

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO GESTÃO DO CUIDADO EM SAÚDE DA
FAMÍLIA**

HENRIQUE VAZ DE AZEVEDO LISBOA

**PLANO DE INTERVENÇÃO PARA A PREVENÇÃO E CONTROLE
DA HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA NA COMUNIDADE
LUZIA AUGUSTA SILVA, NO MUNICÍPIO DE OURO
BRANCO/MINAS GERAIS**

BELO HORIZONTE/ MG

2018

HENRIQUE VAZ DE AZEVEDO LISBOA

**PLANO DE INTERVENÇÃO PARA A PREVENÇÃO E CONTROLE
DA HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA NA COMUNIDADE
LUZIA AUGUSTA SILVA, NO MUNICÍPIO DE OURO
BRANCO/MINAS GERAIS**

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

Orientador: Professora Dra. Maria Marta Amâncio
Amorim

BELO HORIZONTE/ MG

2018

HENRIQUE VAZ DE AZEVEDO LISBOA

**PLANO DE INTERVENÇÃO PARA A PREVENÇÃO E CONTROLE
DA HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA NA COMUNIDADE
LUZIA AUGUSTA SILVA, NO MUNICÍPIO DE OURO
BRANCO/MINAS GERAIS**

Examinador 1: Professora Dr^a Maria Marta Amancio Amorim. Orientadora

Examinador 2 – Professora Dr^a Isabel Aparecida Porcatti de Walsh–
Universidade Federal do triângulo Mineiro (UFTM).

Aprovado em Uberaba, em 25 de fevereiro de 2018.

BELO HORIZONTE/ MG

2018

RESUMO

Considerada um problema de saúde pública a hipertensão arterial sistêmica (HAS) tem atingido milhares de pessoas, principalmente por se tratar de uma doença silenciosa. Um plano de intervenção se faz necessário para reduzir o crescimento da incidência da HAS, visando a melhoria da qualidade da assistência prestada aos pacientes pela Equipe de Saúde da Família. Para o controle da HAS, além de mudanças de hábitos, é necessário aumentar o atendimento para os pacientes mais graves além de investir na promoção e prevenção a saúde. Nesse contexto, o objetivo desse estudo foi propor um plano de intervenção para a Equipe de Saúde da Família da comunidade de Luzia Augusta Silva, no Município de Ouro Branco, para o enfrentamento de atendimento de pacientes portadores de HAS. Para tanto, foi utilizado o método simplificado do Planejamento Estratégico Situacional, com pesquisas em teses e artigos científicos nas bases de dados da Biblioteca Virtual em Saúde, utilizando os Descritores em Ciências da Saúde: hipertensão, estratégia saúde da família e atenção primária à saúde. Utilizaram-se também os dados da comunidade de Luzia Augusta Silva. Espero reduzir o número de pacientes hipertensos e que uma forma geral a população assuma compromisso com sua própria saúde

Palavras-chave: Hipertensão. Estratégia de Saúde da Família. Atenção Primária à Saúde

ABSTRACT

Considered a public health problem, systemic arterial hypertension (SAH) has reached thousands, mainly because it is a silent disease. An intervention plan is necessary to reduce the growth of the incidence of hypertension, aiming to improve the quality of care provided to patients by the Family Health Team. For the control of SAH, in addition to changes in habits, it is necessary to increase care for the most serious patients, besides investing in health promotion and prevention. In this context, the objective of this study was to propose an intervention plan for the Family Health Team of the community of Luzia Augusta Silva, in the Municipality of Ouro Branco, in order to cope with the care of patients with SAH. For that, the simplified method of Situational Strategic Planning was used, with researches in theses and scientific articles in the databases of the Virtual Health Library, using Descriptors in Health Sciences: hypertension, family health strategy and primary health care. The data of the community of Luzia Augusta Silva were also used. I hope to reduce the number of hypertensive patients and that in a general way the population assumes commitment to their own health

Key words: Hypertension. Family Health Strategy. Primary Health Care

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS - Agentes Comunitários de Saúde

APS - Atenção Primária Saúde

DCV - Doenças Cardiovasculares

ESF - Equipe Saúde Família

HAS - Hipertensão Arterial Sistêmica

IDHM - Índice de Desenvolvimento Humano

IFMG - Instituto Federal de Minas Gerais

NASF - Núcleo de Apoio à Saúde da Família

PA - Pressão Arterial

PAD - Pressão Arterial Diastólica

PAS - Pressão Arterial Sistólica

PEC - Prontuário Eletrônico do Cidadão

PES - Planejamento Estratégico Situacional

SUS - Sistema Único de Saúde

UBS – Unidade Básica Saúde

UFSJ - Universidade Federal de São João Del-Rei

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 - Classificação dos problemas identificados pela Equipe Saúde da família- Comunidade Luzia Augusta Silva.....	13
Quadro 2 - Descrição do problema	26
Quadro 3 - Desenho das operações para resolução dos “nós” críticos do problema da elevada prevalência de hipertensão na população da Comunidade Luzia Augusta Silva.....	27
Quadro 4 - Identificação dos Recursos Críticos do problema da elevada prevalência de hipertensão na população da Comunidade Luzia Augusta Silva	28
Quadro 5 - Operações, Recursos e Ações Estratégicas do problema da elevada prevalência de hipertensão na população da Comunidade Luzia Augusta Silva	30
Quadro 6: Plano operativo para enfrentamento do problema da elevada prevalência de hipertensos da população da Comunidade Luzia Augusta Silva	31

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	9
1.1 Breves informações sobre o município	9
1.2 O sistema municipal de saúde	10
1.3 A Equipe de Saúde da Família Geraldo de Oliveira Silva, seu território e sua população.....	11
1.4 Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade (primeiro passo)	12
1.5 Priorização dos problemas (segundo passo)	13
2 JUSTIFICATIVA	15
3 OBJETIVOS	16
3.1 Objetivo geral	16
3.2 Objetivos específicos	16
4 METODOLOGIA	17
5 REVISÃO	18
5.1 Estratégia Saúde da Família	18
5.2 Hipertensão Arterial Sistêmica	20
5.3 Tratamento da Hipertensão Arterial Sistêmica	22
5.4 Controle da Hipertensão Arterial Sistêmica.....	24
6 PLANO DE INTERVENÇÃO	26
6.1 Descrição do Problema Selecionado	26
6.2 Explicação do Problema Selecionado	26
6.3 Seleção dos “nós críticos”	27
6.4 Desenho das operações.....	27
6.5 Identificação dos recursos críticos	28
6.6 Análises de viabilidade do plano	29
6.7 Elaboração do plano operativo.....	30
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	32
REFERÊNCIAS.....	33

1 INTRODUÇÃO

1.1 Breves informações sobre o município

A cidade de Ouro Branco encontra-se localizada na região sudeste do Brasil, com população estimada em 38.249 habitantes. A atividade principal na atualidade é a indústria do aço, inaugurada pela Gerdau Açominas S.A. Finalizar colocando o que você espera que aconteça com a implantação do Plano (OURO BRANCO, 2017).

