

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

Larissa de Oliveira Almeida

PLANO DE INTERVENÇÃO PARA HIPERTENSOS DE UMA UNIDADE BÁSICA
DE SAÚDE DE BELO HORIZONTE

Belo Horizonte/ Minas Gerais

2020

Larissa de Oliveira Almeida

**PLANO DE INTERVENÇÃO PARA HIPERTENSOS DE UMA UNIDADE BÁSICA
DE SAÚDE DE BELO HORIZONTE**

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

Orientadora: Profa. Dra. Matilde Meire Miranda Cadete

Belo Horizonte/ Minas Gerais

2020

Larissa de Oliveira Almeida

**PLANO DE INTERVENÇÃO PARA HIPERTENSOS DE UMA UNIDADE BÁSICA
DE SAÚDE DE BELO HORIZONTE**

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

Banca examinadora

Profa. Dra. Matilde Meire Miranda Cadete- orientadora- UFMG

Profa. Dra. Eliana Aparecida Villa – UFMG

Aprovado em Belo Horizonte, em 09 de junho de 2020

DEDICO

Dedico este trabalho a toda a minha família, especialmente aos meus pais, Maria Aparecida e Francisco, e ao Daniel que são meus maiores incentivadores;

E a todos que de alguma forma contribuíram para que eu pudesse concluir este trabalho.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiro a Deus por ter me mantido na trilha certa durante este projeto com saúde e forças para chegar até o final.

Aos meus pais, Maria Aparecida e Francisco, que sempre estiveram ao meu lado me apoiando ao longo de toda a minha trajetória.

Agradeço ao meu namorado, Daniel, que sempre esteve ao meu lado durante esse percurso.

Deixo um agradecimento especial a minha orientadora, Matilde, pelo incentivo e pela dedicação do seu tempo ao meu projeto.

A persistência é o menor caminho do êxito.

Charles Chaplin

RESUMO

A Hipertensão Arterial Sistêmica é uma doença crônica de caráter multifatorial caracterizada por elevação sustentada dos níveis pressóricos e é uma condição muito prevalente que contribui para efeitos adversos na saúde das pessoas, incluindo, entre outros, acidente vascular encefálico, infarto agudo do miocárdio e insuficiência renal. Na Equipe 1, do Centro de Saúde Guarani, em Belo Horizonte, a Hipertensão atinge 21,19% da população acima de 19 anos, sendo o principal problema de saúde presente na população assistida. Por tanto, este estudo objetivou elaborar um plano de intervenção para diminuir a incidência e complicações da HAS na eSF Equipe 1, do Centro de Saúde Guarani, em Belo Horizonte. O plano foi elaborado seguindo os passos preconizados pelo Planejamento Estratégico Situacional e para subsidiar este plano foi feita pesquisa na Biblioteca Virtual em Saúde, na base de dados da SciELO bem como nos bancos de dados e arquivos da prefeitura de Belo Horizonte e, também, dados obtidos com a equipe de saúde. Com a aplicação do plano espera-se melhorar o controle da hipertensão através da modificação do estilo de vida, aumento da adesão ao tratamento medicamentoso e, por conseguinte, diminuir os desfechos desfavoráveis da doença.

Palavras-chave: Hipertensão. Atenção Básica de Saúde. Educação em saúde.

ABSTRACT

Systemic Arterial Hypertension (SAH) is a chronic disease with a multi-factor characteristic, defined by the sustained elevation of the blood pressure levels. It is a well-prevaled condition that leads to adverse health effects of people, including among others, cerebrovascular accident, acute myocardial infarction, and kidney failure. On Team 1, from Centro de Saúde Guarani, in Belo Horizonte, hypertension strikes 21,19% of the population over 19 years old, being the main health issue present on the studied population. Therefore, this paper aimed at the elaboration of an intervention plan to diminish the frequency and complications related to SAH on "eSF" Team 1, from Centro de Saúde Guarani, in Belo Horizonte. This plan was accomplished by "Planejamento Estratégico Situacional" recommendation and subsided by a research made using the "Biblioteca Virtual em Saúde (BVS)", on SciELO's database as well as Belo Horizonte's city hall databases and finally using data obtained with the health crew. Through the employment of the plan, it is expected an enhancement over the control of hypertension utilizing the lifestyle change, increasing drug treatment adherence, and, consequently lowering the unpleasant outcomes of this disease.

Keywords: Hypertension. Basic health care. Health education

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
CV	Cardiovasculares
CS	Centro de saúde
CSG	Centro de Saúde Guarani
DM	Diabetes Mellitus
ES	Educação em Saúde
ESF	Estratégia Saúde da Família
eSF	Equipe de Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
LOA	Lesões de órgão alvo
MNM	Medidas não medicamentosas
PA	Pressão arterial
RAS	Redes de Atenção à Saúde
RCV	Risco cardiovascular
SMSBH	Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 – Aspectos demográficos da população atendida pela equipe 1, no Centro de Saúde Guarani, Belo Horizonte, 2019.	14
Quadro 2 – Aspectos epidemiológicos da população atendida pela Equipe 1, CSG, Belo Horizonte, 2019	14
Quadro 3 - Classificação de prioridades para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à equipe de Saúde Equipe 1, Unidade Básica de Saúde Guarani, município de Belo Horizonte, estado de Minas Gerais. 2019	18
Quadro 4 – Frequência e custo de procedimentos de internação e ambulatorial da HAS em 2016	25
Quadro 5 - Classificação da PA de acordo com a medicação casual ou no consultório a partir de 18 anos de idade	26
Quadro 6 – Desenho das operações (6º passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo) sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema “Alta prevalência da HAS”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família equipe 1 do município Belo Horizonte, estado de Minas Gerais	30
Quadro 7 – Desenho das operações (6º passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo) sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema “Alta prevalência da HAS”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família equipe 1 do município Belo Horizonte, estado de Minas Gerais	31
Quadro 8 – Desenho das operações (6º passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo) sobre o “nó crítico 3” relacionado ao problema “Alta prevalência da HAS”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família equipe 1 do município Belo Horizonte, estado de Minas Gerais	32

