

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

WALISSON FRANCISCO FERREIRA

**PROPOSTA DE INTERVENÇÃO PARA IMPLANTAÇÃO DE GRUPOS
OPERATIVOS COM HIPERTENSOS DO CENTRO DE SAÚDE MARIA
MADALENA TEODORO / LINDÉIA EM BELO HORIZONTE – MINAS
GERAIS**

BELO HORIZONTE– MINAS GERAIS

2017

WALISSON FRANCISCO FERREIRA

**PROPOSTA DE INTERVENÇÃO PARA IMPLANTAÇÃO DE GRUPOS
OPERATIVOS COM HIPERTENSOS DO CENTRO DE SAÚDE MARIA
MADALENA TEODORO / LINDÉIA EM BELO HORIZONTE – MINAS
GERAIS**

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

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Eluana de Araújo Gomes

BELO HORIZONTE– MINAS GERAIS

2017

WALISSON FRANCISCO FERREIRA

**PROPOSTA DE INTERVENÇÃO PARA IMPLANTAÇÃO DE GRUPOS
OPERATIVOS COM HIPERTENSOS DO CENTRO DE SAÚDE MARIA
MADALENA TEODORO / LINDÉIA EM BELO HORIZONTE – MINAS
GERAIS**

Banca Examinadora

Prof.^a Dr^a Eluana de Araújo Gomes (orientadora)

Prof.^a MSa. Eulita Maria Barcelos - UFMG

Aprovado em Belo Horizonte: 31/05/2017

AGRADECIMENTOS

Primeiramente a Deus por ser essencial em minha vida, autor do meu destino, permitindo que tudo isso acontecesse, me dando saúde e inteligência para superar todas as dificuldades ao longo da minha vida.

Aos meus pais Vicente e Maria pela minha educação e por nunca medirem esforços para que eu pudesse levar meus estudos adiante. A minha querida esposa Luana pelo apoio incondicional. Aos meus irmãos e familiares pela amizade, carinho e incentivo.

À equipe do Centro de Saúde Lindéia e Núcleo de Apoio a Saúde da Família 5 por todo apoio na minha trajetória profissional de SUS e na construção deste trabalho. Aos professores do Programa Academia da Cidade de BH, principalmente aos colegas de turma pelo companheirismo e auxílio ao longo dessa jornada.

A todos os integrantes do NESCON/UFMG por ter nos dado a oportunidade de realizar este curso e a minha tutora e orientadora Eluana pela paciência, dedicação e ensinamentos na construção deste trabalho.

“A melhor maneira encontrada pelo homem para se
aperfeiçoar é aproximando-se de Deus”

Pitágoras

RESUMO

Considerado um dos mais importantes problemas de saúde pública, a hipertensão arterial representa um dos principais fatores de risco para morbidade e mortalidade cardiovascular. Após diagnóstico situacional da área de abrangência do Centro de Saúde Maria Madalena Teodoro / Lindéia no município de Belo Horizonte – MG, observou-se alto número de hipertensos sem cobertura de ações de promoção da saúde, como preconizado pelo Ministério da Saúde. Sendo assim, este estudo teve como objetivo elaborar um projeto de intervenção para melhorar o acompanhamento e controle dos usuários hipertensos da área de abrangência do Centro de Saúde Maria Madalena Teodoro / Lindéia, através da implantação de grupos operativos. A metodologia foi executada em três etapas: realização do diagnóstico situacional; revisão de literatura e desenvolvimento de um plano de ação. Neste estudo foram selecionados os seguintes nós críticos: estilos de vida inadequados dos usuários hipertensos; baixo nível de informação dos pacientes sobre a HAS; falta de espaço físico dentro do Centro de Saúde para encontros em grupo; falta de apoio e empoderamento da família no tratamento da hipertensão. Baseado nesses nós críticos foram propostas as seguintes ações de enfrentamento: criação dos projetos “saúde é atitude” e “decifrando a hipertensão” através da estratégia de grupos operativos, de forma a incentivar uma mudança nos hábitos de vida inadequados e aumentar o nível de informação dos hipertensos sobre sua doença. O projeto “rede amiga” visa a parceria e aproximação do Centro de Saúde com igrejas, escolas e outras instituições da região para conseguir local adequado para reuniões do grupo e o projeto “família que cuida” busca estimular a participação dos familiares nas reuniões do grupo, possibilitando um empoderamento familiar no auxílio ao tratamento do hipertenso.

Palavras-chave: Hipertensão. Promoção da saúde. Educação em saúde. Atenção primária à saúde.

ABSTRACT

The hypertension is considered one of the most important public health problems and is the one of the main risk factors for morbidity and mortality. After a situational diagnosis of the area covered by the Maria Madalena Teodoro / Lindéia Health Center, in the city of Belo Horizonte - MG, a high number of hypertensive patients with no coverage of health promotion actions was observed, as recommended by the Ministry of Health. Thus, this study aimed to develop an intervention project to improve the follow - up and control of hypertensive users in the Maria Madalena Teodoro / Lindéia Health Center through the implementation of operating groups. The methodology was executed in three stages: accomplishment of the situational diagnosis; Literature review and development of an action plan. In this study we selected the following critical nodes: inadequate lifestyles of hypertensive users; Low level of patient information on hypertension; Lack of physical space within the Health Center for group meetings; Lack of support and empowerment of the family in the treatment of hypertension. Based on these critical nodes, the following coping actions were proposed: creation of the actions/projects "health is attitude" and "deciphering hypertension" through the strategy of operating groups, in order to encourage a change in inadequate living habits and increase the level of information Hypertension on their disease. The "friendly network" project aims at the partnership and approximation of the Health Center with churches, schools and other institutions in the region in order to obtain suitable place for group meetings and the "caring family" project seeks to encourage the participation of family members in group meetings, enabling a family empowerment in the treatment of hypertension.

Keywords: Hypertension. Health promotion. Health education. Primary health care.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACE	Agente de Combate a Endemias
ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
BH	Belo Horizonte
CS	Centro de Saúde
DCV	Doenças Cardiovasculares
DS	Diagnóstico Situacional
DST's	Doenças Sexualmente Transmissíveis
ER	Estimativa Rápida
ESF	Estratégia de Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDHM	Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
IVS	Índice de Vulnerabilidade Social
LILACS	Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde
MEDLINE	<i>Literatura Internacional em Ciências da Saúde</i>
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NOAS	Norma Operacional de Assistência à Saúde
PA	Pressão Arterial
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PAD	Pressão Arterial Diastólica
PAM	Pronto Atendimento Médico
PAS	Pressão Arterial Sistólica
PBH	Prefeitura de Belo Horizonte
PES	Planejamento Estratégico Situacional
PSF	Programa de Saúde da Família
SCIELO	<i>Scientific Eletronic Libray Online</i>
SMSA	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema único de Saúde
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
URS	Unidades de Referência Secundárias

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 - Classificação dos estágios da pressão arterial para adultos acima de 18 anos ..	18
Quadro 2 - Priorização dos problemas / CS Lindéia	25
Quadro 3 - Captação de hipertensos pela equipe de PSF do CS Lindéia	26
Quadro 4 - Número de atendimentos a hipertensos por equipe de PSF do CS Lindéia....	28
Quadro 5 - Síntese de operações e projetos propostos	29
Quadro 6 - Recursos críticos para o início do grupo operativo com hipertensos	31
Quadro 7 - Propostas de ações para motivação dos atores responsáveis	32
Quadro 8 - Plano de implantação do grupo operativo para hipertensos no CS Lindéia .	33
Quadro 9 - Gestão do Plano	35

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
2 JUSTIFICATIVA	15
3 OBJETIVOS	15
3.1 Objetivo geral	16
3.2 Objetivos específicos	16
4 METODOLOGIA	17
5 REVISÃO DE LITERATURA	18
5.1 Hipertensão arterial sistêmica em adultos	18
5.2 Políticas públicas no controle da hipertensão	19
5.3 Grupos Operativos	22
6 PLANO DE AÇÃO	24
6.1 Primeiro passo: definição dos problemas	24
6.2 Segundo passo: priorização dos problemas	25
6.3 Terceiro passo: descrição do problema	26
6.4 Quarto passo: explicação do problema	27
6.5 Quinto passo: seleção dos nós críticos	28
6.6 Sexto passo: desenho das operações	29
6.7 Sétimo passo: identificação dos recursos críticos	31
6.8 Oitavo passo: análise de viabilidade do plano	31
6.9 Nono passo: elaboração do plano operativo	32
6.10 Décimo passo: gestão do Plano	34
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	36
REFERÊNCIAS	37

1 INTRODUÇÃO

Caracterizada pela manutenção elevada e sustentada dos níveis pressóricos, a hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma condição clínica crônica multifatorial. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2010). É um dos mais importantes problemas de saúde pública, representa um dos principais fatores de risco para morbidade e mortalidade cardiovascular (BRASIL, 2001). É considerado hipertenso, o indivíduo que mantém seus níveis pressóricos cronicamente em valores iguais ou superiores a 140 mmHg para a pressão arterial sistólica (PAS) e/ou 90 mmHg para a pressão arterial diastólica (PAD) na ausência de terapia anti-hipertensiva (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2010).