História, cultura, arte e natureza são as riquezas que a cidade de Ouro Branco possui. A Serra do Ouro Branco foi tombada pelo Instituto Estadual do Patrimônio Histórico e Artístico de Minas Gerais, em 07/11/1978, destacando pela beleza paisagística inigualável. No alto da serra se encontra um mirante, de onde se tem ampla visão da cidade. Possui uma boa estrada e muitas trilhas, que conduzem a várias nascentes de cachoeiras (OURO BRANCO, 2017).

Um dos pontos turísticos mais importantes de Ouro Branco, a Casa de Tiradentes faz parte da história da Inconfidência Mineira, porque ali Tiradentes e os inconfidentes se encontravam (OURO BRANCO, 2017).

Ouro Branco possui três igrejas: Igreja Matriz de Santo Antônio, Capela Nossa Senhora Mãe dos Homens e Igreja de Santo Antônio de Itatiaia.

Quanto à educação, a cidade possui trinta escolas municipais, seis estaduais, dezenove privadas e duas instituições federais de ensino superior: o Campus Alto Paraopeba da Universidade Federal de São João del-Rei (UFSJ) situada na divisa de Congonhas e Ouro Branco e o Campus Ouro Branco do Instituto Federal de Minas Gerais (IFMG) (OURO BRANCO, 2017).

A UFSJ oferece cinco cursos de graduação: Engenharia Civil, Engenharia de Bioprocessos, Engenharia de Telecomunicações, Engenharia Mecatrônica, Engenharia Química. O IFMG, por sua vez, oferece os cursos de: Bacharelado em Sistemas de Informação, Licenciatura em Pedagogia, Bacharelado em Engenharia Metalúrgica, Bacharelado em Administração. Ensino médio integrado aos cursos técnicos em Administração, Informática e Metalurgia (OURO BRANCO, 2017).

O Índice de Desenvolvimento Humano (IDHM) de Ouro Branco é 0,764, em 2010, o que situa esse município na faixa de Desenvolvimento Humano Alto (IDHM entre 0,700 e 0,799). A dimensão que mais contribui para o IDHM do município é Longevidade, com índice de 0,872, seguida de Renda, com índice de 0,753, e de Educação, com índice de 0,680(OURO BRANCO, 2017).

As belezas naturais estão entre as atrações da cidade de Ouro Branco, destacando o Parque Estadual da Serra com área aproximada de 1.614 hectares, formada por um paredão com cerca de 20km de extensão, que possui uma flora e fauna rica e diversificada, além de belas cachoeiras e piscinas naturais (OURO BRANCO, 2017).

A cidade possui belezas artísticas-culturais, como os casarões do centro histórico e o conjunto arquitetônico e paisagístico da Capela de Santana e a casa-sede da Fazenda Pé do Morro, localizado a 4km da área urbana, aos pés da serra de Ouro Branco e às margens da Estrada Real (OURO BRANCO, 2017).

A cidade tem também como lazer o Festival Gastronômico "Tira Gosto Cultural", que é um verdadeiro festival de cores e sabores, conta com apresentações musicais, teatro, manifestações tradicionais e muita gastronomia e o Festival de Inverno, que ocorre durante o inverno e atrai muitos turistas pelas oficinas e shows. Além disso, a Festa da Batata que acontece no mês de outubro, com shows nacionais e regionais. Além disso, mostra a tradição do cultivo da batata no Município com pratos típicos e a eleição da Rainha da Batata (OURO BRANCO, 2017).

1.2 O sistema municipal de saúde

Na saúde, Ouro Branco é uma microrregião pertencente ao município de Barbacena. Hoje conta com mais 60% do financiamento de saúde com recursos próprios e demais dos governos estadual e federal. Possui dez Unidades Básicas de Saúde (UBS): José Pereira Sobrinho, José Luiz Mapa, Geraldo de Oliveira Silva, Luzia Augusta, José Silas Coelho, 1º de Maio, Nova Serrana, Siderurgia, Pioneiros, Cristiano da Costa Lima e Donato Severino de Souza. As unidades são construídas em terrenos da Prefeitura, com estrutura adequada, permitindo um atendimento mais humanizado e com mais qualidade(OURO BRANCO, 2017).

A Saúde da Família é entendida como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial, operacionalizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais em UBS. Estas equipes são responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias, localizadas em uma área geográfica delimitada. As equipes atuam com ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes, na manutenção da saúde desta comunidade (OURO BRANCO, 2017).

A cidade possui dois hospitais e dez UBS que, apesar de estar longe do ideal, tem uma abrangência de 80% da população, sendo também referência para consulta de média e alta complexidade. Os hospitais gerais são um público e outro privado. O hospital público é composto por 26 leitos e o privado em torno de 40 leitos. O Município possui três laboratórios clínicos, dos quais um é público e dois, privados e conveniados ao Sistema Único de Saúde(SUS).

Ouro Branco possui 11 farmácias: Drogacentro, Drogaria Horizonte, Drogaria Ouro Branco, Drogabello, Drogaria Vale do Aço, Drogaria Santa Terezinha, Drogaria São Francisco de Assis, Drogaria São Judas Tadeu, Drogaria Inconfidentes, Droganossa e Drogaria Lana.