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
1.1 Aspectos gerais do município	13
1.2 Aspectos da comunidade	13
1.3 O sistema municipal de saúde	14
1.4 A Unidade Básica de Saúde Guarani	16
1.5 A Equipe de Saúde da Família Equipe 1, da Unidade Básica de Saúde Guarani	17
1.6 O funcionamento da Unidade de Saúde da Equipe 1	17
1.7 O dia a dia da Equipe 1	
1.8 Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade (primeiro passo)	17
1.9 Priorização dos problemas – a seleção do problema para plano de intervenção (segundo passo)	18
2 JUSTIFICATIVA	20
3 OBJETIVOS	21
3.1 Objetivo geral	21
3.2 Objetivos específicos	21
4 METODOLOGIA	22
5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	23
5.1 Atenção Primária à Saúde	23
5.2 Hipertensão Arterial Sistêmica	24
5.3 Educação em saúde	26
6 PLANO DE INTERVENÇÃO	30
6.1 Descrição do problema selecionado (terceiro passo)	30
6.2 Explicação do problema (quarto passo)	30
6.3 Seleção dos nós críticos (quinto passo)	30
6.5 Desenho das operações (sexto passo)	30
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	35
REFERÊNCIAS	36

1 INTRODUÇÃO

1.1 Aspectos gerais do município

Belo Horizonte nasceu do progresso de uma fazenda que, pelo fato de muito prosperar, logo atraiu outros moradores e um arraial começou a se formar em seu redor. Viajantes que por ali passavam, conduzindo o gado da Bahia em direção às minas, fizeram da região um ponto de parada. O povoado foi batizado de Curral del Rei. Nossa Senhora da Boa Viagem, a quem os forasteiros pediam proteção, tornou-se padroeira do local. Aos poucos, o Curral del Rei foi crescendo, apoiado na pequena lavoura, na criação e comercialização de gado e na fabricação de farinha. Algumas poucas fábricas, ainda primitivas, instalaram-se pela região: produzia-se algodão, fundia-se ferro e bronze. Das pedreiras, extraía-se granito e calcário. Frutas e madeiras eram vendidas para outros locais (IBGE,2019).

A história de Belo Horizonte tem nas suas narrativas o fato de que com a decadência da mineração, o arraial se expandiu. Das 30 ou 40 famílias existentes no início, saltou para a marca de 18 mil habitantes. Elevado à condição de Freguesia, mas ainda subordinado a Sabará, o Curral del Rei englobava as regiões de Sete Lagoas, Contagem, Santa Quitéria (Esmeraldas), Buritis, Capela Nova do Betim, Piedade do Paraopeba, Brumado Itatiaiuçu, Morro de Mateus Leme, Neves, Aranha e Rio Manso. Vieram as primeiras escolas, o comércio se desenvolveu. No centro do arraial, os devotos ergueram a Matriz de Nossa Senhora da Boa Viagem (IBGE, 2019).

Em 12 de dezembro de 1897 se tornou a capital de Minas Gerais, mas o nome Belo Horizonte veio somente em 1901. A cidade foi planejada, começando em 1894 a sua construção. A cidade é um dos principais centros de processamento e distribuição de atividades essenciais à nossa economia, como mineração e agricultura, além de ser um polo industrial de automóveis, aço e derivados e produtos têxteis, com o Produto Interno Bruto (PIB) per capita de 35.245,02 (IBGE 2019).

Atualmente, Belo Horizonte é uma cidade com 2.512.070 habitantes, estimativa do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) para o ano de 2019, localizada

na região Metropolitana de Belo Horizonte e a 716 quilômetros de Brasília, a capital federal. É também um vivo centro cultural e estudantil, com várias universidades, bibliotecas, espaços culturais e museus. É reconhecida pela sua animada vida noturna e um centro de excelência em biotecnologia, medicina e informática. Apresentou uma taxa de escolarização para pessoas de 6 a 14 anos de 97,6% em 2010 (IBGE 2019).

Para gestão e planejamento da cidade, Belo Horizonte é subdividida em nove áreas administrativas regionais, que são: Barreiro, Centro-Sul, Leste, Nordeste, Noroeste, Norte, Oeste, Pampulha e Venda Nova (BELO HORIZONTE, 2019).

1.2 Aspectos da comunidade

Guarani, onde atuo profissionalmente, é um bairro com 15345 habitantes, localizado na região Norte de Belo Horizonte. O bairro foi aprovado em 1948 e se originou do loteamento de uma fazenda que pertencia à Santa Luzia. O loteamento do bairro se iniciou na Rua Jacuí, hoje denominada Rua Benedito Xavier. A ocupação do bairro Guarani teve início com a abertura da estrada para Santa Luzia a partir do prolongamento da Rua Jacuí. A obra deveria melhorar o acesso à região, mas faltavam ônibus e outros meios de transporte coletivos para atender os moradores. A situação precária do bairro Guarani só começou a mudar com a pavimentação da Avenida Waldomiro Lobo, na década de 1980 (ARQUIVO PÚBLICO DA CIDADE DE BELO HORIZONTE, 2011).

A água encanada, pavimentação de ruas, comércio e escolas tornaram realidade depois que a população se organizou para solicitar esses serviços de infraestrutura básica junto à Prefeitura, no final da década de 1980. Essas conquistas coletivas fizeram com que o bairro se tornasse uma importante referência para toda Regional Norte. A comunidade possui uma baixa taxa de analfabetismo, média de 2,8 no município e quase a totalidade da população possui água encanada e tratada e coleta de lixo realizado por serviço de limpeza municipal (ARQUIVO PÚBLICO DA CIDADE DE BELO HORIZONTE, 2011).

Quanto aos aspectos demográficos do Centro de Saúde Guarani (CSG) no Quadro 1, tem-se o quantitativo da população atendida pela equipe 1, da qual sou a médica, distribuída por faixa etária e sexo.

Quadro 1 - Aspectos demográficos da população atendida pela equipe 1, no Centro de Saúde Guarani, Belo Horizonte, 2019.

FAIXA ETÁRIA	MASCULINO	FEMININO	TOTAL
0-1 ANO	27	23	50
1-4 ANOS	93	86	179
5-14 ANOS	227	195	432
15-19 ANOS	115	131	246
20-29 ANOS	359	249	608
30-39 ANOS	371	385	756
40-49 ANOS	281	333	614
50-59 ANOS	291	335	626
60-69 ANOS	186	276	462
70-79 ANOS	105	154	259
80 ANOS E MAIS	26	63	89
TOTAL	2081	2330	4411

Fonte: Cadastro da população da área de abrangência da eSF 1, CSG, 2019.

