

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

YASMIN REIS DOS SANTOS

**PROPOSTA DE PLANO DE AÇÃO PARA PREVENÇÃO DA
HIPERTENSÃO ARTERIAL EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES DAS
ESCOLAS DA ÁREA DE ABRANGÊNCIA DA ESF SERRA VERDE -
DIVINÓPOLIS / MG**

FORMIGA - MINAS GERAIS

2015

YASMIN REIS DOS SANTOS

**PROPOSTA DE PLANO DE AÇÃO PARA PREVENÇÃO DA
HIPERTENSÃO ARTERIAL EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES DAS
ESCOLAS DA ÁREA DE ABRANGÊNCIA DA ESF SERRA VERDE -
DIVINÓPOLIS - MG**

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

Orientadora: Profa. Dra. Matilde Meire Miranda Cadete

FORMIGA - MINAS GERAIS

2015

YASMIN REIS DOS SANTOS

**PROPOSTA DE PLANO DE AÇÃO PARA PREVENÇÃO DA
HIPERTENSÃO ARTERIAL EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES DAS
ESCOLAS DA ÁREA DE ABRANGÊNCIA DA ESF SERRA VERDE -
DIVINÓPOLIS - MG**

Banca Examinadora

Profa. Dra. Matilde Meire Miranda Cadete - orientadora

Profa. Dra. Maria Rizioneide Negreiros de Araújo - UFMG

Aprovado em Belo Horizonte, em 30/01/2015

RESUMO

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é um problema de saúde pública de grande magnitude e constitui importante fator de risco para eventos cardiovasculares, os quais representam uma das principais causas de morbidade e mortalidade em todo o mundo. Por iniciar-se na infância, o diagnóstico e o tratamento precoces são imprescindíveis para se reduzir esses riscos. Considerando a HAS a principal doença e a representatividade da população jovem (27%) na área de abrangência da ESF Serra Verde, torna-se evidente a relevância do serviço primário na promoção de saúde e prevenção de agravos. Assim, este estudo objetivou propor um plano de ação para prevenir a hipertensão arterial em crianças e adolescentes das escolas pertencentes à área de abrangência da Estratégia de Saúde da Família Serra Verde do município de Divinópolis / MG. A partir do diagnóstico situacional, definiu-se o problema para, então, elaborar o Planejamento Estratégico Situacional (PES). A fundamentação teórica deste trabalho se deu por pesquisa bibliográfica na base de dados da SciELO com os descritores: hipertensão arterial, pressão arterial, criança e infantil. A parceria intersetorial entre Saúde e Educação é significativa. Favorece a exequibilidade de ações preventivas e de educação em saúde aos escolares, evitando o desenvolvimento de morbidades futuras e complicações dela decorrentes.

Palavras chave: Hipertensão arterial. Pressão arterial. Criança. Infantil.

ABSTRACT

Systemic Arterial Hypertension (SAH) is a public health problem of great magnitude and an important risk factor for cardiovascular events, which represent a major cause of morbidity and mortality worldwide. For begin in childhood, diagnosis and early treatment are essential to reduce these risks. Considering the SAH major illness, and the representation of young people (27%) in the area covered by the ESF Serra Verde, it is clear the importance of primary care in health promotion and disease prevention. This study aimed to propose an action plan to prevent high blood pressure in children and adolescents in schools belonging to the area covered by the Estratégia de Saúde da Família Serra Verde of the municipality of Divinópolis / MG. From the situation analysis, we defined the problem to, then, develop the Situational Strategic Planning (SSP). The theoretical basis of this work was given by literature search in SciELO database with descriptors: hypertension, blood pressure, child and infant. Intersectoral partnership between health and education is significant. Favors the feasibility of preventive and health education to students, preventing the development of future morbidity and complications arising from it.

Keywords: Hypertension. Blood pressure. Child. Infant.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ASB	Auxiliar de Saúde Bucal
ACS	Agente Comunitário de Saúde
CAIC	Centro de Atenção Integral à Criança e ao adolescente
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
EACS	Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde
ESF	Estratégia de Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDEB	Índice de Desenvolvimento da Educação Básica
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
PES	Planejamento Estratégico Situacional
PSE	Programa Saúde na Escola
PROVAB	Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SIS	Sistema de Informação à Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TSD	Técnico de Saúde Dental

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	8
2 JUSTIFICATIVA	13
3 OBJETIVOS.....	14
4 METODOLOGIA.....	15
5 REFERENCIAL TEORICO.....	17
6 PROJETO DE INTERVENÇÃO.....	21
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	25
REFERÊNCIAS.....	26

1 INTRODUÇÃO

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é um problema de saúde pública de grande magnitude em todo o mundo. Constitui-se importante fator de risco para eventos cardiovasculares, os quais representam uma das principais causas de morbidade e mortalidade mundiais (NAGHETTINI *et al.*, 2010).

