



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE SAÚDE PÚBLICA  
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA 2018

Ana Luisa Machado Freitas

Grupos de educação em saúde: ferramenta de melhoria  
da qualidade do acompanhamento clínico da população  
rural, do município de Santo Augusto - RS

Florianópolis, Março de 2023



Ana Luisa Machado Freitas

Grupos de educação em saúde: ferramenta de melhoria da  
qualidade do acompanhamento clínico da população rural, do  
município de Santo Augusto - RS

Monografia apresentada ao Curso de Especialização na Atenção Básica da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito para obtenção do título de Especialista na Atenção Básica.

Orientador: Kamylla Santos da Cunha  
Coordenadora do Curso: Profa. Dra. Fátima Buchele Assis

Florianópolis, Março de 2023



Ana Luisa Machado Freitas

Grupos de educação em saúde: ferramenta de melhoria da  
qualidade do acompanhamento clínico da população rural, do  
município de Santo Augusto - RS

Essa monografia foi julgada adequada para  
obtenção do título de “Especialista na aten-  
ção básica”, e aprovada em sua forma final  
pelo Departamento de Saúde Pública da Uni-  
versidade Federal de Santa Catarina.

---

**Profa. Dra. Fátima Buchele Assis**  
Coordenadora do Curso

---

**Kamylla Santos da Cunha**  
Orientador do trabalho

Florianópolis, Março de 2023



# Resumo

**Introdução:** A população adscrita na área de abrangência da Estratégia Saúde da Família IV – Interior, do município de Santo Augusto- RS tem por característica apresentar alta prevalência de Doença Hipertensiva Arterial (HAS) isso relacionado a fatores culturais, ambientais, nutricionais e para muitos usuários história familiar. A alta prevalência de HAS pode ser justificada ao analisarmos os fatores socioculturais e o perfil epidemiológico de tal comunidade. É sabido que a HAS é uma condição clínica frequentemente associada a distúrbios metabólicos, alterações funcionais e/ou estruturais de órgãos-alvo, sendo agravada pela presença de outros fatores de risco como dislipidemia, obesidade abdominal, intolerância à glicose e diabetes mellitus. **Objetivos:** Melhorar a qualidade do acompanhamento clínico dos pacientes portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica atendidos no ESF IV – Interior do município de Santo Augusto –RS. **Metodologia:** Trata-se de um projetos de intervenção que visa auxiliar na organização da unidade no que diz respeito ao gerenciamento de consultas médicas e de enfermagem bem como melhorar o fluxo dos atendimentos a esse grupo de doentes. O projeto de intervenção tem por base a elaboração de grupos de saúde voltados a população adulta com diagnósticos ou fatores de risco para o desenvolvimento de HAS. Os grupos terão a participação de uma equipe multidisciplinar e acontecerão conforme cronograma elaborado previamente. Grupos de educação em saúde são ferramentas fundamentais na construção do saber em saúde . **Resultados esperados:** As ações elaboradas pretendem melhorar a qualidade do acompanhamento clínico dos usuários portadores de HAS uma vez que facilitará o acesso as informações corretas, promoverá o aumento do autocuidado clínico e fortalecerá o vínculo entre usuários e equipe. Tratamentos mais efetivos, acompanhamento de melhor qualidade e redução da demanda por consultas diárias na unidade básica também são alguns dos resultados esperados com o presente trabalho.

**Palavras-chave:** Doença Crônica, Educação em Saúde, Estratégia Saúde da Família, Prevenção de Doenças





# Sumário

1	<b>INTRODUÇÃO</b> . . . . .	9
2	<b>OBJETIVOS</b> . . . . .	13
2.1	Objetivo geral . . . . .	13
2.2	Objetivos específicos . . . . .	13
3	<b>REVISÃO DA LITERATURA</b> . . . . .	15
4	<b>METODOLOGIA</b> . . . . .	19
5	<b>RESULTADOS ESPERADOS</b> . . . . .	23
	<b>REFERÊNCIAS</b> . . . . .	25



# 1 Introdução

A unidade de saúde da Estratégia Saúde da Família (ESF) IV – Interior tem por área de abrangência a população rural do município de Santo Augusto – RS. O município de Santo Augusto é um município de pequeno porte, com aproximadamente 14 mil habitantes, composta em sua maioria de uma população que tem na agricultura sua principal fonte de renda. A ESF da qual faço parte tem por área de abrangência a população residente no meio rural, e por esse motivo, apresentam peculiaridades que não são observadas na população urbana. Mais de 50% da população encontra-se na faixa etária de adultos, o que resulta uma parcela importante de mão de obra ativa e produtiva. A população idosa representa quase um quarto da população total, porém continua economicamente ativa. A proporção de crianças é pequena, com aproximadamente 10% da população total. A ESF é composta por uma profissional médica, uma enfermeira, duas técnicas de enfermagem, uma recepcionista, uma vacinadora que é técnica de enfermagem por formação e com capacitação em imunizações e dez agentes comunitários de saúde, sendo eles responsáveis pela gestão do cuidado de dez localidades rurais (Passo da Lage, Pinhalzinho, Assentamento 19 de Abril, São Jacó, São Pedro/Ponte Seca, Pedro Paiva, Costa do Turvo, Esquina Fátima, Santo Antônio/ Esquina Chiusa e São Valentim).