De um total de 4411 pessoas, vê-se que a grande maioria encontra-se na faixa etária de pessoas economicamente ativas, ou seja, 756 pessoas entre 30 a 39 anos, seguida de 626 pessoas na faixa de 50 a 59 anos e, posteriormente, 614 pessoas com 40 a 49 anos, totalizando 1996, isto é, 43,44% de toda a comunidade.

Quadro 2 - Aspectos epidemiológicos da população atendida pela Equipe 1, CSG, Belo Horizonte, 2019

Condição de Saúde	Quantitativo(nº)
Gestantes	15
Hipertensos	742
Diabéticos	266
Pessoas com doenças respiratórias (asma, DPOC, enfisema, outras)	334
Pessoas que tiveram AVC	198
Pessoas com sofrimento mental	213
Acamados	50
Fumantes	300
Usuários de drogas	17

Fonte: Cadastro da população da área de abrangência da eSF 1, CSG, 2019.

Os dados do quadro 2 mostram o número elevado de pessoas com hipertensão, bem superior às outras doenças.

1.3 O sistema municipal de saúde

A organização dos pontos de atenção à saúde em Belo Horizonte é pautada na gestão do cuidado em rede, tendo a Atenção Primária à Saúde (APS) como porta de entrada preferencial do usuário no sistema de saúde. Ela é organizada a partir da Estratégia Saúde da Família (ESF), que fortalece o vínculo dos usuários e das famílias do território, com as equipes de saúde e oferta de cuidado longitudinal, sejam nas ações de promoção, prevenção, curativas e reabilitação.

As Redes de Atenção à Saúde (RAS) perpassam os níveis de atenção e está organizada em um arranjo produtivo híbrido, que combina a concentração de alguns serviços com a dispersão de outros. Os serviços de menor densidade tecnológica, como os da APS, estão dispersos. Ao contrário, os serviços de maior densidade tecnológica como hospitais, unidades de processamento de exames de Patologia Clínica e de Imagem, dentre outros, estão mais concentrados. A estrutura das RAS do SUS-BH é composta por um conjunto de unidades de saúde, bem como sistemas de apoio. (BELO HORIZONTE, 2019).

O Centro de Saúde (CS) é a principal porta de entrada do usuário no sistema de saúde e coordenador do cuidado no território. Atualmente, Belo Horizonte conta com 152 centros de saúde, 588 eSF. Os CS possuem as equipes de saúde da família formadas por enfermeiro, médico, auxiliar/técnico de enfermagem, Agente Comunitário de Saúde (ACS) cirurgião dentista, auxiliar/técnico em saúde bucal e também os profissionais de apoio. Os principais serviços ofertados pela APS são: escuta pela equipe, vacinação, consultas, curativos, farmácia, grupos operativos, visitas domiciliares, controle de vetores. Fazem parte da APS também, programas como “O Arte da Saúde” um programa voltado para crianças e adolescentes que buscam o enfrentamento de situações de vulnerabilidade, risco social e/ou pessoal, os Centros de Convivência e a Academia da cidade (BELO HORIZONTE, 2019).

A Atenção secundária conta com o Centro de Referência para Imunobiológicos Especiais, o qual é destinado ao atendimento de indivíduos portadores de quadros clínicos especiais; Centro de referência em saúde do trabalhador; Centro de testagem e aconselhamento; Centro de treinamento e referência em doenças infecciosas parasitárias; Centro municipal de imagem, que é a principal referência do sus-bh para realização de exames de apoio diagnóstico, como ultrassonografia em diversas especialidades; Centro Municipal de Oftalmologia; Centro de especialidades médicas que conta em média com sete especialidades (Cardiologia, Ortopedia, Dermatologia, Otorrinolaringologia, Mastologia, Endocrinologia e Neurologia); Centro de especialidades odontológicas; Centros de reabilitação; Núcleo de cirurgia ambulatorial / hospital dia e Unidade de referência secundária que são unidades de referência que atendem toda a cidade de Belo Horizonte e municípios do interior de Minas Gerais através da Programação Pactuada Integrada para atendimentos especializados (BELO HORIZONTE, 2019).

Integram a Atenção Terciária, sete centros de referência em saúde mental e dois centros de referência em Saúde Mental Infantil; quatro Centros de referência em saúde mental álcool e drogas; Serviço de atenção domiciliar, que tem como objetivo oferecer ações em saúde aos usuários com necessidade de cuidados intermediários entre o Hospital e a Atenção Primária; Serviço de urgência psiquiatria que apresenta funcionamento exclusivamente noturno; nove Unidades de Pronto Atendimento e conta com nove Hospitais com Unidades de Urgência e Prontos-Socorros: Hospital João XXIII, Hospital das Clínicas, Hospital Municipal Odilon Behrens, Hospital Júlia Kubitschek, Hospital Alberto Cavalcanti, Hospital Risoleta Tolentino Neves, Hospital Infantil João Paulo II; Hospital Metropolitano Doutor Célio de Castro. E o serviço médico de atendimento a urgência como componente assistencial móvel da Rede de Atenção às Urgências (BELO HORIZONTE, 2019).

A cidade é sede da macrorregião, sendo referência para consultas e exames de média e alta complexidade, atendimento de urgência e emergência, e cuidado hospitalar, apesar de boa estrutura tem dificuldade em atender toda a demanda.

1.4 A Unidade Básica de Saúde Guarani

No Centro de Saúde Guarani (CSG), trabalham quatro Equipes de Saúde da Família: Equipe 1, Equipe 2, Equipe 3, Equipe 4 e duas equipes de Saúde Bucal.

O CSG que abriga a Equipe 1, foi inaugurado em dezembro de 1996 e passou por reforma e ampliação em outubro de 2005. Está locado em um terreno da Prefeitura Municipal de Belo Horizonte, próximo a uma importante avenida da região, Avenida Waldomiro Lobo. Possui nove consultórios e embora o espaço físico seja muito bem aproveitado, é inadequado considerando a população assistida, 15345 pessoas.

A área destinada à recepção é pequena, razão pela qual, nos horários de acolhimento, cria-se perturbação no CSG. A sala de espera conta com diversos assentos e televisão o que torna mais confortável aguardar o atendimento.