Estudos com a população brasileira demonstram uma “prevalência 20% de hipertensos na população geral adulta” (BRASIL, 2001, p. 11), e “aproximadamente 50% da população idosa entre 60 e 69 anos” (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2010, p. 9). Ainda conforme os autores o diagnóstico, o tratamento e o controle da HAS são fundamentais para a redução dos eventos cardiovasculares.

Por ser uma doença de difícil controle, existe a necessidade de uma mudança de estilo de vida dos pacientes, principalmente sobre os hábitos alimentares inadequados, tabagismo, consumo excessivo de álcool e sedentarismo (BRASIL, 2001). Somado a isso, a prática regular de exercícios físicos, principalmente os aeróbios vêm sendo indicada por profissionais da saúde, como meio auxiliar, de forma efetiva no controle dos níveis elevados de pressão arterial (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2010).

Infelizmente existe uma grande falta de adesão ao tratamento por parte dos pacientes, creditada principalmente ao tratamento contínuo, prolongado e da presença de efeitos colaterais de alguns medicamentos (XIMENES NETO; MELO, 2005). Existe importante influência na relação equipe de saúde - paciente para esta adesão, porém, muitas vezes essa relação é insatisfatória. A falta de motivação por parte dos usuários, juntamente com a carência do sistema de apoio, dificuldades financeiras e dificuldade de acesso ao sistema de saúde também são fatores que contribuem para falta de adesão ao tratamento (XIMENES

NETO; MELO, 2005). Por outro lado, observa-se que alguns instrumentos da prática da Atenção Primária a Saúde (APS) são importantes na tentativa de resolver as questões supracitadas.

No sentido de facilitar a adesão ao tratamento proposto, deve ser estimulada a criação de grupos de hipertensos e, quando possível, os mesmos devem contar com uma equipe multidisciplinar (BRASIL, 2001), o apoio familiar também contribui na adesão ao tratamento (SARAIVA *et al.*, 2007).

Desde janeiro de 2013, faço parte da APS, sou lotado no Centro de Saúde Maria Madalena Teodoro/Lindéia (CS Lindéia) e integrante da equipe 5 do Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF 5) da Regional Barreiro, no município de Belo Horizonte (BH). A cidade de Belo Horizonte foi fundada em 12 de dezembro de 1897 é a capital do estado de Minas Gerais. Possui uma área de 331,401Km², uma população de aproximadamente 2.479.175 habitantes e densidade demográfica de 7.491,09 habitantes/km² segundo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010). Seus municípios limítrofes são: Vespasiano (Norte), Ribeirão das Neves, Contagem e Ibitaré (Oeste), Brumadinho (Sul), Nova Lima (Sudeste), Sabará (Leste) e Santa Luzia (Nordeste). O município de Belo Horizonte está dividido em nove administrações regionais (Barreiro, Centro-Sul, Leste, Nordeste, Noroeste, Norte, Oeste, Pampulha e Venda Nova) cada uma delas, por sua vez, dividida em vários bairros. Criadas em 1983, a jurisdição das unidades administrativas regionais leva em conta a posição geográfica e a história de ocupação (PORTAL PBH, 2015).

Conforme o Censo IBGE (2010) toda a população do município é residente de área urbana e conta com 762.136 domicílios. O percentual de abastecimento de água tratada e recolhimento de esgoto por rede pública é de 100% (TRATA BRASIL, 2012). O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) de Belo Horizonte é de 0,810, o que situa esse município na faixa de desenvolvimento humano muito alto (IDHM entre 0,800 e 1), a dimensão que mais contribui para o IDHM do município é longevidade, com índice de 0,856, seguida de renda, com índice de 0,841, e de educação, com índice de 0,737 (ATLAS BRASIL, 2013). A renda per capita média é de R\$1.455,52. A renda per capita média de Belo Horizonte cresceu 87,77% nas últimas duas décadas, passando de R\$ 797,42, em 1991, para R\$ 1.101,96, em 2000, e para R\$ 1.497,29, em 2010 (ATLAS BRASIL, 2013).

Em Belo Horizonte, a APS é estruturada a partir da Estratégia de Saúde da Família (ESF) com cobertura 86,93% da população (Secretaria Municipal de Saúde (SMSA) Prefeitura de Belo Horizonte (PBH, 2015), desde a implantação das primeiras equipes da ESF em 2002, a organização da atenção à saúde é feita a partir da definição de territórios ou áreas

de abrangência vinculadas aos Centros de Saúde (CS) e às equipes. O conhecimento desta população ocorre por meio de cadastro das famílias, do diagnóstico epidemiológico e da análise de riscos e vulnerabilidades, o que permite a identificação das prioridades e planejamento das ações.

A APS oferece práticas de promoção da saúde, prevenção de doenças, tratamento, reabilitação e atendimento aos casos de adoecimento agudo com intuito de alcançar a integralidade das ações. Quanto ao Sistema de Referência e Contra-referência, existe a hierarquização dos serviços, a fim de adequar o acesso do usuário sistematicamente nos níveis de complexidade de atendimento, tendo o atendimento primário como a porta de entrada no Sistema e sucessivamente o secundário e terciário, quando necessário ao usuário. As Unidades de Referência Secundária (URS) antes chamadas de PAM (Pronto Atendimento Médico) realizam consultas médicas e exames especializados de pacientes acompanhados nos 146 centros de saúde da capital.

A rede hospitalar de Belo Horizonte é composta por hospitais públicos, filantrópicos e privados que prestam serviços ao Sistema Único de Saúde (SUS). São feitas em média 19 mil internações no SUS todo mês, cerca de 40% são de usuários de outros municípios. As unidades de Urgência e Emergência funcionam 24 horas por dia, são 15 Unidades de urgência/emergência: 8 Unidades de Pronto-Atendimento (UPA) da Prefeitura e 7 prontos-socorros de hospitais públicos (SMSA/PBH, 2015). De acordo com o Relatório de Gestão do SUS-BH (2014), em dezembro de 2014, a cidade de Belo Horizonte contava com 147 Centros de Saúde, 587 Equipes de Saúde da Família, 300 Equipes de Saúde Bucal, 58 Equipes de Saúde Mental, 60 polos de Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), 61 Academias da Cidade.

O CS Lindéia pertence ao Distrito Sanitário Barreiro, conforme Censo BH Social (2015) possui 5036 famílias e 16585 usuários adscritos, distribuídos em 5 Equipes de Saúde da Família (todas as equipes possuem 01 médico de Saúde da Família, 01 enfermeiro, 01 auxiliar de enfermagem e 5 ACS) e 2 Equipes de Saúde Bucal (ambas com 01 cirurgião dentista, 01 técnico em Saúde Bucal e 02 Auxiliares de Saúde Bucal).

Após realização do diagnóstico situacional da área de abrangência do CS Lindéia foi possível identificar diferentes problemas na seguinte ordem de prioridades: alto índice de hipertensos na área de abrangência, alto índice de diabéticos na área de abrangência, falta de espaço físico para atender a demanda atual, vulnerabilidade para Dengue, aumento da incidência de DST's (principalmente Sífilis), alto índice de absenteísmo em consultas especializadas, elevado índice de gravidez na adolescência, vulnerabilidade social (equipes

em áreas de risco drogas e criminalidade), alta população de idosos e cadastros da população adscrita incompletos.

2 JUSTIFICATIVA

No Brasil, as doenças cardiovasculares (DCV) têm sido a principal causa de morte, apenas em 2007 ocorreram 308.466 óbitos por doenças do aparelho circulatório (MALTA *et al.*, 2009). A mortalidade por DCV aumenta progressivamente com a elevação da pressão arterial (PA) a partir de 115/75 mmHg de forma linear, contínua e independente (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2010).

Segundo levantamentos do Cadastro Censo BH Social (2015), cerca de 27,7% da população da área de abrangência do CS Lindéia apresenta HAS. Atualmente o Centro de Saúde Lindéia realiza uma média de 4 atendimentos/ano para cada hipertenso, o atendimento em grupos operativos poderia otimizar esse processo, melhorando o acompanhamento e possibilitando ao usuário uma maior carga de informações para o tratamento de sua patologia, aumentando assim a chance de controle da doença. A estratégia de atendimento em grupos operativos ainda possibilita a liberação de consultas individuais das agendas dos profissionais, principalmente do médico e enfermeiro.