A HAS é definida pela persistência de níveis elevados de pressão arterial, de acordo com valores estabelecidos como normais, isto é, pressão sistólica e diastólica com valores de <120 <80, respectivamente (MOURA *et al.*, 2004). Acarreta, frequentemente, alterações funcionais e estruturais dos órgãos alvo (coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos) e metabólicas (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO. SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2010).

Trata-se de uma morbidade com alta prevalência e baixa taxa de controle. Estudos demonstram que a HAS no adulto inicia-se na infância (MOURA *et al.*, 2004). O diagnóstico e tratamento precoces são imprescindíveis para reduzir os riscos cardiovasculares (FULY *et al.*, 2013).

Atualmente, recomenda-se a aferição anual da pressão arterial, a partir dos três anos de idade. Essa verificação precoce da pressão arterial permite identificar a população escolar com alteração, direcioná-la ao tratamento adequado, minimizando os danos à saúde e ao rendimento escolar, no momento presente ou em um futuro (MARTINS *et al.*, 2012).

A HAS infantil só foi considerada existente a partir da década de 70. Sua detecção se dá a partir do percentil 95 de pressão arterial, cálculo que leva em conta gênero, idade e percentil de altura, de acordo com o *The National High Blood Pressure Education Program*, publicado nos Estados Unidos (FULY *et al.*, 2014).

Tendo em vista as inúmeras consequências da pressão arterial elevada, representando uma das principais razões dos eventos cardiovasculares fatais e não fatais faz-se imperioso seu controle.

Assim, como profissional de saúde, atuando no município de Divinópolis, Minas Gerais, ao realizar o diagnóstico situacional da nossa área de abrangência (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010), percebemos a importância de investir na prevenção e promoção da saúde de crianças e adolescentes escolares.

Antes, porém, de discorrer sobre os problemas identificados, é oportuno apresentar o município de Divinópolis onde está a unidade que foi o espaço para este estudo.

Divinópolis está localizada na região centro-oeste do estado a 121 Km da capital. É polo macrorregional e atende 55 municípios, agrupados em seis microrregiões. Possui 213.277 habitantes, segundo o censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), com população estimada de 226.345 habitantes, em 2013. A área total do município é de 708,115Km², com concentração habitacional de 300,82hab/Km². Possui aproximadamente 75.804 domicílios. A taxa de urbanização representa 97,4% o equivalente a 207.516 habitantes (IBGE, 2010).

Apresenta Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) médio-alto: 0,764 e Índice de Desenvolvimento da Educação Básica (IDEB), que representa a qualidade da educação a partir da observação do fluxo (progressão ao longo dos anos) e o desenvolvimento dos alunos (aprendizado) 6.4 - 10% acima da meta estabelecida para o ano de 2011. As principais atividades econômicas são metalurgia, indústria têxtil e confecções, indústria de bebidas, prestação de serviços de profissionais liberais, serviços dos três níveis da administração pública, comércio diversificado e escolas de ensino regular e superior.

De acordo com os dados do Sistema de Informação à Saúde (SIS), a população usuária da assistência à saúde no Sistema Único de Saúde (SUS) é de aproximadamente 72,14% (153.863 pessoas). O Programa de Saúde da Família foi implantando em Divinópolis em 1996, com 12 Unidades da Atenção Primária, cobrindo apenas 16% da população. A cobertura atual corresponde a 27%, com 20

Equipes de Saúde da Família. O município possui, também, duas Estratégias de Agentes Comunitários de Saúde (EACS), composta por um enfermeiro e agentes comunitários de saúde (ACS).

A Unidade de Saúde Serra Verde localiza-se na área urbana periférica, no Distrito de Saúde Noroeste, próximo a MG-050 e BR-494, na entrada do município. Está instalada em prédio próprio dentro do complexo do Centro de Atenção Integral à Criança (CAIC) e ao adolescente, do Programa Nacional de Atenção Integral à Criança e ao Adolescente (PRONAICA), do governo federal. Este complexo possui, também, área para creche, ginásio coberto, área para biblioteca, auditório, brinquedoteca, núcleo de ensino pedagógico, prédio principal das salas de aula, áreas de lazer e grande espaço de área verde.