A população tem muito apreço pela Unidade de Saúde. Esta, atualmente, está bem equipada e conta com os recursos adequados para o trabalho da equipe, porém não possui padronização de mobiliários e possui modelos que não proporcionam conforto e ergonomia para o paciente. Grande parte dos itens é antiga, vários mobiliários apresentam partes amassadas, deformações, oxidações e componentes quebrados.

1.5 A Equipe de Saúde da Família Equipe 1, da Unidade Básica de Saúde Guarani

A Equipe 1, do CSG, conta com equipes multiprofissionais compostas por uma médica, uma enfermeira, um cirurgião dentista, uma auxiliar em saúde bucal, duas técnicas de enfermagem e cinco ACS.

1.6 O funcionamento da Unidade de Saúde da Equipe 1

O CSG funciona das 07:00h às 19:00h, de segunda-feira a sexta-feira e, para tanto, é feito um rodízio entre os profissionais para fechar a unidade no final do expediente. A unidade realiza atendimento à demanda espontânea diariamente no período da manhã e atendimento agendado no período da tarde.

1.7 O dia a dia da Equipe 1

A Equipe 1 passa 40% do período de trabalho exclusivamente com as atividades da demanda espontânea e o restante do tempo com as atividades programadas (visita domiciliar, atendimento à saúde da mulher e criança, consultas agendas, atendimento à hipertensos e diabéticos).

A equipe busca priorizar atividades de promoção e prevenção das doenças. Mensalmente, acontece um grupo para hipertensos, porém o público é muito flutuante e é difícil de manter o interesse dos pacientes em frequentá-lo. Semanalmente, são realizadas reuniões de equipe, nas quais são planejadas e avaliadas as ações a serem ofertadas à população.

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

A ESF busca promover a qualidade de vida de um número definido de famílias, localizadas em uma área geográfica delimitada e a resolutividade dos problemas de saúde mais comuns, por meio de ações, coletivas ou individuais, de promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação da saúde. Um aspecto fundamental é o conhecimento dos problemas de saúde do território.

Mediante os serviços de saúde prestados pela ESF Equipe 1, no município de Belo Horizonte- MG, foi realizado por meio do diagnóstico situacional, baseado no método de Faria, Campos e Santos (2018), o levantamento dos principais problemas de saúde presentes na população de nosso território. Os principais agravos que acometem a população local incluem:

- Alta prevalência de hipertensão arterial sistêmica (HAS);
- Pessoas com doenças respiratórias (asma, DPOC, enfisema, outras)
- Alta prevalência de Diabetes mellitus;
- Alto índice de pessoas com sofrimento mental;
- Pessoas que tiveram AVC;
- Grande número de tabagista;

1.9 Priorização dos problemas – a seleção do problema para plano de intervenção

Após a identificação dos problemas, os mesmos foram classificados para então serem priorizados. Como critérios para a priorização considerou-se a importância do problema, sua urgência e capacidade para enfrentamento, conforme descrito no quadro 1.

Quadro 3 - Classificação de prioridades para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à equipe de Saúde Equipe 1, Unidade Básica de Saúde Guarani, município de Belo Horizonte, estado de Minas Gerais. 2019.

Problemas	Importância*	Urgência**	Capacidade de enfrentamento***	Seleção/Priorização****
Alta prevalência da HAS.	Alta	7	Parcial	1
Alta prevalência de Diabetes mellitus.	Alta	6	Parcial	2
Alta prevalência de pessoas com doenças respiratórias (asma, DPOC, enfisema, outras)	Alta	5	Parcial	2
Alto índice de pessoas com sofrimento mental	Alta	4	Parcial	3
Grande número de tabagistas.	Alta	4	Parcial	4
Alto número de pessoas que tiveram AVC;	Alta	4	Parcial	3

*Alta, média ou baixa

** Total dos pontos distribuídos até o máximo de 30

***Total, parcial ou fora

****Ordenar considerando os três itens

Priorizamos, para o presente estudo, o problema da HAS devido a sua alta prevalência, bem como a gravidade das suas complicações. A HAS é a mais frequente das doenças cardiovasculares. É também o principal fator de risco para complicações, como acidente vascular cerebral e infarto agudo do miocárdio, além da doença renal crônica terminal.

2 JUSTIFICATIVA

As doenças crônicas não transmissíveis representam a principal causa de mortalidade e incapacidade em todo mundo, especialmente a HAS, que pode levar a diversas complicações, como acidente vascular encefálico, infarto agudo do miocárdio, insuficiência cardíaca, doença arterial periférica e doença renal crônica (BRASIL, 2013).

Destacam-se, ainda os dados da Pesquisa Nacional de Saúde 2013 que mostram “a proporção de indivíduos de 18 anos ou mais que referem diagnóstico de hipertensão arterial no Brasil foi de 21,4% em 2013, o que corresponde a 31,3 milhões de pessoas”. Apontam, portanto, ser a HAS de alta prevalência na população adulta (BRASIL, 2014, p.35),

Esses dados da pesquisa encontram ressonância no diagnóstico situacional da nossa área de abrangência uma que a equipe 1, do CSG tem a HAS como doença de maior prevalência, atingindo 21,19% da população acima de 19 anos.

No entanto, um dos maiores desafios para o seu controle é a não adesão ao tratamento, que envolve a utilização correta dos medicamentos, associada às mudanças nos hábitos de vida. Além disso, vários fatores podem contribuir para a falta de adesão ao tratamento.

Portanto, é pertinente a realização de um trabalho de intervenção acerca da temática, para se propor ações que melhorem os fatores relacionados com a baixa adesão dos pacientes ao tratamento da HAS e, dessa forma, aumentar a adesão dos hipertensos ao tratamento, aumento do conhecimento acerca da doença e suas complicações, assim como a importância na continuidade do tratamento, frente à cronicidade da mesma.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Elaborar um plano de intervenção para diminuir a incidência e complicações da HAS na eSF Equipe 1, do Centro de Saúde Guarani, em Belo Horizonte

3.2 Objetivos específicos

- Capacitar os membros da equipe, visando melhorar o conhecimento sobre a HAS;.
- Realizar atividades educativas para a prevenção, controle e tratamento da hipertensão arterial na comunidade;.