A ampliação das ações para os hipertensos deve ser preconizada, pois, o custo do controle da HAS com consultas periódicas, grupos operativos, visitas domiciliares e outras ações de promoção é muito bem menor em detrimento ao custo do tratamento dos agravos relacionados: hemodiálise, cirurgias de reperfusão em infarto cardíaco, tratamento da retinopatia hipertensiva, internações, fisioterapia, etc. Os gastos em saúde são minimizados se a intervenção for feita na atenção primária, e não na secundária ou terciária, havendo possibilidade de promover melhor qualidade de vida para a comunidade (BRASIL, 2001).

Neste contexto, o Ministério da Saúde propõe que as Equipes de Saúde da Família promovam grupos para facilitar a adesão ao tratamento da HAS (BRASIL, 2002). Para a capacitação e desenvolvimento de habilidades individuais no enfrentamento do processo saúde doença é fundamental a mobilização e participação do usuário nas ações de educação em saúde (MACHADO; VIEIRA, 2009).

Diante dessa realidade, se evidencia a necessidade de intervenção na tentativa de prevenir e tratar adequadamente a hipertensão arterial. Pretende-se com este plano de ação buscar uma diminuição dos níveis pressóricos através de ações de promoção que serão propostas no grupo operativo com os hipertensos do CS Lindéia.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Elaborar um projeto de intervenção para melhorar o acompanhamento e controle dos usuários hipertensos da área de abrangência do Centro de Saúde Maria Madalena Teodoro/Lindéia, com a implantação de grupos operativos.

3.2 Objetivos específicos

1. Melhorar o acompanhamento dos usuários hipertensos através da estratégia de grupos operativos, visando um melhor controle da patologia.
2. Conscientizar os hipertensos da área de abrangência da necessidade de mudança no estilo de vida.
3. Disponibilizar o acesso aos hipertensos nos programas de atividades físicas ofertados na região.
4. Conscientizar os familiares dos hipertensos da importância do seu apoio no tratamento da HAS.

4 METODOLOGIA

Inicialmente realizou-se um diagnóstico situacional baseado no método de Estimativa Rápida (ER) na área de abrangência do CS Lindéia com o objetivo de identificar os principais problemas. Os dados foram coletados em três fontes principais: registros escritos existentes e/ou fontes secundárias, em entrevistas com integrantes das 5 Equipes de Saúde da Família e na observação ativa da área conforme abordado por Campos; Faria e Santos, (2010). Foram levantados diversos problemas, sendo o principal o alto índice de hipertensos na área de abrangência (não existe grupos operativos).

Com o problema identificado e selecionado, foi realizada uma revisão de literatura em artigos indexados nas bases de dados *MEDLINE*, Literatura Latino-Americana em Ciências da Saúde (LILACS), *Scientific Electronic Library On-Line* (SCIELO) e Google Acadêmico, publicados entre 2000 e 2016, além de livros, cartilhas, manuais e cadernos da Atenção Básica. Foram utilizados os seguintes descritores: hipertensão arterial, grupo operativo, promoção de saúde, Atenção Primária.

Depois de recolhidas as informações do diagnóstico situacional e com referencial teórico baseado na revisão de literatura, foi proposto um plano de ação, utilizando o Método de Planejamento Estratégico Situacional (PES). O PES tem a proposta de desenvolvimento do planejamento como um processo participativo, possibilitando a incorporação de ideias e sugestões dos vários setores e atores sociais, inclusive da população. (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

5 REVISÃO DE LITERATURA

5.1 Hipertensão Arterial Sistêmica em Adultos

Pressão Arterial (PA) é a pressão exercida pelo sangue no interior das paredes arteriais. O sangue flui de uma área de pressão mais alta para outra de pressão mais baixa, existindo sempre gradientes de pressão. Quando o ventrículo esquerdo se contrai, o mesmo passa a exercer uma pressão mais alta a existente na artéria aorta, então o sangue flui do coração para esta artéria passando pelos demais vasos sanguíneos até chegar ao lado direito do coração (McARDLE; KATCH; KATCH, 2002). Ainda segundo os autores os valores PA variam no sistema cardiovascular, durante a sístole do ventrículo esquerdo são apresentados os valores mais altos, denominados Pressão Arterial Sistólica (PAS), já durante a diástole ventricular o sangue é drenado a partir das artérias até os demais vasos sanguíneos, por consequência a PA diminui atingindo seus valores mínimos, sendo chamada Pressão Arterial Diastólica (PAD).

É considerado hipertenso, o indivíduo que mantém seus níveis pressóricos iguais ou superiores a 140 mmHg de pressão sistólica e/ ou 90 mmHg de diastólica em pelo menos duas aferições subsequentes obtidas em dias diferentes, em condições de repouso e ambiente tranquilo (SILVA; SOUZA, 2004). Segundo a Sociedade Brasileira de Hipertensão (2010), existe uma classificação sistematizada de acordo com os níveis pressóricos para adultos acima dos 18 anos, conforme quadro a seguir.

Quadro 1- Classificação dos estágios da pressão arterial para adultos acima dos 18 anos

Classificação	Pressão sistólica (mmHg)	Pressão diastólica (mmHg)
Normal	< 130	< 85
Limitrofe	130 - 139	85 - 89
Hipertensão estágio 1	140 - 159	90 - 99
Hipertensão estágio 2	160 - 179	100 - 109
Hipertensão estágio 3	≥ 180	≥ 110
Hipertensão sistólica isolada	≥ 140	< 90

Fonte: SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA (2010)

A HAS é uma doença multifatorial, tendo forte carga hereditária, vários fatores de risco estão associados: etnia, sexo, tabagismo, consumo de bebidas alcoólicas, obesidade ou sobrepeso, estresse, elevado consumo de sódio, níveis altos de colesterol, sedentarismo e diabetes (BRASIL, 2001). Apenas de 3% a 5% dos pacientes possuem pressão alta por motivos secundários a patologias renais, tireoidianas, hipofisárias e adrenais (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2010). Além desses fatores de risco, sabe-se que a sua incidência aumenta também com a idade, no qual, as artérias começam a perder a capacidade de dilatar, ficando menos complacentes. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2010).

5.2 Políticas públicas no controle da hipertensão

Considerado um dos mais importantes problemas de saúde pública, a HAS representa um dos principais fatores de risco para morbidade e mortalidade cardiovascular (BRASIL, 2001). No Brasil, as doenças cardiovasculares (DCV) têm sido a principal causa de morte, apenas em 2007 ocorreram 308.466 óbitos por doenças do aparelho circulatório (MALTA *et al.*, 2009). A mortalidade por DCV aumenta progressivamente com a elevação da pressão arterial (PA) a partir de 115/75 mmHg de forma linear, contínua e independente (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2010).

Geralmente, é uma doença silenciosa, sem dor e muitas vezes assintomática, mas que pode causar o óbito, quando ocorrem sintomas muitas vezes já são decorrentes das suas complicações (SILVA; SOUZA, 2004). A manutenção elevada dos níveis pressóricos ao longo da vida pode levar ao surgimento, muitas vezes de forma assintomática, de lesões em órgãos-alvo: olhos, rins, coração e cérebro (LATERZA, RONDON, NEGRÃO, 2007). Essas lesões ocorrem devido à agressão ao endotélio vascular pela alta pressão nas pequenas artérias desses órgãos (TEIXEIRA; EIRAS, 2011). Os vasos em degeneração podem obstruir o fluxo sanguíneo ou até se romper, desencadeando um acidente vascular (McARDLE; KATCH; KATCH, 2002).

Os efeitos e sequelas oriundas das DVC geralmente são devastadores, com graves repercussões para o paciente, sua família e para a sociedade. Grande parte dos pacientes que

sobrevivem apresenta com algum grau de comprometimento físico ou até mesmo invalidez. Essas doenças colaboram para o absenteísmo no trabalho e aposentadorias precoces, segundo dados do Instituto Nacional de Seguridade Social (BRASIL, 2002) 40% das aposentadorias precoces estão relacionadas ao acidente vascular encefálico e infarto agudo do miocárdio, além disso, representam elevado custo financeiro, onerando muito os serviços públicos de saúde, com altas taxas de internações hospitalares e procedimentos técnicos de alta complexidade (BRASIL, 2002).

O diagnóstico, o tratamento e o controle da HAS são fundamentais para a redução dos eventos cardiovasculares (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2010). Diante desse cenário, a Norma Operacional de Assistência à Saúde do Sistema Único de Saúde (NOAS/SUS) responsabiliza os municípios no controle da PA através da APS, onde são estabelecidas ações estratégicas como: diagnóstico precoce dos casos, cadastramento dos portadores, implementação e acompanhamento do tratamento e desenvolvimento de ações educativas (SOUSA; SOUZA; SCOCHI, 2006). Nesse contexto, insere-se a Estratégia de Saúde da Família (ESF) onde são preconizadas e priorizadas as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos.