Ao se analisar a busca por atendimento clínico na ESF IV - Interior percebe-se que a população demanda bastante. Há um fluxo intenso de usuários na unidade. Buscam por atendimento de enfermagem, médico, curativos, retirada de materiais e medicações, além de vacinação e consultas odontológicas.

A imensa maioria das consultas médicas e de enfermagem são por demandas crônicas, como doenças cardiovasculares, doenças do metabolismo (DM, obesidade), osteoarticulares, doenças reumatológicas e demandas psíquicas. Já quando se observa os agravos agudos salientamos as gastroenterites, intoxicações alimentares, ferimentos cortos-contusos e pequenos traumas.

Como a ESF é responsável pela população rural do município, percebemos que a questão cultural do uso de ervas e chás para controle de algumas doenças é muito marcante, bem como a visão de não realização de rastreio de doenças por uma parcela significativa da população que julga não ser necessária a realização de saúde preventiva. Dietas ricas em gorduras e carboidratos também atrapalham o manejo das doenças, a população acredita que devido ao trabalho pesado que executa, diariamente, necessita de refeições em grande quantidade e com excesso de calorias. O consumo de bebida alcoólica pela população também é ponto importante a ser mencionado. Muitos têm produção caseira de vinho e cachaça o que favorece o consumo, muitas vezes em demasia, percebido com o alto índice de câncer de esôfago e laringe que temos em nossa população.

A exposição diária e excessiva da população aos raios ultravioleta, sem proteção –

protetor solar ou métodos de barreira – é um dos principais pontos de vulnerabilidade ambiental que a população apresenta. Não são poucos os casos de câncer de pele diagnosticados na população. O trabalho pesado, na maioria das vezes, sem proteção, também é um ponto importante de vulnerabilidade ambiental enfrentada pelos usuários. Os traumas corto-contusos, com material contaminado são rotina na nossa unidade. A necessidade de a população manter a vacina antitetânica em dia é uma obrigação na nossa área, tendo em vista o alto índice de acidentes com material contaminado. Enfrentamos um problema de saúde pública imenso que reflete na saúde/doença diária das consultas na unidade que é a população não ter acesso à água tratada em suas moradias. O consumo exagerado de agrotóxicos e venenos na agricultura também gera maior vulnerabilidade a saúde.

Na maioria das residências, as condições de moradia são boas, com casas em boas condições, com banheiro dentro da residência, água encanada e rede elétrica. Existem, sim, algumas moradias em que tais critérios não são atendidos, apresentando uma condição de moradia mais prejudicada. A rede de esgoto é basicamente por meio de fossa “poço negro” o que reflete que o esgoto não é tratado, bem como a água que a população consome não é tratada vinda em sua totalidade dos poços artesianos.

A população adscrita na área de abrangência da ESF IV – Interior tem por característica apresentar alta prevalência de doença hipertensiva arterial, isso relacionado a fatores culturais, ambientais, nutricionais e para muitos usuários historia familiar. Ao analisarmos o perfil epidemiológico dos usuários, percebemos que a mesma é composta em sua maioria por adultos jovens (29-59 anos) e um quarto da população é idosa (> 60 anos) tal fato nos ajuda a entender o motivo da alta prevalência de doença hipertensiva na população. Hipertensão Arterial é uma condição clínica multifatorial caracterizada por elevação sustentada dos níveis pressóricos  $>$  ou  $=$  a 140 mmHg ou 90 mmHg (LEWNGTON et al., 2002) (WEBER et al., 2014). Pode ter por consequências diversas complicações fisiológicas em diferentes órgãos do corpo humano. A unidade de saúde tem estratégias para tentar diminuir tal índice, como os grupos de saúde HAS/DM que acontecem semanalmente e as atividades físicas – saúde e movimento-, porém ambos ainda apresentam baixa adesão da população alvo. Os usuários tendem a buscar por atendimento somente quando há uma descompensação clínica da doença, mesmo sabendo que o tratamento e acompanhamento adequado contribuem para minimizar os efeitos deletérios da doença.