4 METODOLOGIA

Neste trabalho, para construção do plano de intervenção, foi utilizado, como percurso metodológico, o Planejamento Estratégico Situacional (PES), de acordo com Faria, Campos e Santos (2018). O PES busca, a partir de uma territorialização, identificar os problemas existentes na comunidade adscrita ao trabalho da equipe de saúde, priorizar um problema que foi eleito pela equipe como foco, no momento, da intervenção, levantar os nós críticos desse problema e, posteriormente, elaborar um projeto de intervenção com vistas à minimização ou resolução do problema escolhido.

Para subsidiar o projeto, realizou-se pesquisa por meio de busca de artigos científicos na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), na base de dados da *Scientific Library On Line* (SciELO), e arquivos da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte (SMSBH), do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), diretrizes, o Plano Municipal de Saúde 2018-2021, bem como arquivos da equipe.

Os descritores utilizados foram: Hipertensão, Atenção básica de saúde e Educação em saúde.

Reafirma-se que o plano de trabalho foi feito seguindo os passos preconizados pelo Planejamento Estratégico Situacional (PES), em que após o diagnóstico situacional, elaboraram-se projetos, operações, visando o alcance de resultados (FARIA; CAMPOS; SANTOS, 2018).

5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

5.1 Atenção Básica à Saúde

A Atenção Básica à Saúde caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde que visa a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação, no âmbito individual e coletivo. Ela deve ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e o centro articulador do acesso ao SUS e às RAS e ser capaz de resolver 85% dos problemas de saúde pública da população (PORTELA, 2017; BRASIL, 2017).

Ainda no seu Art.7º que descreve as responsabilidades das esferas de governos, destaca:

- I - contribuir para a reorientação do modelo de atenção e de gestão com base nos princípios e nas diretrizes contidas nesta portaria;
- II - apoiar e estimular a adoção da Estratégia Saúde da Família - ESF como estratégia prioritária de expansão, consolidação e qualificação da Atenção Básica;
- III - garantir a infraestrutura adequada e com boas condições para o funcionamento das UBS, garantindo espaço, mobiliário e equipamentos, além de acessibilidade de pessoas com deficiência, de acordo com as normas vigentes (BRASIL, 2017, s/p)

A Atenção Básica (AB), no Brasil, é desenvolvida com o mais alto grau de descentralização e capilaridade, utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância das populações em seu território, observando critérios de risco, vulnerabilidade, resiliência e o imperativo ético de que toda demanda, necessidade de saúde ou sofrimento devem ser acolhidos, por isso, é essencial que ela seja orientada pelos princípios doutrinários e organizativos do SUS (BRASIL, 2017).

Apesar de seguir todos os princípios do SUS, existem algumas particularidades da AB que a diferencia dos outros níveis de atenção. Entre elas, ter seu território adstrito de forma a permitir o planejamento, a programação descentralizada e o desenvolvimento de ações setoriais e intersetoriais, possibilitar o acesso universal e contínuo aos serviços de saúde, acolhendo os usuários e promovendo vinculação com a população adscrita garantindo a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado. A coordenação da integralidade em seus vários

aspectos, integrando a demanda espontânea e as ações programáticas, articulando as ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento e reabilitação, mesmo que ofertada em outros pontos de atenção da rede (BRASIL, 2017). Responsabiliza-se pela referência e contra referência das pessoas, dos produtos e das informações geradas pelos diversos componentes da rede. Outros fundamentos são: centralização na família, orientação na comunidade e valorização da cultura local (PORTELA, 2017).

A APS tem na ESF sua estratégia prioritária para expansão e consolidação da AB. A ESF busca melhorar a saúde e a qualidade de vida dos cidadãos, trabalha de forma multiprofissional, interdisciplinar e em equipe. As equipes multiprofissionais são compostas por um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde, pode fazer parte cirurgião-dentista e auxiliar em saúde bucal, ou técnico em saúde bucal e outros profissionais considerando a diversidade das necessidades de saúde dos usuários (BRASIL, 2017).

5.2 Hipertensão Arterial Sistêmica

Hipertensão Arterial (HA) é uma doença crônica de caráter multifatorial caracterizada por elevação sustentada dos níveis pressóricos, apresentando o sistólico maior ou igual 140 e/ou diastólico maior ou igual 90 mmHg. Associa-se, sempre, a distúrbios metabólicos, alterações funcionais e/ou estruturais de órgãos-alvos como o coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos. É agravada pela presença de outros fatores de risco (FR), como dislipidemia, obesidade abdominal, intolerância à glicose e diabetes mellitus (DM) (MALACHIAS et al., 2016).

O Ministério da Saúde assegura, também, que a HA ocasiona o aumento do risco de eventos cardiovasculares (CV) fatais e não fatais, como acidente vascular encefálico (AVE), infarto agudo do miocárdio (IAM), doença arterial periférica, aneurisma arterial e insuficiência renal e cardíaca (BRASIL, 2013).

No Brasil, a HA atinge 32,5% de indivíduos adultos, mais de 60% dos idosos, sendo responsável por 45% das mortes cardíacas e 51% das mortes decorrentes de AVE (MALACHIAS et al., 2016, p.1).

No Quadro 4 apresentam-se a frequência e custos com os procedimentos de internação e atendimento ambulatorial de pacientes com HAS

Quadro 4 - Frequência e custo de procedimentos de internação e ambulatorial da HAS em 2016.

	Frequência	Valor R\$
Internações (SIH)	83.688	R\$ 37.416.706,61
Atendimento Ambulatorial (SAI)	899.568	R\$ 23.839.365,70
Total	983.256	R\$ 61.356.072,31

Fonte: DATASUS, em 20/04/18, referente ao ano de 2016

Em 2016, foram registrados 983.256 procedimentos de internação e ambulatorial no SUS, gerando custo de R\$ 61,2 milhões.

Diversos fatores de risco já foram associados à HAS, entre eles, raça negra, obesidade, consumo excessivo de sódio, consumo crônico e elevado de bebidas alcoólicas, sedentarismo, fumo, associação direta e linear entre envelhecimento e com a DM (BRASIL, 2013; MALACHIAS et al., 2016).

Em relação aos fatores de risco, Sestile et al. (2014), a partir de resultados de pesquisa realizada, destacam a necessidade de criação de ações e programas que tenham como finalidade fazer a triagem e o encaminhamento das pessoas hipertensas a um serviço social, quer seja para tratamento ou seja ele de tratamento ou profilaxia, com o objetivo de que essas pessoas mudem hábitos alimentares, participem de exercícios físicos, mudem, portanto a qualidade de vida e tenham minimizados o agravamento de doenças cardiovasculares.