Neste espaço físico, atua uma equipe completa de saúde da família: médico, enfermeiro, técnico de enfermagem, agentes comunitários de saúde (ACS), cirurgião dentista, técnico de saúde dental (TSD), auxiliar de saúde bucal (ASB), psicólogo, farmacêutico, fisioterapeuta, auxiliar de serviços gerais e referência de gestão.

O território abrange 974 famílias e 3.291 habitantes, segundo dados do Sistema de Informação da Atenção Básica (DIVINÓPOLIS, 2014). Há uma distribuição proporcional do sexo masculino (1.621 habitantes) e do sexo feminino (1.670 habitantes). O nível de alfabetização é de 98,44% (2.644 pessoas maiores de 15 anos). A maioria da população da área de abrangência possui serviço de luz elétrica: 99,07%, água: 98,14%, esgoto: 79,26% e coleta pública de lixo: 94,27%.

Segundo o SIAB (DIVINÓPOLIS, 2014), as principais doenças referidas na área de abrangência são: hipertensão arterial (465 habitantes), diabetes mellitus (125), alcoolismo (35), deficiência física (19), epilepsia (12), chagas (6).

As causas mais frequentes de consultas médicas de 'urgência' na Unidade de Saúde são: hipertensão arterial (HA), Infecções das Vias Aéreas Superiores (IVAS), pré-natal, lombalgia, asma/bronquite, diabetes, amigdalite, dor abdominal, resultado de exames e cefaleia.

De acordo com o DATASUS referente ao ano de 2014, as cinco principais causas de mortalidade no município, no ano de 2009, foram doenças do aparelho circulatório (31,9%), neoplasias (19,9%), doenças do aparelho respiratório (10,9%), causas externas (9,7%) e algumas doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas (6,41%) (BRASIL, 2014).

É evidente a relevância epidemiológica dos agravos cardiovasculares, especialmente relacionado ao aumento da pressão arterial, na área de abrangência da Estratégia de Saúde da Família Serra Verde. Outro aspecto visualizado é concernente à ausência de ações destinadas a alguns grupos de risco, como as crianças e os adolescentes, principalmente no âmbito preventivo e da educação em saúde.

A população jovem representa 27,9% (921 habitantes) da população total da área de abrangência, sendo 389 crianças (menor de um mês – 9 anos) e 532 adolescentes (10 – 19 anos). O distanciamento da população infantil e adolescente da Unidade de Saúde demonstra a necessidade de se planejar e executar ações voltadas para elas, visto que a aquisição de comportamentos e a instalação de quadros clínicos ocorrem, em sua maioria, a partir desta faixa etária e considerando o papel do serviço primário de saúde na promoção de saúde e prevenção de agravos.

Desse modo, neste estudo busca-se discutir alguns temas relacionados à Hipertensão Arterial na infância e na adolescência e propor ações e medidas para enfrentamento do problema no território da unidade ESF Serra Verde.

É válido destacar a importância do trabalho conjunto entre Escolas e Unidades Básicas de Saúde para maior efetividade das ações que serão desenvolvidas. Dessa maneira, as ações serão executadas no âmbito do Programa Saúde na Escola (PSE), o qual foi regulamentado em 2007 por meio do Decreto Presidencial nº 6.286, como uma política entre os Ministérios da Saúde e da Educação em prol de uma atenção integral aos escolares do ensino público.

Essa política objetiva a integração e articulação intersetorial permanentes, como forma de favorecer melhorias à qualidade de vida dos educandos. A formação

integral proposta visa enfrentar as vulnerabilidades que possam interferir no pleno desenvolvimento de crianças e jovens da rede pública de ensino, por meio de ações de promoção, prevenção e atenção à saúde. O planejamento dessas ações leva em conta o contexto escolar e social, o diagnóstico local em saúde e a capacidade operativa em saúde do educando.