1.3 A Equipe de Saúde da Família Geraldo de Oliveira Silva, seu território e sua população

A UBS Geraldo de Oliveira Silva foi criada no ano de 2011, fruto da divisão da unidade denominada Nova Serrana, que se encontrava com uma demanda alta de usuários. Hoje atende seis micros áreas, totalizando aproximadamente 5400 usuários, sendo desses somente 4518 cadastrados e um total de 1339 famílias. Atua numa área onde maior parte da população, sendo SUS dependente. Atualmente, a unidade conta com atendimento clínico, procedimento médico de baixa complexidade, rastreamento de câncer de colo uterino, atendimento pediátrico quinzenal. A Equipe Saúde Família (ESF) da UBS Geraldo de Oliveira e Silva, hoje, encontra-se constituída por seis Agentes Comunitários de Saúde(ACS), duas técnicas, uma enfermeira e um médico, com apoio de uma psicóloga, uma nutricionista e uma fonoaudióloga que são componentes do Núcleo de Apoio à Saúde

da Família (NASF). A unidade funciona de segunda a sexta de 7 as 17hs, com intervalo de almoço de 12 às 13 horas.

O trabalho da equipe cumpre a agenda e o serviço burocrático de consultas de rastreamento de câncer de colo uterino, pré-natal e puericultura, atendimento médico que representam 90% da demanda. Tentativas de seguimento de prevenção e educação vem sempre sendo iniciadas, apresentando dificuldade de continuidade. Hoje a coordenação apresenta um projeto de implementação de agenda avançada buscando maior acolhimento da demanda espontânea, que não tem sido visto com bons olhos pela equipe, já que aparentemente a equipe está sobrecarregada e conta com um número estimado de 800 usuários descobertos. A equipe se encontra esperançosa com implementação do Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC) para diminuir burocracia.

A ESF Geraldo de Oliveira e Silva é constituída por cinco bairros, sendo Luzia Augusta, Flores, Serra, Campo Novo e Alto Chalé. A comunidade Luzia Augusta onde será realizado o trabalho está localizada na periferia do município, e na maioria é constituída por famílias de baixa renda, sendo grande parte da população, contemplados por programas habitacionais do município. Possui grande número de desempregados e como consequência vem aumentando os índices de violência e de usuários de drogas.

A ESFGeraldo de Oliveira e Silva, em sua área de abrangência, prioriza os principais problemas de saúde, para realizar um planejamento de melhorias e manter um meio de proximidade com a comunidade. Dessa forma, fica mais fácil fazer um levantamento de problemas e buscar possíveis soluções.

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

Os problemas da comunidade Luzia Augusta Silva estão relacionados à infraestrutura, falta de equipamentos de trabalho, uso indiscriminado de ansiolíticos e antidepressivos, dentre outros, destacando o alto índice de descontrole de doenças crônicas, principalmente a alta prevalência de pacientes hipertensos.

Segundo o Viver, banco de dados dos usuários do sistema de saúde do município que integra todos os níveis de atenção a saúde, em abril de 2017 havia 608 hipertensos cadastrados na comunidade Luzia Augusta.

1.5 Priorização dos problemas (segundo passo)

O Quadro 1 traz a priorização dos problemas identificados pela ESF Comunidade Luzia Augusta Silva, onde será realizado o trabalho.

Quadro 1 - Classificação dos problemas identificados pela Equipe Saúde da família- Comunidade Luzia Augusta Silvana cidade de Ouro Branco – Minas Gerais.

Principais Problemas	Importância	Urgência	Capacidade de Enfrentamento	Seleção
Alta prevalência de hipertensos	Alta	6	Parcial	1
Prevalência de diabetes tipo 2	Alta	5	Parcial	2
Usuários de drogas ilícitas	Alta	4	Fora	3
Uso indiscriminado de ansiolíticos e anti-depressivos	Alta	3	Parcial	4
Transtorno mental	Alta	2	Parcial	5
Tabagismo	Alta	1	Parcial	6

Fonte: Autoria própria, 2018

Os problemas identificados pela ESF Comunidade Luzia Augusta Silva são classificados de 1 a 6, pela importância, urgência, capacidade de enfrentamento e seleção, sendo a mais urgência, a hipertensão arterial sistêmica (HAS).

Todos os problemas são de alta importância, sendo a mais grave a alta prevalência de hipertensos, seguida da diabetes tipo 2, usuários de drogas ilícitas, uso indiscriminado de ansiolíticos e antidepressivos, transtorno mental e por último o tabagismo. A capacidade de enfrentamento dos problemas é parcial, exceto no caso de usuários de drogas ilícitas, que está fora.

O estudo em referência tem como proposta, a realização de um plano de intervenção de controle de hipertensão arterial sistêmica (HAS) na comunidade de Luzia Augusta Silva, localizada no município de Ouro Branco-MG.

2 JUSTIFICATIVA

A HAS é definida como a elevação da pressão arterial (PA) acima dos limites normais. Considera-se hipertensos os adultos que tem pressão arterial sistólica (PAS) com valores iguais ou superiores a 140mmhg e ou cuja pressão arterial diastólica (PAD), igual ou maior que 90mmhg, em 2 ou mais ocasiões, em ausência de medicamentos anti-hipertensivos (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2016).

Segundo Giroto et al. (2013) são vários fatores que contribuem para o aumento da PA, destacando a idade avançada, obesidade, sedentarismo, dentre outros, e para o controle é necessário a adesão ao tratamento. Todavia, segundo o autor, estudos vêm demonstrando que são baixos os níveis de adesão ao tratamento da HAS, sendo que os maiores índices estão associados a serviços de saúde especializados. A HAS constitui um fator de risco para complicações cardíacas e cerebrais. Para a prevenção e o controle da HAS é importante utilizar estratégias e abordagens para identificar com mais precisão os pacientes em situação de risco (RADOVANOVIC et al., 2014).

A ESF da Comunidade de Luzia Augusta Silva, devido à falta de infraestrutura e equipamentos, e com a alta prevalência de HAS não consegue atender de forma adequada todos os pacientes com essa patologia. Nesse contexto, é necessário propor um plano de intervenção na assistência prestada pela Equipe da Saúde da ESF da Comunidade Luzia Augusta, no município de Ouro Branco/MG, para o tratamento desses usuários.