E advertem que “Também se faz necessária a abordagem do aspecto social, cultural e econômico, bem como educação e informação no ambiente escolar e familiar, quanto à adoção do estilo de vida saudável (SESTILE et al., 2014, p.102).

O Ministério da Saúde recomenda que se faça o rastreamento com a medição da pressão arterial (PA) a cada dois anos para os adultos com PA menor ou igual 120/80 mmHg, e anualmente para aqueles com PA maior 120/80 mmHg e maior

140/90 mmHg (BRASIL, 2010).

A aferição com esfigmomanômetro é a mais amplamente utilizada. A MAPA de 24 horas e a medição residencial da pressão arterial – MRPA - são os métodos utilizados para realizar as medições fora do consultório. Uma das vantagens da medição da PA fora do consultório é a redução do efeito de avental branco e avaliação em caso de suspeita de hipertensão mascarada e hipertensão do avental branco. A HAS é usualmente definida em adultos como sendo a pressão sistólica igual ou superior a 140 mmHg ou uma pressão diastólica maior ou igual 90 mmHg, é recomendado, para se realizar o diagnóstico, que se obtenham duas ou mais aferições em pelo menos duas ou mais visitas ao longo de um período de uma ou mais semanas (BRASIL, 2010).

A avaliação inicial de um paciente com HAS inclui a confirmação do diagnóstico, a suspeição e a identificação de causa secundária, além da avaliação do risco cardiovascular (RCV) (BRASIL, 2013).

As lesões de órgão-alvo (LOA) e doenças associadas também devem ser investigadas. Fazem parte dessa avaliação a medição da PA no consultório e/ou fora dele, utilizando-se técnica adequada e equipamentos validados, história médica (pessoal e familiar), exame físico e investigação clínica e laboratorial (MALACHIAS et al., 2016, p.7).

No Quadro 5 encontra-se a classificação da pressão arterial realizada no consultório para pessoas acima de 18 anos de idade.

Quadro 5 - Classificação da PA de acordo com a medicação casual ou no consultório a partir de 18 anos de idade

Classificação*	PAS (mmHg)	PAD (mmHg)
Normal	≤ 120	≤ 80
Pré-hipertensão	121 – 139	81 – 89
Hipertensão estágio 1	140 – 159	90 – 99
Hipertensão estágio 2	160 – 179	100 – 109
Hipertensão estágio 3	≥ 180	≥ 110

*Quando a PAS e a PAD situam-se em categorias diferentes, a maior deve ser utilizada para classificação da PA.

Fonte: (MALACHIAS et al., 2016, p.11)

A abordagem terapêutica da PA elevada inclui medidas não medicamentosas (MNM) e o uso de medicamentos anti-hipertensivos para diminuir a PA, “proteger órgãos-alvo, prevenir desfechos CV e renais”. O tratamento não medicamentoso tem eficácia, contudo, a adesão ao mesmo é real. (MALACHIAS et al., 2016, p.24).

Na abordagem de hipertensos estágio 1 e moderado ou baixo risco para CV, a terapia não farmacológica deve ser tentada por três e seis meses, respectivamente, e, no final destes períodos, ocorrendo falta de controle da PA, deve-se iniciar a terapia farmacológica. Quanto aos hipertensos classificados em estágios 2 e 3 e/ou de alto risco para CV, mesmo no estágio 1, devem iniciar de imediato o tratamento medicamentoso, sempre associado à medidas não farmacológicas (BRASIL, 2013; MALACHIAS et al.,2016).

As medidas não medicamentosas da HA envolvem controle ponderal, medidas nutricionais como: adoção da dieta DASH, redução no consumo de sódio e álcool, prática de atividades físicas, cessação do tabagismo, controle de estresse, entre outros (MALACHIAS et al., 2016; BRASIL, 2013).

Iniciado o tratamento com medicamentos, o paciente deverá ser orientado sobre a importância do uso contínuo, da eventual necessidade de ajuste de doses, da troca ou associação de medicamentos e ainda do eventual aparecimento de efeitos adversos (MALACHIAS et al., 2016).

5.3 Educação em saúde

Um dos compromissos e desafios do SUS é a necessidade de formação permanente de seus trabalhadores, visto que a formação profissional afeta diretamente a qualidade dos serviços prestados e o grau de satisfação dos usuários com o SUS.

A Fundação Nacional de Saúde (Funasa) estabeleceu Diretrizes de Educação em Saúde com vistas à Promoção da Saúde, baseada nos pressupostos:

A Educação em Saúde se constitui como um conjunto de práticas pedagógicas e sociais, de conteúdo técnico, político e científico, que no âmbito das práticas de atenção à saúde deve ser vivenciada e compartilhada pelos trabalhadores da área, pelos setores organizados da população e consumidores de bens e serviços de saúde e de saneamento ambiental; A Educação em Saúde é uma prática social, cujo processo contribui para a formação da consciência crítica das pessoas a respeito de seus problemas de saúde, a partir da sua realidade, e estimula a busca de

soluções e organização para a ação individual e coletiva; Reafirma a educação como um sistema baseado na participação das pessoas visando à mudança (transformação) de determinada situação, rompendo com o paradigma da concepção estática de educação como transferência de conhecimentos, habilidades e destrezas; A prática de saúde, enquanto prática educativa, tem por base o processo de capacitação de indivíduos e grupos para atuarem sobre a realidade e transformá-la[...] (BRASIL, 2007, p.19-20)

Assim, para lidar com a dinâmica da vida social das famílias assistidas, da própria comunidade e da capacidade resolutiva dos serviços de saúde, a Educação em Saúde (ES) parte do pressuposto da aprendizagem significativa e interrogativa, propondo estratégias que possibilitam a construção coletiva, afim de aproximar a vida cotidiana com práticas educativas voltadas para a Promoção da Saúde (MACHADO; WANDERLEY, 2012). O enfoque da ES representa uma importante mudança na concepção e nas práticas de capacitação dos trabalhadores dos serviços. (BRASIL, 2018).

Ela é feita a partir dos problemas enfrentados na realidade e leva em consideração o conhecimento e experiências prévias da população, contextualizado em sua vivência, e não somente no conhecimento científico, como ponto de partida (FALKENBERG *et al.*,2014).