No Brasil, em julho 1991 foi lançado o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Em janeiro de 1994, o programa foi aprimorado com a formação das primeiras Equipes de Saúde da Família, incorporando e ampliando a atuação dos agentes comunitários (BRASIL, 2001), estava então instituído o Programa de Saúde da Família (PSF), cujo objetivo principal seria a reorganização do modelo de saúde voltado para a cura das doenças e realizado pelos hospitais, para um modelo de promoção e prevenção levando a saúde para mais perto da família. Para alcançar esse objetivos a Unidade básica de Saúde passa a ser a porta de entrada do usuário ao sistema de saúde, assegurando a referência e contra-referência aos demais níveis de atenção (BRASIL, 2001).

Atualmente a Equipe de Saúde da Família é composta no mínimo, por um médico de família ou generalista, um enfermeiro, auxiliar de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS), podendo ser acrescidos os profissionais de saúde bucal: cirurgião-dentista generalista ou especialista em Saúde da Família, auxiliar e/ou técnico em saúde bucal. Geralmente uma cada equipe de Saúde da Família é responsável por no máximo 4.000 pessoas, sendo a média recomendada de 3.000, respeitando os critérios de equidade para essa definição. O território é dividido em microáreas onde os ACS realizam visitas domiciliares, trazendo ao conhecimento da equipe as necessidades de saúde da população. O número de

ACS deve ser suficiente para cobrir 100% da população cadastrada, com um máximo de 750 pessoas por ACS e de 12 ACS por equipe de Saúde da Família, não ultrapassando o limite máximo recomendado de pessoas por equipe (BRASIL, 2012). Segundo Araújo e Guimarães (2007) o ACS é o elo fundamental entre o domicílio e a Unidade de Saúde, representando a principal diferença entre a atuação desse programa e a atividade usual da Unidade Básica de Saúde no antigo molde de atuação.

A atenção à saúde dos portadores de hipertensão arterial é uma das prioridades da NOAS na Estratégia Saúde da Família, de acordo com o Plano de Reorganização da Atenção à hipertensão arterial e diabetes mellitus o tratamento da hipertensão arterial inclui as seguintes estratégias: educação, modificações dos hábitos de vida e, se necessário medicamentos. Com o objetivo de vincular os portadores de hipertensão arterial e diabetes mellitus às unidades básicas de saúde, o Ministério da Saúde criou um Sistema de cadastramento e acompanhamento intitulado HIPERDIA. O sistema permite o acompanhamento da assistência dirigida aos hipertensos e diabéticos nas unidades básicas de saúde, como também colabora no planejamento e programação da assistência farmacêutica a esses usuários. O objetivo é fornecer dados que subsidiem os gestores de saúde a elaborar estratégias que proporcionem melhoria da qualidade de vida desta população (BRASIL, 2002).

Segundo Machado e Vieira (2009) as ações de educação em saúde devem ter a participação do usuário em todas as suas fases: na mobilização, capacitação e desenvolvimento de aprendizagem de habilidades individuais e sociais para lidar com os processos de saúde-doença. O processo saúde-doença está relacionado a vários fatores como: crenças, percepções, hábitos culturais, nível de escolaridade, etc. Embora os hábitos para atingir uma vida saudável sejam divulgados nos serviços de saúde e nos meios de comunicação, a conscientização e adesão dos hipertensos ao tratamento proposto tem sido o grande desafio para o serviço de saúde, considerando que as dificuldades apontadas estão diretamente relacionadas às formas de inserção social de cada indivíduo.

O Ministério da Saúde propõe que as Equipes de Saúde da Família promovam grupos para facilitar a adesão ao tratamento da HAS, para a capacitação e desenvolvimento de habilidades individuais no enfrentamento do processo saúde doença (BRASIL, 2002). O apoio familiar também contribui na adesão da pessoa hipertensa ao tratamento (SARAIVA *et al.*, 2007).

5.3 Grupos Operativos

Enrique Pichon-Rivière (1907-1977), médico psiquiatra e psicanalista de origem suíça e que viveu na Argentina, elaborou na década de 1940 a teoria de grupos operativos. Segundo seus conceitos o grupo operativo seria “como um conjunto de pessoas ligadas no tempo e espaço, articuladas por sua mútua representação interna, que se propunham explícita ou implicitamente a uma tarefa” (PICHON-RIVIÈRE, 2000 apud. VASCONCELOS; GRILO; SOARES, 2009, p. 46). Enfatizando nessa teoria o importante papel dos vínculos sociais como a base para esse processo de aprendizagem.

Segundo Santos e Andrade (2003) é inerente ao ser humano a tendência de grupalização, no entanto um grupo possui características próprias sendo conceitualmente diferenciado de agrupamento. Para Fernandes (2003) o conceito de agrupamento engloba um conjunto de pessoas que compartilham do mesmo espaço, com objetivos comuns já para que exista um grupo é necessário que haja interações vinculares. Dias e Castro (2006) definem grupo um conjunto de integrantes reunidos em torno de um interesse comum, onde o todo é maior do que as partes, havendo alguma forma de interação afetiva entre os membros do grupo, sendo estabelecido algum tipo de vínculo entre os integrantes.

Segundo Vasconcelos; Grilo e Soares (2009), fundamentado nas teorias de Pichon-Rivière, no processo de um grupo operativo existem três etapas ou momentos que são descritos como: pré-tarefa, tarefa e projeto. A pré-tarefa é o momento que o grupo formula os seus objetivos, propõe a mudança, mas seus integrantes apresentam diferentes graus de resistência àquela mudança, são todas as ações onde a presença de medos básicos como a ansiedade, leva a utilização de técnicas defensivas causando dificuldade psíquica e afetiva à aprendizagem e à comunicação dentro do grupo, levando a uma situação que paralisa o prosseguimento do grupo. A tarefa é o momento, em que se rompe a estereotipia surgida na pré-tarefa. Vasconcelos; Grilo e Soares (2009, p. 47), considera que “[...] a execução da tarefa acarreta enfrentar alguns obstáculos relacionados a conceitos preestabelecidos que devem ser desconstruídos e reconstruídos.” Durante a tarefa, o grupo supera os medos básicos que atrapalham a aprendizagem. A etapa da tarefa possui duas dimensões: uma explícita e outra implícita. A explícita diz respeito ao objetivo direto do grupo, já a tarefa implícita se caracteriza pela manutenção da coesão do grupo e dos montantes de ansiedades que são despertadas durante a realização da tarefa explícita. O projeto é caracterizado pela mudança efetiva, a transformação da realidade, uma vez alcançado um nível que o grupo já tenha alcançado nível de operatividade.

É importante salientar que os três momentos descritos não seguem uma lógica linear e cumulativa, podem apresentar regressões, dispersões, ambivalências diante da constante demanda de sustentação do processo e sua reflexão, por isso, é necessário que o grupo esteja sempre se reorganizando, se recriando (VASCONCELOS; GRILO; SOARES, 2009)

Segundo Zimerman (2007) existem quatro campos de abrangência para os grupos operativos: ensino-aprendizagem, institucional, comunitário e terapêutico. Os grupos de ensino-aprendizagem têm como tarefa essencial a possibilidade para reflexão sobre temas e discutir questões. Os institucionais que são grupos formados em escolas, igrejas, sindicatos, promovendo reuniões com vistas ao debate sobre questões de seus interesses. Os grupos comunitários são utilizados em programas voltados para a Promoção da Saúde, onde profissionais não-médicos são treinados para a tarefa de integração e incentivo a capacidades positivas. Já os grupos operativos objetiva a melhoria da situação patológica dos indivíduos, tanto a nível físico quanto psicológico.

A Promoção da Saúde e a prevenção de agravos têm sido foco fundamental na Estratégia Saúde da Família, neste sentido o trabalho com grupos vem sendo incorporado pelas equipes como uma estratégia para o alcance desses objetivos. O trabalho com grupos na atenção primária é uma prática sugerida pelo Ministério da Saúde no Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus, e corroborada por outros autores (DIAS; SILVEIRA; WITT, 2009; HORTA *et al.*, 2009).