2 JUSTIFICATIVA

De acordo com a tendência nacional, a hipertensão arterial representa a principal morbidade e a maior demanda espontânea aos serviços da Estratégia de Saúde da Família Serra Verde. Por se tratar de uma doença crônica, é imprescindível controlá-la para se evitar seus possíveis agravos. No nível primário de atenção é relevante não só tratar, mas prevenir danos adicionais e, principalmente, promover saúde para impedir a instalação de quadro clínico, nesse caso, em específico, hipertensão arterial. Nesse sentido, é nítida a necessidade de se implantar ações educativas à população jovem, considerando sua representatividade na área de abrangência da unidade Serra Verde.

Por representar uma faixa etária com poucas ações direcionadas pela atenção primária à saúde e por marcar o início da alfabetização e do aprendizado sobre a própria condição de vida, o planejamento de ações que visam prevenir a hipertensão arterial em crianças e adolescentes torna-se relevante. Educar sobre hábitos saudáveis de vida poderá evitar o desenvolvimento de morbidades futuras e das consequências delas decorrentes, como a redução no rendimento escolar e possível absenteísmo, interferência negativa nas atividades de vida diárias (MARTINS *et al.*, 2012).

Nesta perspectiva, o ambiente escolar surge como importante local para trabalhar essa temática, uma vez que favorece a construção de saberes para uma escolha consciente e para aquisição de comportamentos mais saudáveis. A participação de professores, coordenadores, equipe de saúde, escolares e familiares potencializa a operacionalização das ações e exhibe a grandiosidade do papel individual na construção coletiva da saúde (FIGUEIREDO; MACHADO; ABREU, 2010). Essa parceria demonstra a complementaridade de saberes dos diferentes atores e propicia assistir e, também, capacitar os indivíduos para um estilo de vida mais saudável (SISTON; VARGAS, 2007).

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Propor um plano de ação para prevenir a hipertensão arterial em crianças e adolescentes das escolas pertencentes à área de abrangência da Estratégia de Saúde da Família Serra Verde do município de Divinópolis - MG.

3.2 Objetivos Específicos

Elaborar ações intersetoriais, especialmente entre escola e equipes de saúde, voltadas para a educação em saúde dos escolares como forma de favorecer a promoção à saúde e prevenção de agravos.

Promover aproximação da população de crianças e adolescentes com os serviços de saúde da área de cobertura da ESF Serra Verde.

4 METODOLOGIA

Para elaboração do Plano de intervenção, fez-se, primeiramente, o diagnóstico situacional por meio do método de estimativa rápida (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010). Os dados foram coletados das seguintes fontes: registros da Unidade de Saúde e de fontes secundárias como Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB). Em reuniões de equipe, verificamos os problemas mais comuns da comunidade e em seguida priorizamos o problema, a partir da sua importância e da nossa capacidade de enfrentamento. Descrevemos o problema, caracterizando-o da maneira mais precisa possível. Através da identificação de suas causas, identificamos os nós críticos necessários para impactá-lo e transformá-lo.

Para a fundamentação teórica deste trabalho, foi feita pesquisa bibliográfica na Biblioteca Virtual em saúde (BVS), no *Scientific Electronic Library OnLine* (SciELO), utilizando os seguintes descritores de modo isolado ou em associação: hipertensão arterial, pressão arterial, criança, infantil,

A pesquisa nos bancos de dados foi no período de 2004 a 2014. Também foi utilizada a VI Diretriz Brasileira de Hipertensão.

Reafirma-se que a realização deste trabalho foi baseada no método do Planejamento Estratégico Situacional (PES), proposta por Carlos Matus (1989). Busca-se elaborar uma ação central coerente com as diferentes visões dos atores sociais inseridos em um contexto. Nessa metodologia, há três pontos que devem interagir-se dinamicamente: o projeto de governo - plano proposto pela equipe para se alcançar os objetivos; a governabilidade - variáveis ou recursos necessários para implementação do plano e a capacidade de governo - experiência e conhecimentos da equipe necessários para implementar o plano (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

O PES prevê quatro momentos para o processamento técnico-político dos problemas, são eles: explicativo, normativo, estratégico e tático-operacional.

O momento explicativo consiste no conhecimento da situação atual, com a identificação dos principais problemas da área de abrangência, priorização e seleção dos nós críticos, explicação do problema selecionado, identificação de suas causas e análise para identificação das principais causas a serem enfrentadas. O momento normativo envolve a elaboração de propostas para solucionar o problema evidenciado, assim como recursos e resultados esperados. O momento estratégico remete à análise e construção de viabilidade para execução das propostas elaboradas. O momento tático-operacional prevê a execução do plano de ação.

