

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

Edglei Oliveira Santos

**PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA PREVENÇÃO DE AGRAVOS
DA HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA EM PACIENTES DA
UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DE MONTE CASTELO MUNICÍPIO DE
FRONTEIRA DOS VALES MINAS GERAIS**

Teofilo Otoni

2020

Edglei Oliveira Santos

**PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA PREVENÇÃO DE AGRAVOS
DA HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA EM PACIENTES DA
UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DE MONTE CASTELO MUNICÍPIO DE
FRONTEIRA DOS VALES MINAS GERAIS**

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: Verônica Amorim Resende

Teofilo Otoni

2020

Edglei Oliveira Santos

**PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA PREVENÇÃO DE AGRAVOS
DA HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA EM PACIENTES DA
UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DE MONTE CASTELO MUNICÍPIO DE
FRONTEIRA DOS VALES MINAS GERAIS**

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: Professora Verônica Amorim Rezende

Banca examinadora

Professora. Verônica Amorim Rezende, Mestre em Enfermagem, Prefeitura de Belo Horizonte

Professora Eliana Aparecida Villa Doutora em Educação, Universidade Federal de Minas Gerais

Aprovado em Belo Horizonte, em 11 de agosto de 2020

RESUMO

A hipertensão arterial sistêmica é uma condição caracterizada pela elevação e sustentação dos níveis pressóricos. Geralmente, dislipidemia, obesidade abdominal e diabetes mellitus são fatores de risco para essa condição. Estima-se que a hipertensão é responsável por 40% dos acidentes vasculares encefálicos e que cerca de 25% dos infartos sofridos por hipertensos poderiam ser evitados com tratamento anti-hipertensivo. Atualmente, a Estratégia Saúde da Família é o modelo de atenção apontado como uma das apostas para a prevenção e controle da Hipertensão. Objetivo: Elaborar um projeto de intervenção para diminuir complicações em hipertensos, sem controle adequado, da área de abrangência da Unidade Básica de Saúde de Monte Castelo, localizada em Fronteira dos Vales, Minas Gerais. Metodologia: Para a elaboração do plano de intervenção foi utilizado como base o Planejamento Estratégico Situacional. A revisão de literatura foi feita nas bases de dados da Biblioteca Virtual em Saúde, Medical Literature Analysis and Retrieval System Online, Scientific Electronic Online e Literatura Latino-americana e do Caribe, no período de 2015 a 2020. Foram encontrados como nós críticos os hábitos alimentares inadequados, o sedentarismo, a baixa adesão ao tratamento e a baixa capacitação da equipe voltada para intervenção. A partir destes nós críticos foram elaboradas propostas de intervenção. Com a implementação desse projeto de intervenção no nível primário de saúde, espera-se a prevenção de agravos decorrentes do não controle pressórico e ganhos na qualidade de vida, visto que a hipertensão é uma condição crônica que tem como resultado complicações irreversíveis que comprometem a qualidade de vida dos indivíduos que são acometidos com essa patologia.

Descritores: Hipertensão Arterial Sistêmica. Doença Crônica. Saúde da Família. Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT

Systemic arterial hypertension (SAH) is a condition characterized by elevated and sustained pressure levels. Generally, dyslipidemia, abdominal obesity and diabetes mellitus are risk factors for this condition. It is estimated that hypertension is responsible for 40% of strokes and that about 25% of infarctions in hypertensive patients could be prevented with adequate antihypertensive therapy. Currently, the Family Health Strategy is the model of care appointed as one of the bets for the prevention and control of hypertension. Objective: Develop an intervention project to reduce complications in hypertensive patients, without adequate control, in the coverage area of the Basic Health Unit of Monte Castelo, located in Fronteira dos Vales, Minas Gerais. Methodology: For the elaboration of the intervention plan, the Situational Strategic Planning was used as a base. The literature review was carried out in the databases of the Virtual Health Library, Medical Literature Analysis and Retrieval System Online, Scientific Electronic Online and Latin American and Caribbean Literature, in the period from 2015 to 2020. Critical nodes were found to be inadequate eating habits, physical inactivity, low adherence to treatment and low training of the intervention team. From these critical nodes, intervention proposals were developed. With the implementation of this intervention project at the primary health level, it is expected to prevent diseases resulting from non-pressure control and gains in quality of life, since hypertension is a chronic condition that results in irreversible complications that compromise quality of life of individuals who are affected with this pathology.