Como sabemos a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é uma condição clinica frequentemente associada a distúrbios metabólicos, alterações funcionais e/ou estruturais de órgãos-alvo, sendo agravada pela presença de outros fatores de risco como dislipidemia, obesidade abdominal, intolerância à glicose e diabetes melito (LEWNGTON et al., 2002) (WEBER et al., 2014). Visto que a HAS acomete aproximadamente 25% da população mundial, com previsão de aumento de 60% dos casos em 2025 (KEARNEY et al., 2020) discutir esse tema e elaborar uma proposta de intervenção para a comunidade que reside na área de abrangência do ESF IV Interior é de grande valia.

A alta prevalência de doença Hipertensiva Arterial (HAS) na população rural do Município de Santo Augusto pode ser justificada ao analisarmos os fatores socioculturais e o perfil epidemiológico de tal comunidade. Assim como as demais doenças crônicas a HAS é um importante problema de saúde pública uma vez que o fluxo de atendimento de tais doentes é intenso na unidade básica. Sabemos que uma abordagem ampla e o tratamento adequado da HAS podem minimizar suas consequências e melhorar a qualidade de vida dos usuários acometidos.

No dia a dia dos atendimentos clínicos na unidade pude perceber que há uma demanda importante por consultas médicas dos pacientes que possuem o diagnóstico de HAS ou até mesmo que estão apresentando picos hipertensivos há algum tempo, sem diagnóstico correto. Elaborar um plano de ação que abranja essa demanda, diminuindo as intercorrências clínicas para esses pacientes bem como ajustando o tratamento para melhorar a expectativa de vida desses usuários é fundamental para que tenhamos sucesso na ação planejada. A HAS, no Brasil, atinge 32,5% (36 milhões) de indivíduos adultos, mais de 60% dos idosos, contribuindo direta ou indiretamente para 50% das mortes por doença cardiovascular (DCV) (SCALA et al., 2015). É de conhecimento da sociedade que é um importante problema de saúde pública, sendo a principal causa de morbimortalidade no Brasil e em todo o mundo e por esse é motivo frequente de consultas nas unidades básicas de saúde.

A realização do projeto de intervenção auxiliará a organização da unidade no que diz respeito ao gerenciamento de consultas médicas e de enfermagem bem como melhorará o fluxo dos atendimentos a esse grupo de doentes. A comunidade se beneficiará uma vez que ações preventivas serão realizadas com maior eficácia e a qualidade de vida dos usuários com HAS será melhor. O momento de realização do projeto de intervenção é oportuno uma vez que a qualquer momento que ações que visem melhorar o acesso e a qualidade do tratamento de pacientes com HAS nas unidades básicas de saúde se faz necessário.



## 2 Objetivos

### 2.1 Objetivo geral

Melhorar a qualidade do acompanhamento clínico dos pacientes portadores de Hipertensão Arterial atendidos na ESF IV Interior do município de Santo Augusto – RS.

### 2.2 Objetivos específicos

Identificar os fatores que prejudicam o acesso às informações sobre a Hipertensão Arterial

Realizar ações de orientação e aconselhamento sobre Hipertensão Arterial

Criar estratégias para aumentar a adesão dos usuários nos grupos de saúde voltados à Hipertensão Arterial





### 3 Revisão da Literatura

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial, sistólica ou diastólica (PAS maior ou igual a 140 mmHg ou PAD maior ou igual a 90mmHg) (LEWNGTON et al., 2002), (WEBER et al., 2014). Está associada a alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo (coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos) e é agravada pela presença de outros fatores de risco como dislipidemia, obesidade abdominal, intolerância à glicose e diabetes melitos. Assim, apresenta consequente aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais (infarto agudo do miocárdio – IAM, insuficiência cardíaca- IC, doença renal crônica – DRC e doença arterial periférica - DAP) (LEWNGTON et al., 2002), (SCALA et al., 2015).

A hipertensão arterial sistêmica juntamente com as demais doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), como o diabetes melitos, são conhecidas mundialmente como as principais causas de óbitos e internações há décadas, tem por característica afetar com maior frequência a população idosa. A mudança que a pirâmide etária do país vem sofrendo nos últimos anos reflete o envelhecimento populacional e por consequência um maior número de hipertensos no Brasil, a Organização Mundial da Saúde (OMS) já revelou que na sub-região das Américas, a HAS está entre os três principais fatores de risco que concorrem para a carga total de doenças (ORGANIZATION, 2020c). No Brasil a incidência de HAS é de 20 a 30% entre a população urbana adulta (FUCHS et al., 1994).