5 REFERENCIAL TEÓRICO

A busca pelos serviços de saúde é historicamente curativa. Visualiza-se uma cultura populacional de valorização à resolução de problemas e não de prevenção de seu surgimento ou de suas exacerbações. Mesmo após a implantação e ampliação das Estratégias de Saúde da Família, essa razão de busca pelos serviços de saúde ainda existe. Tão grandiosa como as ações dos demais níveis de atenção, são as de promoção à saúde e prevenção de agravos que embasam a Atenção Primária (SANTIAGO *et al.*, 2012).

De acordo com a Declaração da Alma Ata, a Atenção Primária à Saúde (APS)

[...] constitui um conjunto de cuidados essenciais de saúde [...] colocados ao alcance universal de indivíduos e famílias [...]. Representam o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, pelo qual os cuidados de saúde são levados o mais proximamente possível aos lugares onde pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1978, p. 1-2).

No Brasil, o Programa Saúde da Família (PSF) apresenta-se como a principal estratégia de configuração da Atenção Básica à Saúde (ABS) no país, implementada desde 1994, para operacionalizar o direito à saúde nos termos estabelecidos pela Constituição Federal. Nesse sentido, o PSF tem por objetivo melhorar a qualidade de vida da população, ao aproximar a saúde da família, favorecendo promoção, proteção, diagnóstico, tratamento e recuperação aos indivíduos, como preconizado pelo Sistema Único de Saúde (BRASIL, 1994).

Para atingir seus objetivos, a então denominada Estratégia de Saúde da Família (ESF) elege a família e o espaço social como núcleo básico de abordagem, estreitando, assim, os laços entre os serviços de saúde e a comunidade (SISSON, 2011).

Desse modo, as ações de promoção e prevenção preconizadas devem ser planejadas a partir do conhecimento da realidade local, por meio de parcerias e com a participação direta da comunidade. Deve abranger todos os grupos populacionais,

de acordo com as prioridades, atendendo às diretrizes do Sistema Único de Saúde de universalidade, integralidade e equidade (SANTIAGO *et al.*, 2012).

A hipertensão arterial nos escolares é uma condição clínica reconhecida há pouco tempo e, em sua maioria, negligenciada. Indubitavelmente, a detecção precoce da HAS favorece a identificação de causas secundárias e o surgimento e a progressão de possíveis eventos cardiovasculares (FULY *et al.*, 2014). Fatores associados à hipertensão arterial em adultos podem ser detectados na infância, especialmente daqueles com história familiar positiva às condições predisponentes, como o excesso de peso (NAGHETTINI *et al.*, 2010; FERREIRA; OLIVEIRA; FRANÇA, 2007).

As doenças cardiovasculares são as principais causas de morte, desde 1980, representando 31,9% das mortes no país e tem a hipertensão arterial como principal fator de risco. Elas fazem parte das doenças crônicas não transmissíveis por possuírem história natural prolongada, múltiplos e complexos fatores etiológicos e de risco e prognóstico geralmente ruim, ocasionando incapacidades e podendo levar à morte – representando 40% da mortalidade mundial (CHRISTOFARO *et al.*, 2011).

As rápidas mudanças no cotidiano anteciparam o surgimento de fatores de risco para a infância (FERREIRA; AYDOS, 2010), ocasionando redução significativa da vida produtiva (PINTO *et al.*, 2011).

Conforme comprovação de outros programas relatados na literatura, é relevante a atuação intersetorial da saúde e da educação na identificação de agravos à saúde, com atividades assistenciais, educativas e de vigilância. Objetiva-se buscar saúde e não doença (MARTINS *et al.*, 2012).

Segundo VI Diretriz Brasileira de Hipertensão (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO, SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2010, p. 3), “a prevenção primária e a detecção precoce são as formas mais efetivas de evitar as doenças e devem ser metas prioritárias dos profissionais de saúde”.

A HAS acomete cerca de 140 milhões de pessoas no continente americano, em que cerca de metade desta população desconhece ser portadora (PINTO *et al.*, 2011).

Estudos realizados em diversos países têm revelado alta prevalência de hipertensão arterial em crianças e adolescentes (CHRISTOFARO *et al.*, 2011).