Trata-se de um tema relevante, pois faz uma abordagem sobre o tratamento da HAS, com a elaboração de um plano de intervenção que possibilite a ESF enfrentar a alta prevalência de hipertensos de forma mais adequada.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Propor um plano de intervenção para a ESF da comunidade de Luzia Augusta Silva, no Município de Ouro Branco, para o enfrentamento de atendimento de pacientes portadores de HAS.

3.2 Objetivos específicos

Caracterizar a HAS.

Analisar as complicações relacionadas com a HAS.

Descrever o tratamento medicamentoso e não medicamentoso.

4 METODOLOGIA

Pesquisas em teses, artigos científicos foram realizadas utilizando a base de dados da Biblioteca Virtual em Saúde, utilizando os Descritores em Ciências da Saúde: hipertensão, estratégia saúde da família e atenção primária à saúde. Também foram utilizados dados da comunidade de Luzia Augusta Silva.

Para a elaboração da pesquisa foi utilizado o método simplificado do Planejamento Estratégico Situacional– PES(CAMPOS; FARIA, SANTOS, 2010).

O método de pesquisa PES possui quatro estágios, sendo o primeiro, o momento explicativo em que o pesquisador conhece a situação, buscando identificar, priorizar e analisar os problemas; no segundo estágio ocorre a elaboração de propostas de soluções, no caso, o alto índice de HAS; no terceiro estágio são analisadas as propostas de solução elaboradas, formulando estratégias para alcançar o objetivo proposto; já no quarto é último estágio ocorre o momento tático-operacional, ou seja, a execução do plano, onde serão utilizadas estratégias para que a equipe de saúde possa solucionar o problema identificado (CAMPOS; FARIA, SANTOS, 2010).

5 REVISÃO

5.1 Estratégia Saúde da Família

A Estratégia Saúde da Família (ESF) é objeto de discussão constante, visto tratar de um tema cuja ideia é educar para prevenir. A melhoria das condições de saúde da população, aumento da perspectiva de vida são baseadas nas concepções de Educação em Saúde que permeiam os discursos dos profissionais da Estratégia Saúde da Família (BESEN et al., 2007).

A educação em saúde é considerada uma prática essencial ao trabalho em saúde, mas muitas vezes estão banidas a um segundo plano no planejamento e organização dos serviços, na execução das ações de cuidado e na própria gestão. Tem como intuito promover ações de caráter educativo, reflexivo, como forma de valorizar e prevenir doenças

Trata-se de uma prática que permite o envolvimento de profissionais de saúde que valorizem a prevenção e a promoção tanto quanto as práticas curativas. Os gestores devem apoiar esses profissionais e a população necessita construir conhecimentos e aumentar a autonomia nos cuidados, individual e coletivamente.

Tem como meta ensinar as pessoas a viverem de forma mais saudável possível, através das práticas educativas e estimular a consciência através da integração dos profissionais de saúde(FALKENBERG et al., 2014).

A Promoção da Saúde, na prática das ações de educação, pressupõe que os indivíduos aumentem o controle sobre suas vidas, através da participação em grupos. Assim, a prevenção dos agravos à saúde não é tratada isoladamente, mas como uma das metas a serem atingidas para a melhoria da qualidade de vida(BESEN et al., 2007).

No Brasil, a ESF foi criada pelo Ministério da Saúde, em 1994, inicialmente com o nome de Programa Saúde da Família, sendo considerada uma importante estratégia para reorganizar as práticas na Atenção Primária à Saúde (APS) e reorientar o sistema de saúde brasileiro. Trata-se da articulação dos demais níveis de complexidade de atenção com a APS, que garante a integralidade das ações e a continuidade do cuidado. É um modelo pautado no trabalho em equipe, priorização da família em seu território, acolhimento, vínculo, ações de prevenção e promoção da saúde, sem descuidar do tratamento e reabilitação (GARUZI et al., 2014).

A assistência à ESF é alicerçada na equipe multiprofissional, considerada um elemento importante, tendo em vista que a ideia interdisciplinar incorporada pela equipe multiprofissional permite a prestação do cuidado integral, tornando essas práticas, e em particular a do acolhimento, significativas nas relações afetivas entre os profissionais e usuários envolvidos. O acolhimento é uma das principais diretrizes éticas, estéticas e políticas da Política Nacional de Humanização do SUS no Brasil. Compreende a responsabilização dos profissionais pelo usuário, a escuta qualificada de queixas e angústias, a inserção de limites, se for preciso, garantindo a assistência resolutiva e a articulação com outros serviços para continuidade do cuidado quando necessário (GARUZI et al., 2014).

A ESF adota uma concepção mais ampla de saúde e de entendimento dos determinantes do processo saúde-doença, propondo a articulação entre saberes técnicos e populares e a mobilização de recursos institucionais e comunitários para o enfrentamento dos problemas de saúde.

Prevê uma responsabilização integral para a atenção às necessidades de saúde do conjunto da população e, além disso, prescreve uma reorganização do modelo assistencial de saúde brasileiro, gerando um resultado assistencial diferenciado ao incorporar um novo conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, incluindo promoção, proteção, prevenção, diagnóstico,

tratamento, reabilitação, redução de danos e manutenção da saúde. A assistência tem como foco o indivíduo na sua integralidade, ampliando a distribuição medicamentosa juntamente com o número de exames, gerando um quantitativo maior de acompanhamento (SORATTO et al., 2015).

A ESF é uma proposta de mudança ao modelo de atenção à saúde que, somado ao modelo hospitalar, direciona a atenção para as comunidades com base na aproximação entre profissionais e família, estabelecendo trocas comunicacionais que fortaleçam o diálogo, a escuta receptiva, o respeito mútuo e o vínculo na interação profissional de saúdeusuário. A construção do vínculo, empatia e respeito são indispensáveis, na prestação dos cuidados à saúde.

As estratégias de comunicação terapêutica - expressão, clarificação e validação, mostram-se relevantes na relação interpessoal com o usuário, permitindo cuidar melhor dos problemas que afetam a saúde, contribuindo para maior adesão ao próprio cuidado. Uma comunicação clara e apropriada é benéfica na adesão ao tratamento e no entendimento da equipe, entre si e com os usuários e famílias. Para cuidar de usuários hipertensos torna-se fundamental um comportamento empático, tendo em vista que a hipertensão é uma doença crônica que requer mudanças no estilo de vida e um cuidado diário para prevenir complicações (TORRES et al., 2017).