6 PLANO DE AÇÃO

6.1 Primeiro passo: Definição dos problemas

O plano de ação foi elaborado utilizando o método de Planejamento Estratégico Situacional (PES). O PES tem a proposta de desenvolvimento do planejamento como um processo participativo, possibilitando a incorporação de ideias e sugestões dos vários setores e atores sociais, inclusive da população (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010). Baseado no Diagnóstico Situacional (DS) realizado na área de abrangência do C.S. Lindéia, obtendo informações através do método de Estimativa Rápida (ER) por meio do diálogo com os integrantes de todas as cinco Equipes de Saúde da Família (mínimo 2 categorias de cada equipe), levantamento com ACE/zoonoses, lideranças da população (presidente, vice-presidente e secretário da comissão local de saúde) e a Gerência do Centro de Saúde representada pela Gerente Adjunta, foram levantados os seguintes problemas:

- Elevado índice de hipertensos: 27,7% da população adscrita (4591 usuários) são hipertensos. Não existem Grupos Operativos para esse público;
- Elevado índice de diabéticos: 9,1% da população adscrita (1517 usuários) são diabéticos. Não existem Grupos Operativos para esse público;
- Falta de espaço físico para atender a demanda atual: área de espera pequena, C.S. não possuiu sala de reuniões, falta espaço para consultório odontológico e falta de consultório NASF/médicos de apoio;
- Elevado índice de gravidez na adolescência: das 134 gestantes captadas em 2015 na área de abrangência, 19,4% são adolescentes com idade entre 12 e 18 anos (26 usuárias adolescentes grávidas);
- Vulnerabilidade para Dengue: em 2015 foram 174 casos confirmados, 400 notificações com incidência de 25% dos domicílios fechados para intervenção de ACE;
- Alta população de idosos: 15,17% da população adscrita (2473 usuários) acima dos 60 anos;
- Vulnerabilidade social, equipes em áreas de risco drogas e criminalidade: índice de Vulnerabilidade Social (IVS) da área de abrangência é de 0,574 (PREFEITURA DE BELO HORIZONTE, 2012);
- Alto índice de absenteísmo em consultas especializadas: em 2015 das 1502 consultas especializadas agendadas, 195 não foram realizadas por ausência do paciente;

- Aumento da incidência de DST's, principalmente Sífilis: o teste rápido realizado em 2 eventos (outubro rosa 10/10/2015 e novembro azul 28/11/2015) apresentou 9 testes positivos para sífilis e 1 teste positivo para hepatite C.

- Cadastros da população adscrita incompletos: cerca de 40% dos cadastros faltam informações de escolaridade e situação no mercado de trabalho.

6.2 Segundo passo: priorização de problemas

Conforme a importância dos problemas com a influência que exercem sobre o estado de saúde dos usuários, a urgência que representa sua solução e a capacidade da equipe em seu enfrentamento (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010), foi realizado junto com as 5 equipes de PSF no C.S. Lindéia a priorização dos problemas com avaliação de importância, urgência e capacidade de enfrentamento, conforme apresentado no quadro 2.

Quadro 2 - Priorização dos problemas / Centro de Saúde Lindéia

Principais problemas	Importância	Urgência	Capacidade de enfrentamento	Seleção de prioridade
Alto índice de hipertensos, atualmente falta grupo operativo	Alta	7	Parcial	1º
Falta grupo operativo para diabéticos	Alta	7	Parcial	2º
Falta de espaço físico	Alta	7	Fora	3º
Dengue	Alta	6	Parcial	4º
Aumento da incidência de DST's	Alta	6	Parcial	5º
Alto índice de absenteísmo em consultas especializadas	Alta	5	Parcial	6º
Índice elevado de gravidez na Adolescência	Alta	5	Parcial	7º
Vulnerabilidade Social (Violência/Criminalidade)	Alta	5	Parcial	8º
Alta população de idosos	Alta	4	Parcial	9º
Cadastros da população adscrita	Alta	4	Parcial	10º

incompletos				
-------------	--	--	--	--

Fonte: Autoria Própria (2016)

6.3 Terceiro passo: descrição do problema

O problema prioritário e escolhido para abordagem foi o elevado número de hipertensos. A HAS é considerada um dos mais importantes problemas de saúde pública, representando um dos principais fatores de risco para morbidade e mortalidade cardiovascular, justificando a necessidade de intervenção na tentativa de prevenir e tratar adequadamente a hipertensão arterial.

Atualmente o C.S. Lindéia possui 16.585 usuários adscritos, segundo levantamentos do Censo BH Social 2015, foram captados 4591 usuário com HAS, o que representa cerca de 27,7% da população da área de abrangência. O quadro 3 apresenta a tabulação dos dados de hipertensos por equipe do Centro de Saúde Lindéia.

Quadro 3 – Captação de hipertensos por equipe de PSF do CS Lindéia

Equipe PSF	Indicadores Hipertensão	Capitados / Estimados
ESF 1	2014 - PROPORÇÃO DE ADULTOS HIPERTENSOS CAPTADOS (POP. 25 a 59 ANOS - PREVISTOS 25,8%)	208 / 449 = 46.3%
	2014 - PROPORÇÃO DE IDOSOS HIPERTENSOS CAPTADOS (POP. > 59 ANOS – PREVISTOS 52,5%)	234 / 268 = 87.3%
	2014 - PROPORÇÃO DE HIPERTENSOS CADASTRADOS (POP.15 a 24 ANOS – PREVISTOS 18%)	406 / 501 = 81.0%
ESF 2	2014 - PROPORÇÃO DE ADULTOS HIPERTENSOS CAPTADOS (POP. 25 a 59 ANOS - PREVISTOS 25,8%)	249 / 427 = 58.3%
	2014 - PROPORÇÃO DE IDOSOS HIPERTENSOS CAPTADOS (POP. > 59 ANOS – PREVISTOS 52,5%)	202 / 197 = 102.5%
	2014 - PROPORÇÃO DE HIPERTENSOS CADASTRADOS (POP.15 a 24 ANOS – PREVISTOS 18%)	420 / 463 = 90.7%
ESF 3	2014 - PROPORÇÃO DE ADULTOS HIPERTENSOS CAPTADOS (POP. 25 a 59 ANOS - PREVISTOS 25,8%)	220 / 394 = 55.8%
	2014 - PROPORÇÃO DE IDOSOS HIPERTENSOS CAPTADOS (POP. > 59 ANOS – PREVISTOS 52,5%)	241 / 240 = 100.4%
	2014 - PROPORÇÃO DE HIPERTENSOS CADASTRADOS (POP.15 a 24 ANOS – PREVISTOS 18%)	419 / 442 = 94.8%
ESF 4	2014 - PROPORÇÃO DE ADULTOS HIPERTENSOS CAPTADOS (POP. 25 a 59 ANOS - PREVISTOS 25,8%)	263 / 451 = 58.3%

	2014 - PROPORÇÃO DE IDOSOS HIPERTENSOS CAPTADOS (POP. > 59 ANOS – PREVISTOS 52,5%)	228 / 211 = 108.1%
	2014 - PROPORÇÃO DE HIPERTENSOS CADASTRADOS (POP.15 a 24 ANOS – PREVISTOS 18%)	435 / 489 = 89.0%
ESF 5	2014 - PROPORÇÃO DE ADULTOS HIPERTENSOS CAPTADOS (POP. 25 a 59 ANOS - PREVISTOS 25,8%)	275 / 468 = 58.8%
	2014 - PROPORÇÃO DE IDOSOS HIPERTENSOS CAPTADOS (POP. > 59 ANOS – PREVISTOS 52,5%)	282 / 280 = 100.7%
	2014 - PROPORÇÃO DE HIPERTENSOS CADASTRADOS (POP.15 a 24 ANOS – PREVISTOS 18%)	509 / 505 = 100.8%

Fonte: Cadastro Censo BH Social (2015)

6.4 Quarto passo: explicação do problema

Além da hereditariedade, a hipertensão é uma doença que possui vários fatores associados: etnia, tabagismo, consumo de bebidas alcoólicas, obesidade ou sobrepeso, estresse, elevado consumo de sódio, níveis altos de colesterol, sedentarismo, diabetes e sono inadequado. Em alguns casos pode estar relacionada com alguma doença: distúrbios da tireoide ou em glândulas endócrinas como a suprarrenal (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2010). Além desses fatores de risco, sabe-se que a incidência da hipertensão aumenta com a idade. Com o passar do tempo as artérias começam a perder a capacidade de dilatar e se tornam vasos menos complacentes, com isso sua incidência acomete cerca de 60% dos adultos acima dos 60 anos (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2010).

A hipertensão arterial é responsável por de 54% das mortes por acidente vascular encefálico e 47% das mortes por doença isquêmica do coração (WILLIAMS, 2010), sendo também responsável por alta frequência de consultas e internações representando custos médicos e socioeconômicos elevadíssimos para os municípios e para o país.

O envelhecimento da população da área de abrangência (2473 usuários acima de 60 anos), apresentam na sua maioria, hábitos inadequados na alimentação, sedentarismo, tabagismo, consumo exagerado de bebidas alcoólicas e falta de informações dos usuários sobre a HAS favorecido pelo baixo nível de escolaridade (segundo dados do Censo BH Social 2015, 3314 usuários possuem no máximo o ensino fundamental e 460 não tiveram

alfabetização), contribuem para o alto índice de hipertensão da população adscrita, muitas vezes a falta de controle dos casos demandam um maior número de consultas espontâneas, principalmente em situações agudas. O quadro 4 apresenta o número de consultas com por ESF no Centro de Saúde Lindéia.