Ainda Falkenberg *et al.* (2014, p. 851) dizem que:

Na educação em saúde deve ser enfatizada a educação popular em saúde, que valoriza os saberes, o conhecimento prévio da população e não somente o conhecimento científico. Na educação na saúde deve ser enfatizada a educação permanente em saúde, de maneira a buscar nas lacunas de conhecimento dos profissionais, ações direcionadas a qualificação dos processos de trabalho em saúde considerando as especificidades locais e as necessidades do trabalho real.

Propõe que os processos de educação dos trabalhadores da saúde se façam a partir do questionamento do processo de trabalho, e considera que as necessidades de formação e desenvolvimento dos trabalhadores sejam pautadas pelas necessidades de saúde das pessoas e populações, levando em consideração o conhecimento que o usuário já possui (BRASIL, 2018).

A ES transformar as práticas profissionais, é o reconhecimento do potencial educativo da situação de trabalho. O local de trabalho também se torna local de aprendizagem e de analisar os problemas vivenciados da prática (BRASIL, 2018). E

a partir da problematização compartilhar, ensinar e aprender, construir e desconstruir concepções, ideias e conceitos acerca da saúde, de sua produção e operação, buscando alternativas de transformação do processo de trabalho para o alcance de resultados mais efetivos e eficazes, em um processo de discussão em equipe, ou de auto avaliação (MACHADO; WANDERLEY, 2012).

Vasconcelos *et al.* (2017, p.254) asseguram que a:

A educação em saúde é um dos principais dispositivos para viabilizar a promoção da saúde na atenção básica no Brasil. O reconhecimento de que a saúde tem um caráter multidimensional e de que o usuário é um sujeito ativo da educação em busca de autonomia em seu cuidado são condições essenciais à prática neste âmbito da atenção.

Assim, a educação em saúde se constitui em ferramenta fundamental no luta às doenças crônicas, com destaque para a Hipertensão Arterial Sistêmica tendo em vista que a educação busca não apenas promover a saúde às pessoas hipertensas mas também criar condições inovadoras por meio, por exemplo de atividades lúdicas para alcance do objetivo proposto (VASCONCELOS *et al.*, 2017).

6 PLANO DE INTERVENÇÃO

Esta proposta refere-se ao problema priorizado HAS, para o qual se registra uma descrição do problema selecionado, a explicação e a seleção de seus nós críticos, de acordo com a metodologia do PES (FARIA; CAMPOS; SANTOS 2018).

6.1 Descrição do problema selecionado (terceiro passo)

Segundo a 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial (MALACHIAS et al., 2016), a HAS atinge 32,5% de indivíduos adultos no Brasil. Ela é considerada um dos principais fatores de risco para acidente vascular encefálico, infarto agudo do miocárdio, insuficiência cardíaca, doença arterial periférica e doença renal crônica.

Dados da Equipe 1 do CSG demonstram que há 742 hipertensos cadastrados na população acima de 19 anos, representando 21,19% dos usuários nessa faixa etária, subindo para 43,5% na população acima de 59 anos. É, portanto, o maior problema enfrentado pela ESF e seus usuários.

6.2 Explicação do problema selecionado (quarto passo)

A HAS, por se tratar de uma doença multifatorial e ter diversos FR, muitos dos quais modificáveis, mostra muito falta de adesão ao tratamento, sendo o tratamento não medicamentoso fundamental para conseguirmos o controle pressórico adequado e evitar suas complicações.

Um dos principais problemas enfrentados por nós da Equipe 1 é a não adesão ao tratamento, devido inúmeras razões, como uso de vários medicamentos concomitantemente, dificuldade de compreender as informações durante a dispensação do medicamento, as próprias reações adversas da terapia, a característica assintomática da doença, falta de informação sobre a doença e a importância da mudança de hábitos de vida. Eleva-se, assim, o número de atendimentos, internações e sequelas da doença.

6.3 Seleção dos nós críticos (quinto passo)

Os nós críticos do problema priorizado pela equipe foram:

- Baixo nível de conhecimento acerca da HAS;
- Hábitos e estilos de vida inadequados.
- Uso incorreto das medicações

6.4 Desenho das operações (sexto passo)

A Equipe 1 propôs, a partir dos “nós críticos”, identificados sobre a alta prevalência da HAS, as operações e projetos necessários para a sua solução, os produtos e resultados esperados dessas operações e os recursos necessários à sua execução.

Os quadros 6, 7 e 8 apresentados a seguir facilitam a visualização mais geral do problema, os recursos usados, os resultados e produtos esperados, e o seu monitoramento.

Quadro 6 - Desenho das operações (6º passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo) sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema “Alta prevalência da HAS”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família equipe 1 do município Belo Horizonte, estado de Minas Gerais

Nó crítico 1	Baixo nível de conhecimento acerca da HAS
6º passo: operação (operações)	Fornecer informações à população sobre HAS, tratamento, riscos a que estão expostos.
6º passo: projeto	<i>Conhecimento é saúde</i>
6º passo: resultados esperados	Melhor controle da PA, menos complicações relacionadas à HAS e autoconhecimento acerca da própria condição de saúde; maior compreensão e aceitação dos tratamentos medicamentoso e não medicamentoso.
6º passo: produtos esperados	Reuniões mensais com os pacientes hipertensos, programas comunitários de prevenção ao HAS
6º passo: recursos necessários	Cognitivo: fixação do tema exposto Político: adesão do gestor local Financeiro: recursos audiovisuais
7º passo: viabilidade do plano - recursos críticos	Cognitivo: a própria equipe será responsável pelas reuniões educativas mensais; Político: sensibilizar o gestor para aderir ao projeto educativo proposto. Financeiro: verba para aquisição de materiais audiovisuais.
8º passo: controle dos recursos críticos - ações estratégicas	Médica, enfermeira e ACS
9º passo: acompanhamento do plano - responsáveis e prazos	Mensalmente, a médica e enfermeira, por meio de consultas e participação das pessoas hipertensas nos grupos educativos, verificarão como estão se auto cuidando, valor pressórico, dentre outras. Por se tratar de doença crônica, a intenção é manter por tempo indeterminado, grupos educativos no CSG.
10º passo: gestão do plano: monitoramento e avaliação das ações	Avaliação e monitoramento das ações será realizado durante reuniões de equipe

Quadro 7 – Desenho das operações (6º passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo) sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema “Alta prevalência da HAS”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família equipe 1 do município Belo Horizonte, estado de Minas Gerais