5.2 Hipertensão Arterial Sistêmica

A HAS, segundo Molina et al (2003) é considerada um grave problema de saúde pública, um dos mais importantes fatores de risco, de difícil controle, com alta taxa de morbimortalidade nos casos de acidente vascular cerebral e infarto do miocárdio.

Nesse sentido Machado et al (2014, p. 612) dizem que:

HAS é uma doença multifatorial de alta prevalência e baixas taxas de controle, representado um importante problema de saúde pública no mundo em virtude do seu caráter crônico e incapacitante. Ela é considerada o mais importante fator de risco para as doenças cardiovasculares (DCV), podendo evoluir para complicações nos

sistemas renal, encefálico e vascular. Estimativa aponta uma prevalência global de HAS de 37,8% em homens e 32,1% em mulheres.

Grande parte dos casos de HAS estão relacionados a fatores como sedentarismo, estresse, tabagismo, envelhecimento, histórico familiar, raça, gênero, peso, dentre outros (MOLINA et al, 2013).

Apesar dos vários avanços no tratamento, apenas a minoria dos pacientes hipertensos apresentam níveis de pressão arterial controlado, sendo que a prevalência da HAS aumenta com a idade, multiplicando o risco de danos cardiovasculares, contribuindo para o aumento da morbimortalidade. Aproximadamente 90% a 95% dos casos de hipertensão são ditos de “hipertensão primária”, também conhecida como hipertensão arterial essencial, que se apresenta sem uma causa definida.

Em contrapartida, as demais formas de hipertensão, chamadas secundárias, estão associadas a outras patologias ou formas conhecidas e compreendidas como envelhecimento, obesidade, diabetes, dentre outras (MARTELLI; LONGO; SERIANI, 2008).

Estudos e protocolos clínicos sugerem que a hipertensão arterial primária apresenta uma forte tendência hereditária, ou seja, aproximadamente metade dos pacientes hipertensos correlacionam um traço familiar para hipertensão ou mortalidade cardiovascular prematura nos parentes de primeiro grau(MARTELLI; LONGO; SERIANI, 2008).

Apesar de ser uma doença silenciosa, a HAS, com alta prevalência acaba comprometendo a saúde de um grande número de pessoas, exigindo destas, cuidados mais complicados, a não ser que a doença seja detectada e tratada adequada e precocemente (SILVA et al., 2014).

A HAS continua sendo uma das mais importantes morbidades nos pacientes adultos, estando direta ou indiretamente relacionada à principal causa de morte no País(MARTELLI; LONGO; SERIANI, 2008).

5.3 Tratamento da Hipertensão Arterial Sistêmica

O tratamento da HAS inicia com mudanças no estilo de vida e com o controle dos fatores de risco. Segundo Pereira (2015) o excesso de peso e a gordura ocasionam risco para o surgimento da HAS, como também a ingestão de sódio em excesso. Ainda, segundo o autor a ingestão de álcool, também é considerada fator de risco para desenvolvimento de HAS.

O tratamento da HAS, medicamentoso ou não, vai depender da evolução da doença e também da classificação de risco, sendo que a meta é reduzir a morbidade e a mortalidade cardiovascular. O tratamento não medicamentoso é baseado na mudança de estilo de vida, envolvendo o controle do peso, diminuição da ingestão de álcool e sódio, gordura saturada e colesterol, e também da ingestão adequada de potássio, cálcio e magnésio (PEREIRA, 2015).

Todo paciente hipertenso deve evitar alimentos com elevado teor de sal. A população brasileira, consome em torno de 10 a 12 g/ dia, quando recomenda-se apenas 6 g/dia (100 mEq de sódio). A redução da ingestão de NaCl apresenta um efeito de redução aproximada de 2 a 8 mm Hg no nível da PAS. Em estudo realizado pela Dietary Approachs to Stop Hypertension (DASH) constatou-se que para o controle da HAS é necessária uma dieta com frutas, verduras, derivados desnatados de leite, quantidade reduzida de gorduras saturadas e colesterol com objetivo de promover redução da PA. A dieta com o aumento de consumo de vegetais (cereais, leguminosas, frutas, verduras e legumes) pode reduzir em até 30% o risco de aumento da HAS (NOBRE et al, 2013).

Além disso, é necessário parar de fumar e participar de forma regular de programas de exercícios físicos e manter o controle do estresse à medida do possível. A utilização de medicamentos anti-hipertensivos deve ser baseada em reduzir a PA e prevenir eventos de natureza cardiovasculares, diminuindo a taxa de mortalidade (PEREIRA, 2015).

Sobre a prática de atividade física para o controle da HAS, Nobre et al (2013) acentuam que, inicialmente deve ser realizada após avaliação clínica e, em seguida deve ser recomendada atividade física aeróbica moderada pelo menos 30 minutos por dia, na maioria dos dias da semana. De acordo com os autores, através da atividade física é possível reduzir aproximadamente de 4 a 9 mm Hg da PAS. “O programa de atividade física deve ter início com distância não superior a 1.000 m, devendo ser acrescido, semanalmente, 200 a 500 m até que atinjam aproximadamente 6.000 m” (NOBRE et al, 2013, p. 265).

O início do tratamento com um anti-hipertensivo vai depender do valor da PA e do risco cardiovascular. Ou seja, hipertensão no estágio 1, baixo risco cardiovascular, pode iniciar com medidas não farmacológicas e esperar três a seis meses para o uso de fármacos. Quando se tratar de pacientes hipertensos estágio 2 ou 3, ou de alto risco cardiovascular devem iniciar com o anti-hipertensivo imediatamente, se a PA estiver maior que 140 mmHg e/ou a diastólica maior que 90 mmHg (OIGMAN; NEVES; GISMONDI, 2014).

Todavia, segundo Oigman, Neves e Gismondi (2014), mesmo com um grande número de drogas anti-hipertensivas, o controle da PA está longe de ser obtido. De acordo com os autores, nos países em que são realizadas campanhas institucionais, recomendando a identificação e tratamento precoce da HAS, o número de pacientes com controle adequado também está longe do adequado, o que significa que é necessário melhorar o reconhecimento e a eficiência do tratamento da HAS.