No país, a HAS está instalada em maior proporção na população adulta, acometendo cerca de 23,3% de pessoas. Apesar disso, tem sido detectada em 4% da população menor de 18 anos de idade. Considerando a possibilidade ser desenvolvida na infância e de se prevenir complicações tardias e mais severas pelo maior tempo de exposição ao agravo, é importante a aferição rotineira da pressão arterial em indivíduos a partir dos três anos de idade (FERREIRA; FARIA; BAZONI, 2013).

Como destacado anteriormente, as ações serão desenvolvidas no âmbito do Programa Saúde na Escola (PSE), instituído pelo Decreto Presidencial nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007. O PSE propõe uma política intersetorial entre os Ministérios da Saúde e da Educação na perspectiva da atenção integral (prevenção, promoção e atenção) à saúde de crianças, adolescentes e jovens do ensino básico público (educação infantil, ensino fundamental e médio, educação profissional e tecnológica e na educação de jovens e adultos), no âmbito das escolas e/ou das unidades básicas de saúde, realizadas pelas Equipes de Saúde da Família conjuntamente com as equipes das escolas. Tem por objetivo integrar as redes de serviços do setor Educação e do Sistema Único de Saúde nos territórios, com o fortalecimento e sustentação da articulação entre as Escolas Públicas e as Unidades Básicas/Saúde da Família, por meio da realização de ações dirigidas aos alunos. A operacionalização das ações se dá a partir da nucleação das Escolas e Unidades Básicas de Saúde (BRASIL, 2007).

O PSE é estruturado em cinco grandes componentes: avaliação das condições de saúde; ações de promoção da saúde e prevenção de doenças e agravos; educação permanente e capacitação de profissionais da educação e da saúde e de jovens para o Programa Saúde na Escola; monitoramento e avaliação da saúde dos estudantes; monitoramento e avaliação do PSE (BRASIL, 2007).

A detecção precoce da hipertensão arterial é uma das ações preconizadas no primeiro componente (avaliação clínica) e tem relação com ações propostas no segundo (orientações sobre alimentação saudável e prática de atividade física) e no quarto componentes (pesquisa sobre o perfil nutricional).

O excesso de peso pode favorecer o surgimento de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), dentre elas a hipertensão arterial sistêmica. A avaliação da condição nutricional e de saúde das crianças e adolescentes tem se mostrado valiosa por permitir detectar essa morbidade silenciosa, que se instala nessa faixa etária e pode acarretar severos efeitos degenerativos e custos elevados aos cofres públicos (NORONHA *et al.*, 2012).

Esse trabalho junto aos escolares visa à obtenção de conhecimentos por meio da compreensão e apropriação dos saberes, a partir da interação e cooperação entre os sujeitos e não como algo a ser transmitido e incorporado (SISTON; VARGAS, 2007). Objetiva-se que transformem a informação científica em comportamentos saudáveis e escolhas conscientes (SANTIAGO *et al.*, 2012).

6 PROJETO DE INTERVENÇÃO

Momento Explicativo

Para realizar o diagnóstico da área de abrangência, buscaram-se informações nos dados no SIAB (2014) e nos registros da Unidade de Saúde sobre as doenças mais prevalentes e as causas mais frequentes de consultas não programadas. Após identificar os problemas, procedeu-se à priorização daqueles mais urgentes e com maior capacidade de enfrentamento. Considerando a HAS como a principal doença visualizada, seu potencial de agravo, sua possível instalação na faixa etária infantil ou adolescente, a ausência de ações de saúde voltadas para essa população e o papel preventivo e de promoção à saúde da Atenção Primária, objetivou-se promover ações de prevenção da hipertensão arterial em crianças e adolescentes das escolas da área de abrangência da ESF Serra Verde, que representam 27,9% (921 habitantes) da população total da área de abrangência.

Ações preventivas direcionadas para esse grupo evitam o desenvolvimento de morbidades futuras e complicações dela decorrentes. Educação sobre hábitos saudáveis de vida propiciam a promoção da saúde e evita a aquisição de possíveis patologias, especialmente as mais prevalentes na população adscrita. Os nós-críticos envolvem a organização do atendimento da Unidade de Saúde mais voltado para as urgências e determinados grupos de risco, a necessidade de mudanças de hábitos de vida ou aquisição de comportamentos mais saudáveis e a cultura populacional pela busca da cura da doença e, não, da saúde.