Nó crítico 2	Hábitos e estilos de vida inadequados
6º passo: operação (operações)	Melhorar o controle da HAS através da modificação do estilo de vida
6º passo: projeto	<i>Vida leve</i>
6º passo: resultados esperados	Alcançar IMC esperado para idade e sexo, realização de exercícios físicos regulares, abandono do tabagismo, controle de outras comorbidades associadas e controle do estresse.
6º passo: produtos esperados	Grupos de educação multidisciplinares com os profissionais do NASF (psicólogos, nutricionista, profissional de educação física e farmacêutico)
6º passo: recursos necessários	Cognitivo: informações sobre o tema com enfoque em hábitos de vida saudáveis. Político: articulação intersetorial com o setor de educação e o NASF Financeiro: material didático
7º passo: viabilidade do plano – recursos críticos	Cognitivo: disponibilidade de mídias educativas Político: adesão do gestor local Financeiro: impressão de material
8º passo: controle dos recursos críticos – ações estratégicas	Equipe de saúde e NASF
9º passo: acompanhamento do plano – responsáveis e prazos	Avaliação gradual da ocorrência de mudanças no estilo de vida Por se tratar de doença crônica, a intenção é manter por tempo indeterminado, grupos educativos no CSG.
10º passo: gestão do plano: monitoramento e avaliação das ações	Avaliação e monitoramento das ações será realizado durante reuniões de equipe com o NASF

Quadro 8 – Desenho das operações (6º passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo) sobre o “nó crítico 3” relacionado ao problema “Alta prevalência da HAS”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família equipe 1 do município Belo Horizonte, estado de Minas Gerais

Nó crítico 3	Uso incorreto das medicações
6º passo: operação (operações)	Reforço constante, durante consultas individuais e grupos, da necessidade do uso coreto das medicações propostas
6º passo: projeto	Controle da PA
6º passo: resultados esperados	Aumento da adesão ao tratamento medicamentoso
6º passo: produtos esperados	Controla da PA, verificado durante consultas e grupos
6º passo: recursos necessários	Cognitivo: informação sobre a importância do uso e tomada correta da medicação (evitar complicações) Político: mobilização social e sensibilização dos usuários Financeiro: impressão de panfleto
7º passo: viabilidade do plano - recursos críticos	Cognitivo: fixação sobre o tema Político: adesão do gestor local Financeiro: panfleto
8º passo: controle dos recursos críticos – ações estratégicas	Médica, enfermeira e técnica de enfermagem
9º passo: acompanhamento do plano – responsáveis e prazos	Regularidade nos atendimentos aos hipertensos Por se tratar de doença crônica, a intenção é manter por tempo indeterminado, grupos educativos no CSG.
10º passo: gestão do plano: monitoramento e avaliação das ações	Avaliação e monitoramento das ações será realizado durante as consultas, com resultado positivo de valor de PA controlada.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

De acordo com a literatura e os dados apresentados é possível concluir que para atingir os objetivos delineados neste trabalho será necessário esforço contínuo da equipe multiprofissional do CSG.

Devido o caráter crônico da HAS, os planos propostos devem ser mantidos por tempo indeterminado e constantemente atualizados a partir do diagnóstico situacional da saúde e dos nós críticos observados.

Espera-se que com a aplicação das operações e projetos elaborados e contidos nos planos, os usuários melhorem seus conhecimentos acerca da HAS e obtenham melhor controle da doença através da modificação do estilo de vida, aumento da adesão ao tratamento medicamentoso e, portanto, consigam diminuir os desfechos desfavoráveis da doença. Espera-se, ainda, que o usuário seja o centro do processo de atenção à saúde e melhore sua qualidade de vida.

REFERENCIAS

ARQUIVO PÚBLICO DA CIDADE DE BELO HORIZONTE. **Histórias de bairros de Belo Horizonte**: Regional Norte / coordenador. Belo Horizonte: Arquivo Público da Cidade, 2011. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/belo-horizonte/panorama>>. Acesso em: 15 mai. 2019.

BELO HORIZONTE, MG - Prefeitura Municipal de Belo Horizonte/Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde 2018-2021**, Belo Horizonte, 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**: o que se tem produzido para o seu fortalecimento? / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde – 1. ed. rev. – Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. PORTARIA Nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **DOU**. Edição: 183, Seção: 1, p. 68. Publicado em 22/09/2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica**: hipertensão arterial sistêmica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. (Cadernos de Atenção Básica, n. 37).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Rastreamento**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Fundação Nacional de Saúde. **Diretrizes de educação em saúde visando à promoção da saúde**: documento base - documento I/Fundação Nacional de Saúde - Brasília: Funasa, 2007.

FALKENBERG, M.B. *et al.* Educação em saúde e educação na saúde: conceitos e implicações para a saúde coletiva. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 847-852, Mar. 2014.

FARIA H. P.; CAMPOS, F.C.C.; SANTOS, M. A. **Planejamento, avaliação e programação das ações em saúde**. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2018 Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca>. Acesso em: 10 out. 2019.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. IBGE Minas Gerais. **Belo Horizonte**, 2019. Disponível em <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/belo-horizonte/panorama>>. Acesso em: 01 jun. 2019.

MACHADO, A.G.M; WANDERLEY, L.C.S. **Educação em Saúde**. UNA-SUS | UNIFESP.Especialização em Saúde da Família, 2012. Disponível em: https://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/2/unidades_conteudos/unidade09/unidade09.pdf. Acesso em: 25, abr, 2020.

MALACHIAS, M.V.B. *et al.* 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial: Capítulo 1 - Conceituação, Epidemiologia e Prevenção Primária. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo, v. 107, n. 3, supl. 3, p. 1-6, Sept. 2016.

PORTELA, G. Z. Atenção Primária à Saúde: um ensaio sobre conceitos aplicados aos estudos nacionais. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 2, p. 255-276, June 2017.

SESTILE, C. C. *et al.* Avaliação da hipertensão associada a fatores de risco em escolares do município de Umuarama – Paraná Evaluation of hypertension associated with risk factors in student in Umuarama. **Rev Bras Hipertens** v. 21, n. 2, p.98-103, 2014.

VASCONCELOS, M. I. O. *et al.* Educação em saúde na atenção básica: uma análise das ações com hipertensos. **Rev. APS.**, v.20, n.2, p.253-262, 2017.