A não adesão ao tratamento medicamentoso representa um problema de âmbito mundial e reduz os resultados terapêuticos. Estudos realizados demonstram que a prevalência da não adesão de pessoas com HAS ao tratamento medicamentoso é variada (MAGNABOSCO et al, 2014).

Seiffert et al. (2014) afirmam que profissionais de saúde encontram dificuldades por parte dos pacientes em aderir ao tratamento da HAS. Nesse caso, segundo os autores, é preciso considerar as diferentes práticas de cuidado, o que vai permitir que o profissional da saúde compreenda a maneira de pensar e agir dos indivíduos, e desta forma traçar estratégias para o controle dessa patologia, diminuindo as complicações e proporcionando qualidade de vida aos usuários.

A qualidade do atendimento da equipe de saúde reflete a satisfação do hipertenso com o atendimento na adesão ao tratamento. Ao realizar o acolhimento, os membros da equipe de saúde, devem levar em consideração sentimentos como: esperança, compreensão e respeito às inquietudes, aos sintomas e limitações do paciente no processo de adaptação à doença (PEREIRA, 2015).

5.4 Controle da Hipertensão Arterial Sistêmica

O controle da HAS constitui uma das áreas estratégicas da APS, que utiliza estratégias educativas com o objetivo de estimular as pessoas a mudar o estilo de vida e, conseqüentemente reduzir os fatores de riscos de doenças cardiovasculares. Estudos têm demonstrado que a utilização dessas estratégias tem contribuído para redução da PA (MACHADO et al., 2014).

Para Giroto et al. (2013, p. 1764) “as mudanças de comportamentos necessárias para o controle da PA são desafiadoras para hipertensos e serviços de saúde”.

Nesse contexto, as equipes de saúde da família devem atuar, de forma integrada, avaliando os riscos e adotando medidas de promoção à saúde, no atendimento de pacientes hipertensos. As estratégias utilizadas devem refletir diretamente na questão dos serviços e também nas condições de saúde dos usuários dos serviços (GIROTTTO et al., 2013).

Para Pimenta e Caldeira (2013) a maior parte dos pacientes hipertensos, em princípio deve ser tratada ao nível da APS pelas ESF. Entretanto, segundo os autores, estudos têm revelado fragilidade dessas equipes e nesse caso a ESF tem sido utilizada, por ser considerada inovadora e com capacidade de ampliar a adesão ao tratamento e nortear resultados mais efetivos.

A Educação em Saúde é essencial para controlar a PA. O paciente deve ser instruído sobre o tratamento, desde os medicamentos até os principais efeitos colaterais, para maior confiabilidade no tratamento (PEREIRA, 2015).

6 PLANO DE INTERVENÇÃO

6.1 Descrição do Problema Selecionado

A elaboração do plano de intervenção pela ESF da Comunidade Luzia Augusta Silvatem como proposta prevenir as complicações da HAS e, dessa forma, será realizada a descrição e explicação desse plano.

O Quadro 2 traz a descrição do problema detectado na comunidade Luzia Augusta, onde é possível, verificar através de registro, a alta incidência de pacientes portadores de HAS.

Quadro 2 - Descrição do problema na população da Comunidade Luzia Augusta Silvana cidade de Ouro Branco – Minas Gerais.

Descritores do Problema	Quantidade	Fonte
Hipertensos Cadastrados na comunidade Luzia Augusta Silva	608	Registro da Equipe

Fonte: Autoria própria, 2018

6.2 Explicação do Problema Selecionado

Verificou-se que os problemas na comunidade estão relacionados com: fatores genéticos + envelhecimento populacional + fatores de risco (obesidade, sedentarismo, padrão alimentar, tabagismo e etilismo) → Hipertensão arterial → Falta de aderência ao tratamento + Estilo de vida inadequado.

Todos esses fatores podem trazer para os pacientes:

- 1 Risco de cardiopatias.
- 2 Acidente vascular cerebral isquêmico e hemorrágico.
- 3 Insuficiência renal.
- 4 Retinopatia hipertensiva.
- 5 Perda de produtividade.
- 6 Aumento de custos para o sistema de saúde.
- 7 Aumento de internações.

A HAS é um problema de saúde que vem gerando custos médicos e socioeconômicos elevados, tendo em vista as complicações que possui como doenças cerebrovasculares, doença arterial coronariana, insuficiência cardíaca, insuficiência renal crônica e doença vascular de extremidades (SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, 2016).

6.3 Seleção dos “nós críticos”

A identificação dos “nós críticos” é essencial para solucionar o problema. O “nó crítico”, segundo Campos, Faria e Santos (2010) é um tipo de causa que, quando combatida, é capaz de impactar o problema principal e transformar de forma efetiva, ou seja, traz a ideia de algo sobre o qual se pode intervir. Assim, os nós críticos são:

- 1 Obesidade.
- 2 Sedentarismo.
- 3 Estilo de vida inapropriados.
- 4 Informação à respeito da doença e seus riscos.
- 5 Uso adequado da medicação
- 6 Controle periódico da PA.

6.4 Desenho das operações

O Quadro 3 traz os desenhos das operações para cada nó crítico identificado como a preparação da equipe para acolher da melhor forma possível os usuários; o nível de informação da população, possibilitando que o usuário tenha as informações sobre os fatores de risco, utilizando para tanto, campanhas educativas e panfletos informativos; e mudanças nos hábitos de vida, destacando os alimentares e físicos.

Quadro 3 - Desenho das operações para resolução dos “nós” críticos do problema da elevada prevalência de hipertensão na população da Comunidade Luzia Augusta Silvana cidade de Ouro Branco – Minas Gerais.