Momento Normativo

Como dito anteriormente, o momento normativo envolve a elaboração de propostas para solucionar o problema evidenciado. Em nosso estudo, o projeto de intervenção proposto consiste na aferição da pressão arterial, avaliação antropométrica, orientações referentes à alimentação saudável e à prática de atividade física no ambiente escolar. Objetiva-se estabelecer parceria entre saúde e educação, a fim de obter efeitos sinérgicos; ao propiciar a integração de diretores, professores,

funcionários da escola, alunos, equipe multidisciplinar de saúde, gestores da saúde e da educação em prol de uma atenção integral aos educandos, aproximando-os das ações de saúde em um ambiente já frequentado por eles.

Planeja-se utilizar os recursos da saúde e da escola integrados. Os aparatos para realização das avaliações de saúde serão provenientes da Unidade de Saúde, o espaço físico escolar e a didática dos professores aliada ao conhecimento dos profissionais de saúde.

Espera-se obter uma incorporação das ações educativas no projeto pedagógico da escola, para favorecer a reflexão constante dos alunos e habilitá-los a fazer escolhas conscientes, em favor de uma vida com mais qualidade e, possivelmente, livre de morbidades.

Momento estratégico

O momento estratégico remete à análise e construção de viabilidade para execução das propostas elaboradas. Considerando a alocação dos enfermeiros do Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (PROVAB) no Programa Saúde na Escola, a parceria entre saúde e educação favorecerá a operacionalização das ações.

A proposta de reorganização do processo de trabalho para incorporação de atividades, especialmente educativas e de prevenção voltadas à população jovem, é controlada pela equipe e gestores da saúde; a modificação dos hábitos de vida depende da atuação e abordagem sinérgica da equipe de saúde e da escola, além dos recursos financeiros da secretaria de saúde; e a modificação da mentalidade da comunidade para a busca de saúde e não pela cura de doenças é influenciada pela abordagem da equipe de saúde e da escola e pela mobilização da própria comunidade. Todos esses projetos têm operacionalização favorável, diante dos recursos requeridos e dos atores que os controlam, como mencionado.

Momento tático-operacional

O momento tático-operacional prevê a execução do plano. Serão realizadas reuniões com a diretoria da escola para inserção das ações de avaliação clínica no calendário escolar e a fim de inserir conteúdos educativos de saúde no projeto pedagógico.

A pressão arterial (PA) será aferida de acordo com as recomendações das VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial da Sociedade Brasileira de Cardiologia. Antes de iniciar o procedimento em ambiente silencioso e calmo, será certificado de que o paciente não esteja com a bexiga cheia, não tenha realizado exercícios físicos nos últimos 60 minutos, não tenha ingerido café ou outros alimentos que possam interferir na leitura da pressão e esteja com as pernas descruzadas. A obtenção da circunferência do braço favorecerá a escolha correta do manguito. Será utilizado esfigmomanômetro aneroide, devidamente calibrado, para a aferição por método auscultatório indireto, em braço posicionado na altura do coração. Serão realizadas três medidas, com intervalo de um minuto entre elas para obter como valor real da PA, fazendo-se depois a média das duas últimas.

Será também realizada a avaliação antropométrica, em balança digital e antropômetro vertical certificados pelo Inmetro, para verificação da condição nutricional e para favorecer a análise da PA, que leva em conta a altura, a idade e o sexo.

Atividades educativas concernentes à alimentação saudável e à prática regular de exercícios físicos serão realizadas de maneira contínua e incorporadas ao conteúdo escolar para reforçar a grandiosidade dos hábitos saudáveis para uma vida melhor e possivelmente livre de morbidades.

Considerando que esses momentos são interdependentes e alternantes, é necessário (re) avaliá-los constantemente. Construir diferentes cenários de atuação, redefinindo prazos, estratégias, recursos e revendo a viabilidade para êxito do plano e avaliação do seu impacto.

Dessa maneira, espera-se que essas ações sejam incorporadas definitivamente tanto no planejamento das ações de saúde da ESF, quanto na programação escolar.

Pretende-se que haja periodicidade nas avaliações e nas atividades educativas aos escolares, fortalecendo os laços desta parceria intersetorial e favorecendo a melhoria da qualidade de vida de sua população, com a corresponsabilização de todos os seus atores.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Espera-se que a implementação do plano de intervenção possa contribuir para a melhoria da qualidade de vida da população adscrita à ESF Serra Verde; especialmente dos jovens, os quais estão fazendo as escolhas que refletirão em suas vidas futuras.