As doenças cardiovasculares, no Brasil, são responsáveis por 33% dos óbitos por causas conhecidas. Entre 1996 e 1999 as doenças cardiovasculares foram a primeira causa de hospitalização no setor público e responderam por 17% das internações de pessoas com idade entre 40-59 anos e 29% daquelas com mais de 60 anos (LIMA-COSTA; PEIXOTO; FIRMO, 2004). Um estudo baseado no indicador do número de anos perdidos ajustados por incapacidade ( *DALY'Disability-Adjusted Life Yeares* – anos de vida perdidos por morte prematura ou incapacitante) descreve que as doenças crônicas não transmissíveis responderam por 41% do total de DALY no mundo em 1990 e em 2020 responderão por até 73% e 60% do total de óbitos e DALY, no mundo, respectivamente (ORGANIZATION, 2020b).

No Rio Grande do Sul, a taxa de mortalidade por doenças do aparelho circulatório no ano de 1998 foi de 235,70/100.000 habitantes, representando a principal causa de mortalidade, com 35,4% das mortes no Estado (SAÚDE, 2020b) . O Rio Grande do Sul é um Estado situado a sul da Linha do Equador, apresentou o melhor índice de desenvolvimento humano entre os estados brasileiros no ano de 1996, sendo considerado o estado com maior qualidade de vida. A população é predominantemente urbana (78,7%), mais de 15% da população tem mais de 60 anos e a composição étnica é diferenciada do

restante do país, fruto de miscigenação alemã e italiana, desde o século XIX (GUS *et al.*, 2004).

Assim como, as demais doenças crônicas não transmissíveis, o diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica, apresenta significativo aumento nos últimos anos, como já mencionado anteriormente, sendo responsável por parcela significativa dos óbitos em todo país. Quando o tratamento é inadequado pode resultar em graves consequências a saúde humana e pode ser considerada uma das principais morbidades do adulto (LESSA, 1998).

Em 2015, dados norte-americanos, mostraram que a hipertensão arterial estava presente em 69% dos pacientes com o primeiro episódio de infarto agudo do miocárdio, em 77% dos casos de acidente vascular encefálico, 75% com insuficiência cardíaca e 60% de doença arterial periférica (MOZAFFARIAN *et al.*, 2015) 45% das mortes cardíacas e 51% das mortes decorrentes de AVE tem como causa base a HAS (LIM *et al.*, 2012). Por isso, a doença hipertensiva tem se configurado um grave problema de saúde pública (CARVALHO; JUNIOR; MACHADO, 1998).

Estudos que analisaram a prevalência de hipertensão arterial no país, entre 1970 e início dos anos 90, mostraram que a prevalência de HAS era de 1,28% a 27,1% na Região Sul do Brasil, onde está situado o Estado do Rio Grande do Sul, sendo que a maior prevalência foi identificada nos estado do nordeste, variando entre 7,2% a 40,3%, região onde se encontra os maiores índices de vulnerabilidade social (PASSOS; ASSIS; BARRETO, 2020). Juntamente com a diabetes melitos (DM), as complicações de HAS tem impacto significativo na perda da produtividade do trabalho e da renda familiar da população, estimada em 4,18 bilhões de dólares entre 2006 e 2015 (ABEGUNDE *et al.*, 2007).

Entende-se o conceito de educação em saúde como o diálogo entre profissionais e usuários a fim de construir saberes e aumentar a autonomia das pessoas no seu cuidado (SAÚDE, 2020a). No contexto do SUS, a educação é fundamental, tanto na formação dos trabalhadores como no cuidado aos usuários (VASCONCELOS; GRILLO; SOARES, 2009) As Estratégias de Saúde de Família (ESF) se configuram um local apropriado para o desenvolvimento de práticas que visam à educação em saúde uma vez que nesses pontos de atendimento é possível desenvolver o cuidado longitudinal e integral da população adscrita na área. Na ESF a educação em saúde tende a ter o enfoque na relação mútua, de compartilhamento de saberes, entre equipe e usuários.

Educação em saúde tem sido apontada, dentre as políticas públicas para o controle da hipertensão arterial, como uma importante ferramenta para estimular a adesão ao tratamento e seguimento clínico dos pacientes. Conhecer como o paciente entende a doença da qual é portador é fundamental para que o processo educativo seja eficaz (SAWAIA, 1994). É necessário conhecer e considerar as práticas populares para que se alcance um bom acompanhamento clínico uma vez que, o entendimento e os costumes sobre as práticas de saúde, valores e percepções do paciente são diferentes daqueles pensados pelos profissionais de saúde, já que são grupos distintos em seus saberes (SPNIK, 2003). Nesse

contexto o conceito de determinante social (compreender os ‘modos e estilos de vida’, derivados não só das escolhas pessoais, como de fatores culturais, práticas sociais e constituição do espaço) deve ser praticado pela equipe de saúde.