Nós críticos	Projeto	Resultado esperado	Produto	Recursos necessários
Preparação da equipe	Preparo Preparação da equipe para de maneira adequada acolher os usuários	Acolhimento correto por parte da equipe	-capacitação da equipe	- protocolos - mobilização -organização
Nível de informação da população	Conhecimento Fazer com que a informação chegue ao usuário não só pela consulta medica	Cobertura de no mínimo 80% da população com fatores de risco	- campanhas educativas -panfletos informativos	- investimento público -organização da equipe
Hábitos de vida	Mudança de estilo Mudança de hábitos de vida principalmente alimentares e físicos	Aderência de 20 a 30 % da população com fatores de risco	- campanhas educativas -panfletos informativos - grupos de atividades físicas	investimento do município informações recurso financeiro para aquisição de material

Fonte: Autoria própria, 2018

6.5 Identificação dos recursos críticos

Essa fase apresenta a identificação dos recursos críticos para conhecimento e em seguida criar estratégias para viabilização, conforme Quadro 4.

Quadro 4 - Identificação dos Recursos Críticos do problema da elevada prevalência de hipertensão na população da Comunidade Luzia Augusta Silvana cidade de Ouro Branco – Minas Gerais.

Preparo	<p>Cognitivo: elaboração de protocolos</p> <p>Organizacional: organização da agenda</p> <p>Político: articulação entre os setores de saúde, capacitação e adesão dos profissionais</p>
---------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Conhecimento	<p>Cognitivo: informação sobre o tema e estratégias de comunicação pedagógicas.</p> <p>Político: articulação intersetorial</p>
Mudança de estilo	<p>Organizacional: organizar atividades físicas e grupos com ênfase na alimentação.</p> <p>Cognitivas: informação sobre o tema e estratégias de comunicação pedagógicas.</p> <p>Político: conseguir espaço na rádio local.</p> <p>Financeiro: para aquisição de recursos audiovisuais, educadores físicos e outros</p>

Fonte: Autoria própria, 2018

O Quadro 4 traz a identificação dos recursos críticos destacando preparo, conhecimento e mudança de estilo. Para o preparo são utilizados os fatores cognitivos, através da elaboração de protocolos; o organizacional, organizando a agenda e o político que viabiliza a articulação entre os setores de saúde, capacitação e adesão dos profissionais. No conhecimento são utilizados os fatores cognitivos, onde ocorre a informação sobre o tema e a elaboração de estratégias e, político através da articulação intersetorial. Na mudança de estilo é necessário o fator organizacional para organizar as atividades físicas com ênfase na alimentação; o cognitivo onde são traçadas estratégias de comunicação; o político através de espaço na rádio local; e financeiro para aquisição de recursos audiovisuais, educadores físicos e outros.

6.6 Análises de viabilidade do plano

Para analisar a viabilidade do plano é necessário identificar os atores que controlam os recursos críticos das operações; os recursos que cada ator controla; motivação de cada um e, em seguida definir as ações estratégicas para construir o plano ou motivar o ator que controla os recursos críticos (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010). O Quadro 5 apresenta as operações, os recursos críticos e as ações estratégicas que serão utilizadas no plano de intervenção.

Quadro 5 - Operações, Recursos e Ações Estratégicas do problema da elevada prevalência de hipertensão na população da Comunidade Luzia Augusta Silvana cidade de Ouro Branco – Minas Gerais.

Operações/ Projetos	Recursos Críticos	Ator	motivação	Ações estratégicas
Preparo	Organizacional: agenda Político: Articulação intersectorial. Cognitivo: Informações sobre o tema e estratégias de comunicação	-Equipe de Saúde - Secretaria de Saúde	favorável	Educação em saúde
Conhecimento	Político: articulação entre os setores de saúde e adesão dos profissionais Cognitivo: elaboração de projeto de linha de cuidado Financeiro: Para aquisição de recursos e material	-Equipe de Saúde - Secretaria de Saúde	favorável	Educação em saúde
Mudança de estilo	Político: conseguir o local, mobilização social intersectorial	-Equipe de Saúde - Secretaria de Saúde	favorável	Educação em Saúde, alimentação e atividade física

Fonte: Autoria própria, 2018

No Quadro 5 estão as operações, recursos e ações estratégicas para verificar a viabilidade do plano, onde se pretende através da equipe de saúde e Secretaria de Saúde, buscar ações estratégicas favoráveis como educação em saúde, destacando as mudanças no estilo de vida, como alimentação e atividade física.

6.7 Elaboração do plano operativo

O plano operativo descreve as operações que serão implantadas pela equipe, as ações e estratégias, para execução das operações, conforme Quadro 6, a seguir apresentado.

Quadro 6: Plano operativo para enfrentamento do problema da elevada prevalência de hipertensos da população da Comunidade Luzia Augusta Silvana cidade de Ouro Branco – Minas Gerais.

Obesidade	Conscientizar os pacientes sobre o sedentarismo e obesidade, para diminuir as estatísticas e complicações	Palestras e programa de exercícios.	Apresentar o projeto para a população através de palestras em escolas
Sedentarismo	Diminuir número de sedentários e obesos.	Prática de exercícios físicos adequados	Conscientizar a população
Estilo de vida inapropriado	Melhorar a alimentação	palestras sobrealimentação adequada	
Informação à respeito da doença e seus riscos	Informar os pacientes sobre doenças e suas complicações, especialmente a HAS e o que ocorre quando há uso inadequado da medicação.	Palestras sobre a hipertensão arterial	
Uso adequado da medicação			
Controle periódico de PA	Importância do controle da PA		

Fonte: Autoria própria, 2018

O Quadro 6 se refere ao plano operativo para enfrentamento do problema onde os pacientes serão conscientizados através de palestras sobre o sedentarismo e obesidade, as possíveis complicações. Pretende-se alertar sobre a importância da melhoria da alimentação e as complicações do uso inadequado dos medicamentos.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O plano de intervenção foi essencial para traçar ações que devem ser executadas pela ESF como forma de reduzir os casos de HAS, além de prevenir e controlar os riscos para a saúde do paciente, já que para o controle da HAS, além de mudanças de hábitos, é necessário aumentar o atendimento para os pacientes mais graves além de investir na promoção e prevenção a saúde.

REFERÊNCIAS

BESEN, Candice Boppré; SOUZA NETTO, Mônica de ROS, Marco Aurélio da; SILVA, Fernanda Werner da SILVA, Cleci Grandi da; PIRES, Moacir Francisco. A Estratégia Saúde da Família como Objeto de Educação em Saúde. **Saúde e Sociedade** v.16, n.1, p.57-68, jan-abr 2007.