É necessária a efetivação de um trabalho permanente de educação em saúde e avaliação clínica das crianças e adolescentes. Objetiva-se uma incorporação deste projeto no planejamento das ações da ESF, assim como no projeto pedagógico escolar.

O estabelecimento de parceria entre saúde e educação favorecerá a exequibilidade das propostas e potencializará os resultados das ações com a participação de todos os envolvidos nesse processo de atenção integral aos escolares.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Banco de dados do SUS. **DATASUS**. Disponível em: <www.datasus.gov.br>. Acesso em: maio 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa de Saúde da Família**. Brasília, COSAC, 1994.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para assuntos jurídicos. **Decreto nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007**. Brasília: Casa Civil, 2007.

CAMPOS, F. C. C. de; FARIA, H. P. de; SANTOS, M. A. dos. **Planejamento estratégico situacional**. 2 ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010. 118p. : il.

CHRISTOFARO, D. G. D. *et al.* Prevalência de pressão arterial elevada em crianças e adolescentes: revisão sistemática. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 11, n. 4, p. 361-367, 2011.

FERREIRA, A. P.; OLIVEIRA, C. E. R.; FRANÇA, N. M. Síndrome metabólica em crianças obesas e fatores de risco para doenças cardiovasculares de acordo com a resistência à insulina (HOMA-IR). **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 83, n. 1, p. 21-6, 2007.

FERREIRA, C. E. F.; FARIA, R. J.; BAZONI, P. S. Hipertensão arterial em crianças e adolescentes moradores da região do Caparaó, ES – Brasil. **Revista Brasileira de Cardiologia**, v. 26, n. 4, p. 267-71, 2013.

FERREIRA, J. S.; AYDOS, R. D. Prevalência de hipertensão arterial em crianças e adolescentes obesos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 1, P. 97-104, 2010.

FIGUEIREDO, T. A. M.; MACHADO, V. L. T.; ABREU, M. M. S. A saúde na escola: um breve resgate histórico. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 2, p. 397-402, 2010.

FULY, J. T. *et al.* Evidências de subdiagnóstico e marcadores de risco de pressão arterial elevada em crianças de 6 a 13 anos. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 90, n. 1, p.65–70, 2014.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Cidades: Divinópolis/MG. **Censo demográfico 2010**. Disponível em: <www.ibge.gov.br>. Acesso em: maio 2014.

MARTINS, V. L. G. S. *et al.* Programa Pincel Mágico: avaliação das condições de saúde de escolares dos primeiro e segundo anos do ensino fundamental. **Revista Paulista de Pediatria**, v. 30, n. 4, p. 486-92, 2012.

DIVINÓPOLIS. **Sistema de Informação da Atenção Básica – SIAB**. Divinópolis, Abril 2014.

MOURA, A. A. *et al.* Prevalência de pressão arterial elevada em escolares e adolescentes de Maceió. **Jornal de Pediatria**, v. 80, n. 1, 2004.

NAGHETTINI, A. V. *et al.* Avaliação dos Fatores de Risco e Proteção Associados à Elevação da Pressão Arterial em Crianças. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, v. 94, n. 4, 2010.

NORONHA, J. A. F. *et al.* Pressão arterial elevada em crianças e adolescentes com excesso de peso. **Revista Brasileira de crescimento e desenvolvimento humano**, São Paulo, v. 22, n. 2, 2012.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Conferência Internacional sobre Cuidados primários de saúde. **Declaração de Alma-Ata**. URSS: 6-12 de setembro de 1978.

PINTO, S. L. *et al.* Prevalência de pré-hipertensão e de hipertensão arterial e avaliação de fatores associados em crianças e adolescentes de escolas públicas de Salvador, Bahia, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 6, p. 1065-1076, 2011.

SANTIAGO, L. M. *et al.* Implantação do Programa Saúde na Escola em Fortaleza-CE: atuação de equipe da Estratégia Saúde da Família. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 65, n. 6, p. 1026-9, 2012.

SISSON, M. C. *et al.* Estratégia de Saúde da Família em Florianópolis: integração, coordenação e posição na rede assistencial. **Revista Saúde e Sociedade** [online], v. 20, n. 4, pp. 991-1004, 2011.

SISTON, A. N.; VARGAS, L. A. O enfermeiro na escola: Práticas educativas na promoção da saúde dos escolares. **Enfermeria Global**, n. 11, 2007.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO. SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**; v.95, supl.1, p. 1-51, 2010.