Quadro 4 – Número de atendimentos a hipertensos por equipe de PSF do CS Lindéia

Equipe PSF	Atendimentos a hipertensos (Ano 2014)	Número de hipertensos	Média de atendimento por hipertenso
ESF 1	1351	413	3,3
ESF 2	1754	437	4
ESF 3	1887	441	4,3
ESF 4	1829	466	3,9
ESF 5	2111	526	4

Fonte: Cadastro Censo BH Social (2015)

Atualmente o Centro de Saúde Lindéia realiza uma média de 4 atendimentos/ano para cada hipertenso, entretanto, existe ainda um alto número usuários que não têm HAS controlada adequadamente, procurando o Centro de Saúde para atendimento de situações agudas. Nesses casos percebe-se a falta de informação do usuário acerca da patologia, hábitos alimentares e estilo de vida inadequados. Vale ressaltar que além do tratamento medicamentoso, as medidas não-farmacológicas vêm sendo indicadas por profissionais da saúde para a redução dos níveis pressóricos dos indivíduos hipertensos. Diante dessa realidade, fica evidente que ações na tentativa de modificar esse quadro.

6.5 Quinto passo: seleção dos nós críticos

Foi realizada uma análise para identificar, entre as diversas causas, aquelas consideradas mais importantes, que precisam ser enfrentadas e que são capazes de impactar o problema principal par tentar efetivamente transformá-lo (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010). Por ser uma doença multifatorial, prevenir e tratar a hipertensão pode ser uma tarefa complexa, diante desse quadro e considerando os problemas onde as equipes possuem maior governabilidade destacam-se os seguintes nós críticos:

- a) Estilos de vida inadequados dos usuários hipertensos;

- b) Baixo nível de informação dos pacientes sobre a HAS;
- c) Falta de espaço físico dentro do C. S. Lindéia para encontros em grupo;
- d) Equipes de PSF do C.S. Lindéia realizam poucas ações de promoção da saúde;
- e) Falta de apoio e empoderamento da família no tratamento da hipertensão.

6.6 Sexto passo: desenho das operações

O objetivo do desenho das operações é descrever as ações para o enfrentamento dos “nós críticos”, identificando os produtos e resultados para cada operação definida, além de identificar os recursos necessários para a concretização dessas ações. Após a seleção dos “nós Críticos”, juntamente com alguns profissionais do C. S. Lindéia (2 enfermeiros PSF, 3 ACS, 1 Auxiliar de Enfermagem e 2 integrantes do NASF), foram levantadas algumas ações a serem desenvolvidas.

Atualmente o C.S. Lindéia mantém uma média de 4 atendimentos/ano por hipertenso, realizados apenas atendimentos individuais principalmente na demanda espontânea em situações agudas. Desta forma, se propõe a criação de um grupo operativo para otimizar o acompanhamento e controle do tratamento. Indiretamente haverá a liberação de grande número de consultas das agendas dos profissionais (médicos e enfermeiros) e possibilitará ao paciente uma maior carga de informações sobre a doença, suas consequências e seu o tratamento. Para a realização deste grupo operativo, a seguir, serão apontados os nós críticos e suas respectivas operações.

Quadro 5 – Síntese de operações e projetos propostos

Nó crítico	Operação/ Projeto	Resultados Esperados	Produtos esperados	Recursos necessários
Hábitos e estilos de vida	Criação do Grupo Operativo “ Saúde é atitude ” com ações de promoção no incentivo a modificação de hábitos sedentários dos usuários hipertensos	Diminuição do número de sedentários, tabagistas, etilistas e obesos.	Inserção destes pacientes nos grupos de exercícios físicos / práticas corporais já ofertadas para a comunidade: Academia da Cidade, Lian Gong, Dança Sênior, Momento Zen e equipamentos de ginástica nas praças, além de incentivar a frequentarem os parques, centros poliesportivos,	Recursos políticos -> conseguir o espaço adequado para realizar reuniões com o grupo. Recursos físicos -> local para reuniões com o grupo; Organizacional -> organização dos grupos para receber novas demandas nas atividades existentes; Cognitivos -> profissionais capacitados para as abordagens dos diversos temas Financeiros -> aquisição de

			ciclovias e pistas de caminhada disponíveis na regional Barreiro.	recursos audiovisuais, folhetos educativos e propagandas.
Nível de informação dos pacientes sobre a doença	“Decifrando a hipertensão” Espaço dentro do Grupo Operativo com palestras educativas e informativas para aumentar o nível de informação dos usuários sobre a hipertensão, hábitos alimentares e estilo de vida saudáveis.	Aumentar o nível de informação do paciente sobre a HAS, hábitos alimentares e estilo de vida saudáveis	População mais informada sobre a hipertensão e estilos de vida saudáveis Autonomia do usuário para fazer melhor suas escolhas relacionadas à alimentação, tratamento e recursos auxiliares.	Recusos físicos -> local para reuniões com o grupo; Organizacional -> organização das agendas das equipes para proteção do horário do grupo; Cognitivos -> profissionais capacitados para as palestras; Financeiros -> aquisição de material informativo e lanches nos dias de encontro.
Falta de espaço físico para as reuniões com o grupo	“Rede amiga” Parcerias com igrejas, escolas e outras instituições da região.	Aproximação do Centro de Saúde com outras instituições locais.	Espaço físico adequado para realizar reunião mensal com os usuários e familiares.	Recursos Políticos -> conseguir o espaço adequado para realizar reuniões com o grupo. Recursos organizacionais -> Contato antecipado com as instituições para conseguir o local para realização das reuniões
Falta de ações de promoção da saúde por parte das equipes de PSF	“Multiplicadores” Criar uma comissão de Educação Permanente e planejamento de ações de promoção.	Criação da comissão de Educação Permanente e planejamento de ações de promoção, com pelo menos um integrante de cada categoria profissional.	Proteção da agenda dos profissionais para participação nas ações de Educação permanente e realização do planejamento das ações de promoção.	Recursos Organizacionais -> processo de trabalho com readequação das agendas; Cognitivo -> capacitação dos profissionais nos diversos temas e estratégias de comunicação.
Falta de apoio e empoderamento da família no tratamento da hipertensão	“Família que cuida” Extensão do convite para participação no grupo dos familiares dos hipertensos	Participação dos familiares nas reuniões do grupo operativo, possibilitando uma melhor relação entre familiar e hipertenso, o que auxiliará no controle da HAS	Participação também dos familiares nos grupos operativos.	Recusos físicos -> local para reuniões com o grupo; Organizacional -> organização das agendas das equipes para proteção do horário do grupo; Cognitivos -> profissionais capacitados para as palestras; Financeiros -> aquisição de material informativo, convites e lanches saudáveis nos dias de encontro.

Fonte: Autoria Própria (2016)

6.7 Sétimo passo: identificação dos recursos críticos

Dos recursos levantados para solucionar os nós críticos, alguns são fatores determinantes no processo de transformação da realidade nos problemas levantados, a quadro 6 aponta os recursos considerados críticos na resolução destes problemas.

Quadro 6 - Recursos críticos início do Grupo Operativo com hipertensos:

Operação/ Projeto	Recursos críticos
Saúde é atitude	Recursos Físicos -> Atualmente não existe sala de reuniões nem espaço adequado para receber os usuários para o trabalho em grupo; Recursos Políticos -> Buscar parcerias na comunidade para conseguir espaço para realização do grupo; Financeiros -> para aquisição de recursos audiovisuais, folhetos educativos e propagandas.
Decifrando a hipertensão	Físicos -> Local para realização do grupo Cognitivos -> profissionais capacitados para as palestras; Financeiros -> materiais educativos, de divulgação e lanches saudáveis nos dias de encontros.
Rede amiga	Recursos Políticos -> conseguir o espaço adequado para realizar reuniões com o grupo. Recursos Organizacionais -> Contato antecipado com as instituições para conseguir o local para realização das reuniões
Multiplicadores	Recursos Organizacionais -> Organização do Processo de trabalho com readequação das agendas; Recursos Cognitivos -> capacitação dos profissionais nos diversos temas e estratégias de comunicação.
Família que cuida	Cognitivos -> profissionais capacitados para persuasão no momento do convite; Financeiros -> materiais educativos, convites e lanches saudáveis nos dias de encontros.

Fonte: Autoria Própria (2016)

6.8 Oitavo passo: análise de viabilidade do plano

A viabilidade de um plano de ação, na maioria das vezes, depende de uma série de fatores: recursos políticos, organizacionais, físicos, cognitivos, financeiros, além da motivação dos atores com governabilidade das ações estratégicas. Geralmente, a equipe não possui todos os recursos necessários para execução do que é proposto. O quadro 7 apresenta o responsável de cada recurso crítico, sua motivação em relação a cada operação e estratégias para motivá-los para auxiliar nas ações propostas.