CAMPOS Francisco Carlos Cardoso de; FARIA, Horácio Pereira de; SANTOS, M. A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. 2 ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010. 118p.

FALKENBERG, Mirian Benites; MENDES, Thais de Paula Lima; MORAES, Eliane Pedrozo de SOUZA; Elza Maria de. Educação em saúde e educação na saúde: conceitos e implicações para a saúde coletiva. **Ciência & Saúde Coletiva**, 847-852, 2014.

GARUZI, Miriane; ACHITTI, Maria Cecília de Oliveira; SATO, Cintia Ayame; ROCHA, Suelen Alves; SPAGNUOLO, Regina Stella. Acolhimento na estratégia saúde da família: revisão integrativa. **Rev Panam Salud Publica**, v. 35, n. 2, p. 144-149, 2014.

GIROTTO, Edmarlon; ANDRADE, Selma Maffei de; CABRERA, Marcos Aparecido Sarria; MATSUO, Tiemi. Adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico e fatores associados na atenção primária da hipertensão arterial. **Ciência & Saúde Coletiva**. v.18, n. 6, n. 1763-1772, 2013.

MACHADO, Juliana Costa; COTTA, Rosângela Minardi Mitre; MOREIRA, Tiago Ricardo; SILVA, Luciana Saraiva da. Análise de três estratégias de educação em saúde para portadores de hipertensão arterial. **Ciência & Saúde Coletiva** v. 21, n.2. n. 611-620, 2014.

MAGNABOSCO, Patricia Cavalari; TERAOKA, Eliana Meirelles de; OLIVEIRA, Edward; FELIPE, Elisangela Aparecida; FREITAS, Dayana; MARCHI-ALVES, Leila Maria. Análise comparativa da não adesão ao tratamento medicamentoso da hipertensão arterial sistêmica em população urbana e rural. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, n. 2 v. 23, p. 20-7, 2014.

MARTELLI, Anderson; LONGO, Marco Aurélio Tosta; SERIANI, Cleber. Aspectos clínicos e mecanismo de ação das principais classes farmacológicas usadas no tratamento da hipertensão arterial sistêmica. **Estud Biol.**, v.30, n. 70/71/72, p.149-56, 2008.

MOLINA, Maria del Carmen Bisi; CUNHA, Roberto de Sá; HERKENHOFFB, Luís Fernando. MILLB, José Geraldo. Hipertensão arterial e consumo de sal em população urbana. **Rev. Saúde Pública**, v. 37, n. 6, p. 743-50, 2003.

NOBRE, Fernando; COELHO, Eduardo Barbosa; LOPES, Paulo César; GELEILETE, Tufik J. M. Hipertensão arterial sistêmica primária. **Medicina**, v. 46, n.3, p. 256-72, 2013.

OIGMAN, Wille; NEVES, Mario Fritsch; GISMONDI, Ronaldo Altenburg Odebrecht Curi. Hipertensão arterial sistêmica. **Grupo Editorial Moreira Júnior**. 2014. Disponível em: <http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?id_materia=6016&fase=imprime> Acesso em: 20 nov. 2017.

OURO BRANCO. PREFEITURA MUNICIPAL DE OURO BRANCO. **História**. Disponível em: <<http://www.ourobranco.mg.gov.br/detalhe-da-materia/info/historia-de-ouro-branco/6495>> Acesso em: 20 out. 2017.

PEREIRA, Ivana Maria Onofri. Proposta de intervenção interdisciplinar para a adesão dos pacientes ao tratamento da hipertensão arterial sistêmica. **Liph Science**, v. 2, n. 2, p. 21-40, 2015.

PIMENTA, Henderson Barbosa; CALDEIRA, Antônio Prates. Fatores de risco cardiovascular do Escore de Framingham entre hipertensos assistidos por equipes de Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.19, n.6, p. 1731-1739, 2013.

RADOVANOVIC, Cremilde Aparecida Trindade; SANTOS, Lucimary Afonso dos; CARVALHO, Maria Dalva de Barros; MARCON, Sonia Silva. Hipertensão arterial e outros fatores de risco associados às doenças cardiovasculares em adultos. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 22. n.4, p. 547-53. 2014.

SEIFFERT, Margot Agathe; BUDÓ, Maria de Lourdes Denardin; WÜNSCH, Simone; BEUTER, Margrid; SCHIMITH, Maria Denise. Perspectiva de cuidado para usuários com hipertensão arterial em uma unidade de saúde da família. **J. Res.: Fundam. Care**, v. 6. n. 1, p. 141-152, 2014.

SILVA, Patrícia Costa dos Santos da; FAVA, Silvana Maria Coelho Leite; MACHADO, Juliana Pereira; BEZERRA, Simone Maria Muniz da Silva; GONÇALVES, Michelle Pita Tavares; VEIGA, Eugenia Velludo. Alimentação e qualidade de vida relacionada à saúde de pessoas com hipertensão arterial sistêmica. **Rev Rene**, v.15, n.6, p.1016-23, 2014.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO ARTERIAL. 7ª DIRETRIZ BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO ARTERIAL. **Arq. Bras. Cardiol.**, v. 107, n.3, p.1-103, 2016. Disponível em <http://publicacoes.cardiol.br/2014/diretrizes/2016/05_HIPERTENSAO_ARTERIAL.pdf>. Acesso em: 06 nov. 2017.

SORATTO, Jacks; PIRES, Denise Elvira Pires de; DORNELLES, Soraia; LORENZETTI, Jorge. Estratégia saúde da família: uma inovação tecnológica em saúde. **Texto Contexto Enferm.** v.24, n. 2. p. 584-92, 2015.

TORRES, Geanne Maria Costa; FIGUEIREDO, Inês Dolores Teles; CÂNDIDO, José Auricélio Bernardo; PINTO, Antônio Germanes Alves; MORAIS, Ana Patrícia Pereira; ARAÚJO, Maria Fátima Maciel; ALMEIDA, Maria Irismar de. Comunicação terapêutica na interação profissional de saúde e hipertensão na estratégia saúde da família. **Rev Gaúcha Enferm.**, v.38, p.4-5, 2017.