Um estudo brasileiro, publicado em 2014, evidenciou que os usuários entendem a educação em saúde como uma ferramenta que visa melhorar a qualidade de vida, promover hábitos saudáveis, bem como possibilita a troca de experiências entre usuários, mostrando que eles não estão sozinhos no enfrentamento da sua patologia. Essa estratégia gera mudança no estilo de vida e faz com que o paciente reflita a cerca da doença e desenvolva um caminho terapêutico adequado ao seu cotidiano, favorecendo seu cuidado e a capacidade de cuidar de si (ALMEIDA; MOUTINHO; LEITE, 2014). Assim é perceptível a relação que deve existir entre os profissionais de saúde desenvolverem ações educativas e o cuidado com o doente. A equipe de saúde deve realizar ações educativas que visem propiciar qualidade de vida aos hipertensos, estimulando-os a serem sujeitos autônomos em seu cuidado, refletindo sobre suas atitudes de cuida consigo mesmo na perspectiva de modificar hábitos de vida em busca de alcançar atitudes saudáveis para o controle da HAS (SANTOS; LIMA, 2008).

Estratégias que previnam o desenvolvimento da hipertensão arterial sistêmica precisam de políticas públicas efetivas, associadas a ações dos órgãos de saúde e meio de comunicação. As políticas públicas devem estimular o diagnóstico precoce, tratamento adequado e continuado, controle da pressão arterial e dos fatores de risco associados às doenças cardiovasculares, focando em mudanças do estilo de vida e uso regular das medicações, somente assim será possível ter um acompanhamento clínico de qualidade e melhorar a expectativa de vida da população assistida.

Sabe-se que doenças cardiovasculares são importante problema de saúde pública, elaborar estratégias na unidade básica para reduzir a incidência da hipertensão arterial, bem como melhorar a qualidade de vida dos usuários é de grande valia, visto que a pirâmide etária brasileira está em transformação, refletindo gradual envelhecimento populacional e o conseqüente aumento de doenças crônicas, entre elas a hipertensão arterial. A Organização Mundial da Saúde (ONU) em 2018 fez uma projeção que em 2050 a população mundial com mais de 60 anos deve totalizar até 2 bilhões de pessoas, número muito mais expressivo que os 900 milhões em 2015 (ORGANIZATION, 2020a).

Os estudos epidemiológicos são ferramentas fundamentais para o conhecimento da real situação da hipertensão arterial, distribuição de exposição, adoecimento e fatores de risco em adultos. Identificar os principais fatores de risco para doenças cardiovasculares, elaborar estratégias de manejo e acompanhamento dos usuários combinados com a educação comunitária, contribui significativamente na redução do índice de mortalidade em quase todos os países desenvolvidos.

Monitorar os fatores de risco e diagnosticar precocemente os agravos na saúde da população permite identificar as tendências no tempo e as regiões mais afetadas, bem

como planejar ações de saúde preventiva para melhorar o acompanhamento clínico dos pacientes atendidos na Estratégia de Saúde da Família IV - Interior, por esse motivo, o trabalho em questão se torna tão valioso e necessário. A HAS auto referida é um indicador adequado para se estimar a frequência da doença entre as populações, tendo também, a vantagem da rapidez na obtenção de informações e o baixo custo (LIMA-COSTA; PEIXOTO; FIRMO, 2004). Fazer um levantamento do número de usuários que referem ter HAS mesmo sem diagnóstico possibilita estimar a frequência das doenças em uma determinada região e com isso elaborar ações de saúde pública a fim de melhorar a qualidade dos atendimentos, fortalecendo e aprimorando a longitudinalidade das ações na atenção primária em saúde. O levantamento de HAS auto referida pelos usuários pode auxiliar a aumentar a adesão nos grupos de saúde voltados à hipertensão arterial, momento em que orientações e aconselhamentos são fornecidos pela equipe, há troca de experiência entre os participantes e se fortalece o vínculo equipe-usuário a fim de tornar mais acessível o acesso às informações.

## 4 Metodologia

Trata-se de um projeto de intervenção, desenvolvido dentro do curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde (Universidade Federal de Santa Catarina), fornecida pelo Ministério da Saúde aos médicos participantes do Programa Mais Médicos.

Escolheu-se como local de estudo a área de abrangência da Estratégia Saúde da Família IV - Interior, do município de Santo Augusto - RS e o público alvo será a população adscrita com diagnóstico ou fatores de risco para o desenvolvimento de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS).

A fim de alcançar os objetivos pretendidos no projeto será realizado grupos e palestras voltados à população adulta com diagnóstico ou fatores de risco para o desenvolvimento da HAS. Esses acontecerão, conforme cronograma da Unidade de Saúde, nas localidades rurais, para facilitar o acesso aos usuários, uma vez que a ESF IV Interior é responsável pela gestão da saúde da população rural do município. O local para o desenvolvimento das ações do projeto de intervenção será o salão comunitário aonde já acontece outros grupos, como de diabetes mellitus, em forma de rodizio.

