta de adesão aos tratamentos farmacológico e dietético na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Sebastiana Rosa de Jesus, do município São Felix de Minas, Minas Gerais 2019.

Nó crítico 3	-Uso dos medicamentos de forma incorreta e ou falta de adesão aos tratamentos farmacológico e dietético.
6º passo: Operação (operações)	-Aumentar o conhecimento da população sobre o uso adequado de medicamentos utilizando grupos de discussão, explicação sobre a importância do uso dos medicamentos de acordo com a prescrição e orientação médica e ter uma alimentação saudável. -Esclarecer as dúvidas usando uma linguagem clara e adequada ao entendimento dos usuários. Convidar o familiar para participar do grupo.
6º passo: Projeto	Saúde é Vida
6º passo: Resultados esperados	-Aumento do conhecimento da população sobre o uso adequado de medicamentos. -Maior adesão ao uso dos medicamentos.
6º passo: Produtos esperados	Pacientes mais responsáveis e conscientes sobre o tratamento.
6º passo: Recursos necessários	Estrutural: organizar as atividades e agendas dos profissionais para participarem das atividades. Cognitivo: repasse de conhecimento. Político: apoio do gestor
7º passo: Recursos críticos	Estrutural: melhorar a distribuição e controle de distribuição de medicamentos. Político: decisão de aumentar os recursos para estruturar o serviço

8º passo Controle dos recursos críticos e Ações estratégicas	Médico, enfermeira. Favoráveis
9º passo Responsável (eis) pelo acompanhamento das ações e prazo	Não há necessidade de utilizar nenhuma ação estratégica motivacional
10º passo Processo de monitoramento Avaliação das ações	Início do projeto em 3 meses
Responsável (eis) pelo acompanhamento das ações	Enfermeira e médico
Processo de monitoramento e avaliação das ações	Acompanhamento de casos Coleta de dados Reuniões semanalmente com os envolvidos

Fonte: autoria própria (2019)

Quadro 6 – Operações sobre o nó crítico 4 - deficiência na assistência aos pacientes hipertensos, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Sebastiana Rosa de Jesus, do município São Felix de Minas, Minas Gerais, 2019.

Nó crítico 4	Deficiência na assistência aos pacientes hipertensos
6º passo: Operação (operações)	-Aumentar o vínculo do paciente com a equipe de saúde. -Capacitar a equipe para abordar e acompanhar e monitorar os pacientes hipertensos. -Organizar e distribuir as funções dos profissionais preservando a identidade de equipe
6º passo: Projeto	Reciclagem do conhecimento
6º passo: Resultados esperados	-Acompanhamento sistematizado aos pacientes para discutir sobre suas dificuldades e reforçar as orientações. -Realização de visitas domiciliares pelos ACS com mais frequência. -Melhoria na estruturação do serviço para o atendimento e acompanhamento dos pacientes. -Melhoria na qualidade de vida desses pacientes.
6º passo: Produtos esperados	-Serviço de saúde estruturado para atender os pacientes individualmente e em grupo. -Profissionais capacitados mais seguros e responsáveis.
6º passo: Recursos necessários	Estrutural: Agendar os dias de capacitação e reunião da equipe, Reuniões quinzenais da equipe e NASF para discutir os casos mais graves e melhor atuação. Cognitivo: repasse de conhecimento. Político: apoio do gestor.

7º passo: Recursos críticos	Estrutural: Agendar os dias de capacitação e reunião da equipe, Reuniões, quinzenais da equipe e NASF para discutir os casos mais graves e melhor atuação. Cognitivo: repasse de conhecimento. Político: apoio do gestor.
8º passo Controle dos recursos críticos e Ações estratégicas	Equipe de saúde, com motivação favorável
9º passo Responsável (eis) pelo acompanhamento das ações e prazo	Não há necessidade de usar ações estratégicas, pois, a equipe de saúde está motivada.
10º passo Processo de monitoramento Avaliação das ações	Iniciar as atividades em 2 meses
Responsável (eis) pelo acompanhamento das ações	Enfermeira
Processo de monitoramento e avaliação das ações	O processo de monitoramento e avaliação das ações será realizado por meio de dinâmica de grupo dirigido pela enfermeira pois os participantes sentem mais a vontade de expor suas opiniões e sugestões. Posteriormente será elaborado um registro da dinâmica.

Fonte: autoria própria (2019)

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho teve a definição de um problema prioritário e a necessidade de maior urgência e elaboração de um plano de intervenção, para conseguir uma solução e também a capacidade de enfrentamento pela equipe de saúde da família e a comunidade de São Felix de Minas. A falta de rotina e hábitos saudáveis por grande parte da população e o uso incorreto de medicações.

Essa intervenção deve ser entendida como instrumento para a o processo de trabalho da equipe de Saúde da Família e a melhoria da atenção à comunidade, em quesitos que englobam a própria forma de acolhimento como de acompanhamento e tratamento de casos e pacientes. O intuito é que as unidades utilizem a metodologia do PES e incorporando a programação das ações de saúde, o monitoramento e avaliação em um processo melhorado.

Como resultado final, espera-se o maior conhecimento do diagnóstico situacional e como fazer um planejamento mais adequado, incorporar desde as fases iniciais o compromisso com a educação permanente da equipe e o aperfeiçoamento de seu processo de trabalho.

REFERÊNCIAS

ALVES, G, G; AERTS, D. As práticas educativas em saúde e a Estratégia Saúde da Família. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Luterana do Brasil. Canoas RS. **Ciênc. Saúde coletiva**, v.16, n.1, p.319-325, 2011.