Quadro 7 - Propostas de ações para a motivação dos atores responsáveis.

Operação/ Projeto	Recursos críticos	Controle dos recursos críticos		Ações estratégicas
		Ator que controla	Motivação	
Saúde é atitude	Recursos Políticos -> para conseguir o espaço adequado para realização do grupo; Financeiros -> para aquisição de recursos audiovisuais, folhetos educativos e propagandas.	Secretaria de Saúde, doações	Indiferente	Apresentar o projeto
Decifrando a hipertensão	Cognitivos -> profissionais capacitados para as palestras;	Equipe de Saúde da Família	Favorável	Definir profissionais para coordenação das ações dentro de cada Equipe de Saúde da Família
	Financeiros -> aquisição de materiais educativos e lanches nos dias de encontros	Secretaria de Saúde, doações	Indiferente	
Rede amiga	Recursos Políticos -> conseguir o espaço adequado para realização do grupo; Recursos Organizacionais -> Contato antecipado com as instituições para conseguir o local para realização das reuniões; Fazer parcerias com igrejas, escolas e outras instituições da região.	Gerência do Centro de Saúde	Favorável	Apresentar o projeto
Multiplicadores	Recursos Organizacionais -> Organização do Processo de trabalho com readequação das agendas; Cognitivo -> capacitação dos profissionais nos diversos temas e estratégias de comunicação.	Equipe de Saúde da Família	Favorável	Nomear os integrantes da comissão, procurar cursos ou material de capacitação
Família que cuida	Cognitivos -> profissionais capacitados para persuasão no momento do convite;	Equipe de Saúde da Família	Favorável	Definir profissionais para realização dos convites dentro de cada Equipe de Saúde da Família
	Financeiros -> materiais educativos, convites e lanches saudáveis nos dias de encontros.	Secretaria de Saúde, doações	Indiferente	

Fonte: Autoria Própria (2016)

6.9 Nono passo: elaboração do plano operativo

Após definição dos nós críticos, operações, projetos, produtos, resultados esperados e recursos necessários para implantação do Grupo Operativo para hipertensos, na tentativa de

garantir que as ações sejam executadas de forma coerente e sincronizada, serão nomeados responsáveis por cada operação com prazos estabelecidos para o cumprimento das ações. O quadro 8 sintetiza a sequência e prazos das ações.

Quadro 8 - Plano de implantação do Grupo Operativo para hipertensos no Centro de Saúde

Lindéia:

Operação/ Projeto	Resultados Esperados	Produtos esperados	Ações estratégicas	Responsável	Prazo
Saúde é atitude	Diminuição do número de sedentários, tabagistas, etilistas e obesos.	Inserção destes pacientes nos grupos de exercícios físicos / práticas corporais ofertados para a comunidade: Academia da Cidade, Lian Gong, Dança Sênior, Momento Zen e equipamentos de ginástica nas praças, além de incentivar a frequentarem os parques, centros poliesportivos, ciclovias e pistas de caminhada disponíveis na regional Barreiro.	Seleção e convite do profissional da saúde para ministrar as palestras informativas e educativas nas reuniões dos Grupos Operativos Incentivo e convite para participação nos grupos de exercícios físicos e práticas corporais existente	Enfermeiro da Equipe de Saúde da Família Professores da Academia da Cidade Instrutores de Lian Gong Instrutor de Dança Senior	3 meses Um mês após início do grupo para inclusão dos interessados em participar dos programas existentes
Decifrando a hipertensão	Aumentar o nível de informação do paciente sobre a HAS, hábitos alimentares e estilo de vida saudáveis, através de palestras realizadas mensalmente (total de 6 encontros)	Autonomia do usuário para fazer melhor suas escolhas relacionadas à alimentação, diminuição do tabagismo, diminuição do consumo exagerado de bebidas alcoólicas e realização de prática regular de exercícios físicos.	Definir as ações organizacionais dentro de cada Equipe de Saúde da Família	Enfermeiro da Equipe de Saúde da Família (responsável por convidar os profissionais para os diversos temas das palestras)	3 meses

Rede amiga	Aproximação do Centro de Saúde com outras instituições locais.	Espaço físico adequado para realizar reunião mensal com os usuários e familiares.	Apresentar o projeto as instituições	Gerência	2 meses
Multiplicadores.	Criação da comissão de Educação Permanente e planejamento de ações de promoção com pelo menos um integrante de cada categoria profissional.	Proteção da agenda dos profissionais para participação nas ações de Educação permanente e realização do planejamento das ações de promoção.	Readequação da agenda dos profissionais	Gerência	3 meses
Família que cuida	“Família que cuida” Extensão do convite para participação no grupo dos familiares dos hipertensos	Conscientização dos familiares em seu importante papel de apoio no tratamento dos hipertensos	Fazer o convite de forma antecipada explicando a importância da participação e apoio do familiar.	ESF principalmente ACS	Entregar o convite 1 mês antes de iniciar o grupo e reforçar verbalmente 1 semana antes da reunião.

Fonte: Autoria Própria (2016)

6.10 Décimo passo: Gestão do Plano

Esta etapa será responsável pelo acompanhamento do plano, andamento da execução das operações, da obtenção dos produtos almejados, dos atores de quem se deve cobrar ou a quem se deve auxiliar, definição dos prazos e necessidades posteriores de readequação. O quadro 9 apresenta a situação atual das operações e os campos a serem preenchidos durante a supervisão do plano.

Quadro 9 - Gestão do Plano

Operações	Produtos esperados	Responsável	Prazo	Situação atual	Justificativa	Novo prazo
Saúde é atitude	Inserção destes pacientes nos grupos de exercícios físicos /práticas corporais já ofertadas para a comunidade: Academia da Cidade, Lian Gong, Dança Sênior, Momento Zen e equipamentos de ginástica nas praças, além de incentivar a frequentarem os parques, centros poliesportivos, ciclovias e pistas de caminhada disponíveis na regional Barreiro.	Enfermeiro da Equipe de Saúde da Família Professores da Academia da Cidade Instrutores de Lian Gong Instrutor de Dança Senior	1 mês após o primeiro encontro	Profissionais aguardando demanda após o primeiro encontro do grupo		
Decifrando a hipertensão	Autonomia do usuário para fazer melhor suas escolhas relacionadas à alimentação, diminuição do tabagismo, diminuição do consumo exagerado de bebidas alcoólicas e realização de prática regular de exercícios físicos.	Enfermeiro da Equipe de Saúde da Família	2 meses	Em andamento		

Rede Amiga	Espaço físico adequado para realizar reunião mensal com os usuários e familiares.	Gerência	3 meses	Espaço Cedido pela igreja Jesus Ressuscitado		
Multiplicadores	Proteção da agenda dos profissionais para participação nas ações de Educação permanente e realização do planejamento das ações de promoção.	Gerência	3 meses	Em andamento		
Família que cuida	Conscientização dos familiares em seu importante papel de apoio no tratamento dos hipertensos	ESF principalmente ACS	Entregar o convite 1 mês antes do primeiro encontro e reforçar verbalmente 1 semana antes da reunião.	Aguardando data para iniciar entrega de convites		

Fonte: Autoria Própria (2016)

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Durante a realização deste trabalho ficou mais evidente a importância de prevenir e tratar adequadamente a HAS, considerado um dos mais importantes problemas de saúde pública, representa um dos principais fatores de risco para morbidade e mortalidade cardiovascular. Por ser uma doença associada a vários fatores e de difícil controle apenas com tratamento no âmbito ambulatorial, existe a necessidade de uma mudança de estilo de vida dos pacientes, principalmente sobre os hábitos alimentares inadequados, tabagismo, consumo excessivo de álcool e sedentarismo. Somado a isso, a prática regular de exercícios físicos, principalmente os aeróbios vêm sendo indicada por profissionais da saúde, como meio auxiliar, de forma efetiva no controle dos níveis elevados de pressão arterial.

É na Estratégia de Saúde da Família (ESF) que são preconizadas e priorizadas as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos, entretanto, infelizmente existe uma grande falta de adesão ao tratamento por parte dos hipertensos. Vários são os fatores que podem colaborar para melhorar essa adesão ao tratamento: o vínculo com sua equipe, o empoderamento familiar e o conhecimento do indivíduo sobre sua patologia.

A estratégia de desenvolvimento de grupos operativos pode ser uma ferramenta importante para facilitar a adesão ao tratamento da HAS, inclusive sendo proposta pelo Ministério da Saúde. Espera-se que com a implantação dos Grupos Operativos, o C.S. Lindéia consiga melhorar o acompanhamento e controle de seus usuários com HAS, promovendo uma mudança no estilo de vida inadequado que é prioridade para o enfrentamento do problema.