O cronograma da equipe já reservava o turno da tarde, 04 horas, das segundas feiras para a realização de atividades educativas aos usuários, em forma de rodizio, para abranger as dez localidades rurais. O cronograma elaborado preve as seguintes datas: 18/01/2021 Grupo de Saúde na localidade de Esquina Fátima, 25/01/2021 Grupo de Saúde na localidade de Costa do Turvo, 01/02/2021 Grupo de Saúde na localidade de Passo da Lage, 08/02/2021 Grupo de Saúde na localidade de São Pedro, 15/02/2021 Grupo de Saúde na localidade de São Jacó, 22/02/2021 Grupo de Saúde na localidade de Pedro Paiva, 01/03/2021 Grupo de Saúde na localidade de São Valentin, 08/03/2021 Grupo de Saúde na localidade de Assentamento 19 de Abril, 15/03/2021 Grupo de Saúde na localidade de Santo Antônio e, por fim, 22/03/2021 Grupo de Saúde na localidade de Bela Vista. Ao findar a primeira rodada de encontros, a equipe fará um levantamento de dados, analisando pontos positivos e negativos e em seguida, no mês de maio um novo ciclo de encontros será organizado. Pretende-se tornar esses momentos uma ferramenta de educação em saúde continuada na ESF IV – Interior. O custo de tal ação é zero, não sendo necessário, portanto, a elaboração de um orçamento. Uma vez que serão utilizados os profissionais pertencentes à equipe de saúde, o transporte será disponibilizado pela Secretária de Saúde do município e os materiais impressos e equipamentos de informática já foram adquiridos previamente pela equipe da unidade de estratégia de saúde da família.

Os principais atores dessa ação serão os membros da equipe da ESF, sendo eles, medica, enfermeira, técnica de enfermagem, fisioterapeuta e nutricionista, bem como os agentes comunitários de saúde também participarão das reuniões. Estarão envolvidos também os motoristas da Secretária de Saúde para que viabilizem o deslocamento da equipe até a

localidade.

Antes de iniciar as reuniões, será elaborado pelo grupo de intervenção um material informativo para ser trabalhado nos grupos e conforme cronograma organizado em forma de rodízio entre as comunidades as ações iniciarão. Os grupos acontecerão, semanalmente, no turno da tarde, das segundas-feiras, das 13hs até as 17hs. Conforme cronograma, mencionado anteriormente, para que todas as localidades sejam contempladas. A ideia é que uma vez posta em prática tal ação se torne rotina na unidade, sendo desenvolvida em longo prazo.

Serão realizados grupos de saúde (HAS/DM), nesses momentos serão realizadas rodas de conversas (equipe e usuários), explicações de forma simplificada do processo saúde/doença (com vocabulário acessível), revisões dos tratamentos, bem como renovações de receitas médicas e acompanhamento clínico ( aferição de pressão arterial, frequência cardíaca, oximetria, circunferência abdominal e solicitação de exames de periódicos).

Organização e planejamento dos encontros:

Divulgação do grupo: Os agentes comunitários de saúde serão responsáveis por comunicar os usuários por meio das redes sociais (whatsapp) e das visitas domiciliares a respeito da data na qual o grupo de saúde acontecerá naquela localidade.

Acesso ao local (salão comunitário): O acesso ao local será facilitado pelo agente comunitário de saúde.

Deslocamento: A Secretária de Saúde será responsável por fornecer um motorista e um carro para o deslocamento da equipe até a comunidade.

Lista de presença: Antes de iniciar as atividades de educação a população assinará uma lista de presença.

Explicação do conteúdo: Um membro da equipe ficará responsável pela explicação do processo saúde/doença HAS.

Roda de conversa: Um membro da equipe será o intermediador da roda de conversa entre usuários e equipe.

Abordagem clínica: Técnico de enfermagem realizará a aferição dos sinais vitais e circunferência abdominal. A enfermeira, a partir dos sinais vitais fará a avaliação/triagem dos usuários a fim de classificá-los para ordem de atendimento, com base em sua situação clínica (usuários com sinais vitais alterados serão atendidos de forma prioritária). A médica fará um breve exame físico e questionamento a respeito estado de saúde do paciente, bem como, se necessário, renovará a receita de medicações de uso contínuo e solicitará exames laboratoriais, se julgar necessário.