BRASIL, IBGE. Censo demográfico, 2017. Disponível em: <www.ibge.gov.br> acesso em 12 dez 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde **Portaria Nº 2.488, de 21 de outubro de 2011**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). 2011 a. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_211.html.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022**. Brasília: Ministério da Saúde; 2011 b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **E-SUS Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/portaldab/esus.php>>. Acesso em 12 fevereiro 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Cadernos de Atenção Básica. Diabetes Mellitus**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diabetes_mellitus.PDF. Acesso em 13 jan. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de Informação da Atenção Básica – SIAB**. 2013. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?siab/cnv/SIABSMG.def>. Acesso em: 30 mar. 2019.

Brasil. Ministério da Saúde (MS), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Sistema de Informação da Atenção Básica - SIAB: indicadores 2003. Brasília: MS; 2004.

FARIA H. P.; CAMPOS, F. C. C.; SANTOS, A. M. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. 2 ed. Belo Horizonte: NESCON/UFMG, 2018. 110p. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/3872.pdf>>. Acesso 25 jan.2019.

CESARINO, C, B. *et al*. Prevalência e fatores sócios demográficos em hipertensos de São José do Rio Preto. **Arq. Brás Card**. v.12, n.1. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X200800113000059>. Acesso 25 jan.2019.

CHIESA, A.M.; VERÍSSIMO, M. **Instituto para o desenvolvimento da Saúde. A educação em saúde na prática do PSF: manual de enfermagem.** Brasília, 2001. Disponível em: 45
http://intranet.ftc.br/upload/141196/195508_A_Educa_o_em_Sa_de_na_Pr_tica_do_PSF.pdf. Acesso em: 22 jan. 2019.

DELFINO, M. R. R. *et al* . Repercussões do processo de ensinar-aprender em serviços de saúde na qualidade de vida dos usuários. **Trab Educ Saúde**.v.22, n. 2, p. 20-30, 2012.

DEMONER. M. S. et al.Fatores associados à adesão ao tratamento anti-hipertensivo em unidade básica de saúde. **Acta paul. enferm.** v.25, n. spe1 , p. 15-20, 2012.

FIGUEIREDO, E. N, *et al*. importância do trabalho em equipe no PSF. **Atenção Primária à Saúde e Política Nacional de Atenção Básica**. Disponível em: www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/11/Unidade1/a_Saude/p_03.html. Acesso em: 22 jan. 2019.

FRACOLLI, L.A.; ZOBOLI, E.L. Descrição e análise de “acolhimento”: uma contribuição para o programa de saúde da família. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v.38, n.2, p. 143, 2004.

FREITAS, L.M. **As ações educativas em saúde desenvolvidas em âmbito prisional: revisão integrativa da literatura**. Monografia de Conclusão de Curso (Especialização de Formação Pedagógica em Educação Profissional na Área de Saúde) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte.2014. Disponível em: https://repositório.ufmg.br/bitstream/1843/BUBD-9KRG3J/1/vers_o_final_28_04_2014.pdf. Acesso em: 22 jan. 2019

GONÇALVES, F. G.; ALBUQUERQUE, D. C. Educação em saúde de pacientes portadores de insuficiência cardíaca **Rev enferm UERJ**, v.22, n.3: p,422-428, 2014.

GUSMÃO. J. L, et al.Adesão ao tratamento em hipertensão arterial sistólica isolada **Rev Bras Hipertens** v.16, n.1, p.38-43. 2009.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **IBGE Cidades. 2010**. Disponível em: <<http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/home.php>>. Acesso em: fevereiro, 2019.

JORNAL O TEMPO “**Alerta: Hipertensão: Saiba Como Diagnosticar e Prevenir**” primeira página, 24 de Abril de 2019

KESSLER, M; FACCHINIL, A. Ações educativas e de promoção da saúde em equipes do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica, Rio Grande do Sul, Brasil. **Epidêmico. Serv. Saúde**, v.12, n.1, p.20-25. 2005.

MENDES, E. V. As Redes de Atenção à Saúde: revisão bibliográfica, fundamentos, conceito e elementos constitutivos. “In”: MENDES, E.V. **As redes de atenção à saúde**. 2ª edição. Brasil: Organização Pan-Americana da Saúde; 2011, p. 61-208.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: Brasil. Brasília: Ministério da Saúde, 2013, p. 82.

PINTO, L. F; GIOVANELLA, L. Do Programa à Estratégia Saúde da Família: expansão do acesso e redução das internações por condições sensíveis à atenção básica (ICSAB). **Ciênc. Saúde coletiva [online]**, v.23, n.6, p.1903-1914, 2018.

SÃO FELIX DE MINAS. **Patrimônio Nacional**. Minas Gerais: 2019. <http://saofelixdeminas.mg.gov.br>. Acesso em: 22 jan. 2019

SILVA, S. S. B. E.; COLÓSIMO. F., C.; PIERIN A, M, G. O efeito de intervenções educativas no conhecimento da equipe de enfermagem sobre hipertensão arterial. **Rev Esc Enferm USP**; v.44, n.2, p.488-96, 2010.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde; 2004.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. **Arq Bras Cardiol.**, v. 95 (1 *Suppl*), p. 12-20.2010. Disponível em: www.ebc.com.br/sociedade-brasileira-de-cardiologia.2010. Acesso em: 22 jan. 2019.

TEIXEIRA. J; EIRAS. N. **A Hipertensão Arterial e sua abordagem pela Atenção Primária à Saúde e pelos Grupos de Extensão Universitária**. PROPLAMED/TNCUFJF, 2011. Disponível em: www.ufjf.br/files/2011/04. Acesso em: 22 jan. 2019.