REFERÊNCIAS

- ARAÚJO, J. C.; GUIMARÃES, A. C. Controle da hipertensão arterial em uma unidade de saúde da família. **Revista de Saúde Pública**. São Paulo, v. 41, n. 3, jun. 2007. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v41n3/5707.pdf> >. Acesso em: 10 set. 2016.
- ATLAS BRASIL. **Perfil do Município de Belo Horizonte**. 2013. Disponível em: <http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/perfil_m/belo-horizonte_mg>. Acesso em: 29 de out. 2015.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Área Técnica de Diabetes e Hipertensão Arterial. Hipertensão arterial sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM): protocolo. **Cadernos de Atenção Básica 7**. Brasília: Ed. Ministério da Saúde, 2001. 96p. Disponível em: < http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd05_06.pdf>. Acesso em: 30 mai. 2016.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão arterial e ao Diabetes mellitus: **Manual de Hipertensão arterial e Diabetes mellitus**. Brasília, 2002. Disponível em: < <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/miolo2002.pdf> >. Acesso em: 02 jun. 2016.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
- CAMPOS, F. C. C. de; FARIA, H. P. de; SANTOS, M. A. dos. Planejamento e avaliação das ações em saúde. **NESCON/UFMG - Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família**. 2ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010. 110p.
- DIAS, R. B.; CASTRO, F.M. Grupos Operativos. Grupo de Estudos em Saúde da Família. **Associação Mineira de Medicina de Família e Comunidade**. Belo Horizonte, 2006. Disponível em: <<http://www.smmfc.br/gesf/goperativo.htm>> Acesso em: 10 set. 2016.
- DIAS, V.P.; SILVEIRA, D.T.; WITT, R.R. Educação em saúde: O Trabalho de grupos em atenção primária. **Revista Atenção Primária à Saúde**, v. 12, n. 2, p. 221-227, abr/jun. 2009. Disponível em: <<https://aps.ufjf.emnuvens.com.br/aps/article/viewFile/330/205>> Acesso em: 07 set. 2016.
- FERNANDES, W. J. A importância dos grupos hoje. **Revista da Sociedade de Psicoterapias Analíticas Grupais do estado de São Paulo**. Ribeirão Preto, v. 4, n. 4, dez. 2003. Disponível em: < <http://www.scielo.br> >. Acesso em: 10 set. 2016.
- IBGE. Censo Demográfico 2010 – **Estatísticas e Indicadores de Belo Horizonte**. Disponível em: <http://portalpbh.pbh.gov.br/pbh/ecp/comunidade.do?evento=portlet&pIdPlc=ecpTaxonomiaMenuPortal&app=estatisticaseindicadores&lang=pt_BR&pg=7742&tax=20040>. Acesso em: 06 nov. 2015.
- HORTA, N.C. et al. A prática de grupos como ação de promoção da saúde na Estratégia

Saúde da Família. **Revista Atenção Primária à Saúde**, v. 12, n. 3, p. 293-301, jul./set. 2009. Disponível em: <<https://aps.ufjf.emnuvens.com.br/aps/article/download/407/228>> Acesso em: 07 set. 2016.

LATERZA, Mateus C.; RONDON, Maria Urbana P. B.; NEGRÃO, Carlos E. Efeito anti-hipertensivo do exercício. **Revista Brasileira de Hipertensão**, São Paulo, 2007, v. 14, n. 2, p. 104-111.

MACHADO, M. F. A. S.; VIEIRA, F. C. V. Educação em Saúde: o olhar da equipe de saúde da família e a participação do usuário. **Revista Latino – Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 17, n. 2, mar./abr. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v17n2/pt_06.pdf> Acesso em: 02 jun. 2016.

MALTA, D. C. *et al.* Doenças crônicas não-transmissíveis: mortalidade e fatores de risco no Brasil, 1990 a 2006 in **Saúde Brasil 2008**. Ministério da Saúde, Brasília. 2009. Pág 337–362.

McARDLE, William D.; KATCH, Frank I.; KATCH, Victor L.. **Fundamentos de fisiologia do exercício**. 2.ed. Rio de Janeiro. Guanabara Koogan, 2002. pp. 98-119, 188-198, 266-297, 366-386.

PORTAL PREFEITURA DE BELO HORIZONTE. **Estrutura da Secretaria Municipal de Saúde**, 2015. Disponível em: <<http://portalpbh.pbh.gov.br/pbh/ecp/contents.do?evento=conteudo&idConteudo=15814&chPlc=15814&&pIdPlc=&app=salanoticias>>. Acesso em: 02 nov. 2015.

PREFEITURA DE BELO HORIZONTE. Censo Cadastro BH Social. **Banco de dados do Sistema Gestão**. Belo Horizonte, 2015. Disponível em: <<http://intranet.pbh.gov.br/gestaosus>>. Acesso em: 03 nov. 2015.

PREFEITURA DE BELO HORIZONTE. **Índice de Vulnerabilidade Social**. Secretaria Municipal de Planejamento. Belo Horizonte, 2012. Disponível em: <<http://intranet.pbh.gov.br/smp/indicadores>>. Acesso em: 15 set. 2016.

PREFEITURA DE BELO HORIZONTE. **Relatório de Gestão do SUS-BH Terceiro Quadrimestre 2014**. Disponível em: <http://portalpbh.pbh.gov.br/pbh/ecp/comunidade.do?evento=portlet&pIdPlc=ecpTaxonomiaMenuPortal&app=saude&lang=pt_BR&pg=5571&tax=15436> Acesso em: 02 nov. 2015.

SANTOS, F.R; ANDRADE, C.P. Eficácia dos trabalhos de grupo na adesão ao tratamento da hipertensão arterial. **Revista Atenção Primária à Saúde**, v.16, n.1, p. 15-18, jan./jun.2003. Disponível em: < <http://www.ufjf.br/nates/files/2009/12/Educacao.pdf> > Acesso em: 07 set. 2016.

SARAIVA, K. R. de O. *et al.* Saber do familiar na adesão da pessoa hipertensa ao tratamento: análise com base na educação popular em saúde. **Texto contexto - enfermagem**, Florianópolis, v. 16, n. 2, p. 263-270, Jun 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072007000200008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 2 jun. 2016.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. **Relatório Detalhado do Primeiro Quadrimestre 2015**. Belo Horizonte - MG. Disponível em: <<http://portalpbh.pbh.gov.br/pbh/ecp/files.do?evento=download&urlArqPlc=relatorio-1-quadrimestre-2015-27-maio.pdf>>. Acesso em: 02 nov. 2015.

SILVA, J. L. L.; SOUZA, S. L. de. Fatores de risco para hipertensão arterial sistêmica versus estilo de vida docente. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 06, n. 03, 2004. Disponível em: <www.fen.ufg.br/fen_revista/revista6_3/pdf/03_Original.pdf> Acesso em: 25 set. 2016.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, v. 95, n. 1, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2010001700001&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 02 jun. 2016.

SOUSA, L. B.; SOUZA, R. K. T.; SCOCHI, M. J. Hipertensão arterial e saúde da família: atenção aos portadores em município de pequeno porte na região sul do Brasil. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, v. 87, n. 4, out. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/abc/v87n4/15.pdf>>. Acesso em: 10 set. 2016.

TRATA BRASIL, 2012. **Ranking do saneamento**. Disponível em: <<http://www.tratabrasil.org.br/ranking-do-saneamento-2012>>. Acesso em: 29 de out. 2015.

TEIXEIRA, João Batista Picinini; EIRAS, Naiara Silva Vilela. A Hipertensão Arterial e sua abordagem pela Atenção Primária à Saúde e pelos Grupos de Extensão Universitária. **Programa de Plantas Medicinais e Terapias não-convencionais - UFJF**, Juiz de Fora - MG, 2011. Disponível em: <<http://www.ufjf.br/proplamed/files/2011/04/A-Hipertens%C3%A3o-Arterial-e-sua-abordagem-pela-APS.pdf>>. Acesso em: 02 jun. 2016.

VASCONCELOS, M.; GRILLO, M.J.C.; SOARES, S.M. **Práticas Educativas em Atenção Básica à saúde. Tecnologias para abordagem ao indivíduo, família e comunidade**. Belo horizonte: Nescon UFMG, Coopmed, 2009.

XIMENES NETO, F. R.; MELO, J. R.. Controle da hipertensão arterial na atenção primária em saúde – uma análise das práticas do enfermeiro. **Revista Enfermeria Global**, n.6, mai 2005. Disponível em: <<http://revistas.um.es/index.php/eglobal/article/viewFile/506/552>> . Acesso em: 30 mai. 2016.

WILLIAMS B. The year in hypertension. **Journal of the American College of Cardiology**, 2010, v. 55 (1), pp. 65-73.

ZIMERMANN, D. A importância dos grupos na saúde, cultura e diversidade. **Vínculo**, v.4 n.4. São Paulo, 2007. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2101.pdf>> Acesso em: 10 set. 2016.