A renovação de receitas e solicitações de exames periódicos serão atrelados à participação dos usuários, nos grupos de saúde. Por isso a necessidade de uma lista de presença. Assim os usuários serão atraídos e vinculados aos grupos de saúde o que, por conseguinte, melhorará a qualidade do acompanhamento clínico dos pacientes portadores de Hipertensão Arterial no município de Santo Augusto -RS..

Suporte Nutricional: A nutricionista fará uma explicação genérica a respeito dos cuidados alimentares importantes no controle da HAS.

Atividade física: O fisioterapeuta fará um breve comentário a respeito da importância da atividade física no controle da HAS e após realizará alguns exercícios de alongamentos.





## 5 Resultados Esperados

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é uma condição clínica que acomete parcela significativa da população brasileira. No município de Santo Augusto – RS, não é diferente. A alta prevalência de HAS na população rural assistida pela ESF IV – Interior, pode ser justificada sob análise dos fatores socioculturais e o perfil epidemiológico da população. É sabido que a HAS é um importante problema de saúde pública e que estratégias de educação em saúde que visem melhorar o atendimento dessa demanda pode minimizar os agravos da doença e melhorar a qualidade de vida dos usuários.

No intuito de melhorar a qualidade do acompanhamento clínico dos pacientes portadores de Hipertensão Arterial Sistêmicas, atendidos na ESF IV – Interior, do município de Santo Augusto – RS, serão organizados grupos de saúde, com foco na identificação dos fatores que prejudicam o acesso às informações sobre a HAS, na realização de orientações e aconselhamento de saúde de fácil entendimento, bem como, vincular esses pacientes à participação nos grupos serão realizados pela equipe multiprofissional da ESF IV – Interior. Com base na busca e estudo da literatura disponível sobre o assunto, elaborou-se o presente trabalho e através dele se planejou a execução de grupos de saúde já descritos no capítulo da metodologia.

O método escolhido para proporcionar educação a respeito do processo saúde e doença aos usuários, na configuração de encontros em grupos, associando um espaço reservado para explanação de conteúdos com linguagem acessível, espaço para roda de conversa entre os usuários e membros da equipe, bem como uma breve avaliação clínica do estado de saúde e por fim um momento de atividade física oferecido pelo fisioterapeuta da Secretaria de Saúde tem por expectativa melhorar a qualidade do acompanhamento clínico dos pacientes portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica uma vez que facilitará o acesso dos usuários a informações corretas a cerca de sua doença e promoverá a melhora do autocuidado clínico, uma vez que o paciente terá maior conhecimento sobre sua condição clínica. Vincular o acompanhamento clínico, revisão do tratamento medicamentoso, renovações de receitas médicas e solicitação de exames de rotina à participação nos grupos visa ter maior controle sobre o acompanhamento clínico dos pacientes, efetividade dos tratamentos, bem como, reduzir essa demanda de usuários na unidade de saúde.

No contexto da atenção básica e com foco na educação em saúde as ações devem privilegiar os saberes científico e popular, na tentativa de construir, complementarmente, um conhecimento contextualizado com a realidade, com base nas experiências tanto dos usuários quanto da equipe de saúde. Os grupos de educação em saúde representam um dos principais meios para construção do saber em saúde e por isso são tão importantes no contexto de atenção primária em saúde onde o foco deve ser a promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamentos, reabilitação e redução de danos.

Por priorizar o diálogo e a interação entre os participantes, essas ações visam possibilitar o compartilhamento de ideias e experiências, assim como aumentar o vínculo entre equipe e participantes, sendo, portanto, por essa razão, entendida como maneira eficaz e privilegiada para construção do saber em saúde, reforçando ainda mais o benefício do método escolhido no presente trabalho.

# Referências

- ABEGUNDE, D. O. et al. *The burden and costs of chronic diseases in low-income and middle-income countries*. 2007. Disponível em: <[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(07\)61696-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(07)61696-1)>. Acesso em: 22 Mai. 2020. Citado na página 16.
- ALMEIDA, E. R.; MOUTINHO, C. B.; LEITE, M. T. de S. A prática da educação em saúde na percepção dos usuários hipertensos e diabéticos. *Saude em Debate*, p. 328–337, 2014. Citado na página 17.
- CARVALHO, F.; JUNIOR, R. T.; MACHADO, J. C. M. da S. Uma investigação antropológica na terceira idade: concepções sobre a hipertensão arterial. *Caderno de Saúde Pública*, p. 617–621, 1998. Citado na página 16.
- FUCHS, F. D. et al. Prevalência de hipertensão arterial sistêmica e fatores associados na região urbana de porto alegre. estudo de base populacional. *Arq Bras Cardiol*, p. 473–479, 1994. Citado na página 15.
- GUS, I. et al. Prevalência, reconhecimento e controle da hipertensão arterial sistêmica no estado do rio grande do sul. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, v. 83, p. 424–428, 2004. Citado na página 15.
- KEARNEY, P. M. et al. *Global burden of hypertension: analysis of worldwide data*. 2020. Disponível em: <[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(05\)17741-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(05)17741-1)>. Acesso em: 05 Mai. 2020. Citado na página 10.
- LESSA, I. *O adulto brasileiro e as doenças da modernidade: epidemiologia das doenças crônicas não transmissíveis*. São Paulo: Hucitec, 1998. Citado na página 16.
- LEWNGTON, S. et al. *Age-specific relevance of usual bloodpressure to vascular mortality: a meta-analysis of individual data for one million adults in 61 prospective studies*. 2002. Disponível em: <[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(02\)11911-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(02)11911-8)>. Acesso em: 29 Mai. 2020. Citado 2 vezes nas páginas 10 e 15.
- LIM, S. S. et al. *A comparative risk assessment of burden of disease and injury attributable to 67 risk factors and risk factor clusters in 21 regions, 1990–2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010*. 2012. Disponível em: <[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)61766-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)61766-8)>. Acesso em: 28 Mai. 2020. Citado na página 16.
- LIMA-COSTA, M. F.; PEIXOTO, S. V.; FIRMO, J. O. A. Validade da hipertensão arterial auto-referida e seus determinantes (projeto bambuí). *Revista de Saúde Pública*, p. 637–642, 2004. Citado 2 vezes nas páginas 15 e 17.
- MOZAFFARIAN, D. et al. Heart disease and stroke statistics. *Journal Circulation*, p. 131–134, 2015. Citado na página 16.
- ORGANIZATION, W. H. *Ageing and health*. 2020. Disponível em: <<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>>. Acesso em: 27 Mai. 2020. Citado na página 17.

- ORGANIZATION, W. H. *Health topics: chronic diseases*. 2020. Disponível em: <[https://www.who.int/health-topics/noncommunicable-diseases#tab=tab\\_1](https://www.who.int/health-topics/noncommunicable-diseases#tab=tab_1)>. Acesso em: 27 Mai. 2020. Citado na página 15.
- ORGANIZATION, W. H. *The World Health Report 2002: Reducing risks, promoting healthy life*. 2020. Disponível em: <[https://www.who.int/whr/2002/en/whr02\\_en.pdf](https://www.who.int/whr/2002/en/whr02_en.pdf)>. Acesso em: 27 Mai. 2020. Citado na página 15.
- PASSOS, V. M. de A.; ASSIS, T. D.; BARRETO, S. M. *Hipertensão arterial no Brasil: estimativa de prevalência a partir de estudos de base populacional*. 2020. Disponível em: <[http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1679-49742006000100003](http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742006000100003)>. Acesso em: 28 Mai. 2020. Citado na página 16.
- SANTOS, Z. M. de S. A.; LIMA, H. de P. Tecnologia educativa em saúde na prevenção da hipertensão arterial em trabalhadores: análise das mudanças no estilo de vida. *Texto Contexto Enferm.*, p. 90–97, 2008. Citado na página 17.
- SAÚDE, B. Ministério da. *Caderno de educação popular em saúde*. 2020. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno\\_educacao\\_popular\\_saude\\_p1.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_educacao_popular_saude_p1.pdf)>. Acesso em: 27 Mai. 2020. Citado na página 16.
- SAÚDE, B. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de. *Datasus. Informações de Saúde*. 2020. Disponível em: <<https://datasus.saude.gov.br/informacoes-de-saude-tabnet/>>. Acesso em: 28 Mai. 2020. Citado na página 15.
- SAWAIA, B. B. Análise psicossocial do processo saúde-doença. *Rev. Escola de enfermagem USP*, p. 105–110, 1994. Citado na página 16.
- SCALA, L. et al. Epidemiologia da hipertensão arterial sistêmica. *Arq. Bras. Cardiologia*, p. 780–785, 2015. Citado 2 vezes nas páginas 11 e 15.
- SPNIK, M. J. *Psicologia da saúde: a estruturação de um novo campo de saber*. São Paulo: Vozes Petrópolis, 2003. Citado na página 16.
- VASCONCELOS, M.; GRILLO, M. J. C.; SOARES, S. M. *Práticas pedagógicas em atenção primária à saúde: tecnologias para abordagem ao indivíduo, família e comunidade*. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2009. Citado na página 16.
- WEBER, M. et al. *Clinical Practice Guidelines for the Management of Hypertension in the Community: A Statement by the American Society of Hypertension and the International Society of Hypertension*. 2014. Disponível em: <<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/jch.12237>>. Acesso em: 28 Mai. 2020. Citado 2 vezes nas páginas 10 e 15.