Descriptors: Systemic Arterial Hypertension. Chronic disease. Family Health. Primary Health Care.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agentes Comunitários de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
DM	Diabetes melito (<i>Diabetes mellitus</i>)
ESF	Estratégia Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
IDHM	Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística,
LILACS	Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MEDLINE	Sistema Online de Busca e Análise de Literatura Médica
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OMS	Organização mundial da Saúde
PA	Pressão Arterial
PES	Planejamento Estratégico Situacional
PIB	Produto interno bruto
SCIELO	Scientific Electronic Library Online (Biblioteca Eletrônica Científica Online)
SUS	Sistema único de saúde
UBS	Unidade básica de saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	
1.1 Aspectos gerais do município.....	08
1.2 O sistema municipal de saúde.....	10
1.3 Aspectos da Comunidade.....	11
1.4 A Unidade Básica de Saúde da Família	12
1.5 A Equipe de Saúde da Família.....	13
1.6 funcionamento da Unidade de Saúde de	14
1.7 O dia a dia da Equipe.....	15
1.8 Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade..	16
1.9 Priorização dos problemas – a seleção do problema para plano de intervenção.....	16
2 JUSTIFICATIVA	18
3 OBJETIVOS	19
3.1 Objetivo geral.....	19
3.2 Objetivos específicos.....	19
4 METODOLOGIA	19
5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	20
5.1 A Atenção Primária a Saúde e as Doenças Crônicas Não Transmissíveis	20
5.2 Hipertensão arterial sistêmica	21
5.3 Fisiologia e Patogênese.....	23
5.4 Riscos do excesso de Sódio.....	23
5.5 Tratamento não medicamentoso e medicamentoso	23
6 PLANO DE INTERVENÇÃO	24
6.1 Descrição do problema	25
6.2 Explicação do problema selecionado.....	25
6.3 Seleção dos nós críticos.....	25
6.4 Desenhos das operações sobre os nó critico	26
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	31
REFERÊNCIAS	33

1 INTRODUÇÃO

1.1 Aspectos gerais do município

Fronteira dos Vales é uma cidade com 4.581 habitantes, segundo estimativa do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), para o ano 2019. Tem uma área de 320,757 Km², com densidade demográfica de 14,61 habitante por km². Localiza-se na região nordeste de Minas Gerais, com 740 km de distância até a capital do Estado, tendo acesso pelas rodovias BR-381, BR-116, BR-367, MG-105 (IBGE, 2020).

O município de Fronteira dos Vales tem como principais comunidades Monte Castelo, Andaraí, Ventania, Santa Rosa, Nunes, Córrego do Prejuízo, Pedras e Barragem. A cidade não teve crescimento em sua população nos últimos anos e muitas pessoas ainda residem na zona rural.

O pico da região está a 1.186 metros, denominado pedra da Velha Manoela. A economia gira em torno da pecuária e de empregos públicos e em base agro-pastoril, onde se destaca a criação de gado de corte e leiteiro. O Produto Interno Bruto (PIB), referente ao ano de 2017, foi de 7.556,64 reais. O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) é de 0,592. O IDHM possui uma faixa entre 0 e 1, sendo considerado pior quanto mais próximo de 0 e melhor mais próximo de 1. Há os seguintes componentes: longevidade, educação e renda. No referido município, o componente educação é avaliado em 0,530, renda em 0,693 e longevidade 0,871. Desse modo, nota-se que o componente longevidade é o mais bem avaliado (IBGE, 2020).

Em 2018, o salário médio mensal era de 1,5 salários mínimos. A proporção de pessoas ocupadas em relação à população total era de 6,0%. Na comparação com os outros municípios do estado, ocupava as posições 748 de 853 e 770 de 853, respectivamente. Já na comparação com cidades do país todo, ficava na posição 5186 de 5570 e 4316 de 5570, respectivamente (IBGE, 2020).

Considerando domicílios com rendimentos mensais de até meio salário mínimo por pessoa, tinha 49% da população nessas condições, o que o colocava na posição 69 de 853 dentre as cidades do estado e na posição 1574 de 5570 dentre as cidades do Brasil (IBGE, 2020).

O quadro, a seguir, apresenta o número de habitantes, por faixa etária e gênero:

Quadro 01 : Total de Habitantes por faixa etária idade e gênero, do município Fronteiras dos Vales, Minas Gerais

FAIXA ETÁRIA	MASCULINO	FEMININO	TOTAL
0-4 ANO	176	158	334
5-9 ANOS	187	219	406
10-14 ANOS	259	220	479
15-19 ANOS	241	237	478
20-24 ANOS	156	257	413
25-29 ANOS	186	167	353
30-34 ANOS	154	152	306
35-39 ANOS	147	136	283
40-44 ANOS	155	122	277
45-49 ANOS	138	132	270
50-54 ANOS	121	97	218
55-59 ANOS	112	112	224
60-64 ANOS	109	106	215
65-69 ANOS	95	95	190
70-74 ANOS	69	77	146
75-79 ANOS	53	49	102
MAIS DE 80 ANOS	23	60	83
TOTAL	2.381	2.396	4.777

Fonte: Dados fornecidos pelo IBGE, censo 2010

Analisando o quadro acima, a faixa etária com maior população é de 10 a 14 anos. Em relação gênero, o sexo feminino corresponde a maior população.

1.2 O sistema municipal de saúde

A assistência prestada no município de Fronteira dos Vales é apenas primária, a Atenção Hospitalar, Especializada, Urgência e Emergência e de realização de exames, necessitam de transferência para a rede hospitalar conveniada de Águas Formosas, que fica a aproximadamente 25 km do município e por polos regionais de referência.

O município conta com duas Unidades Básicas de Saúde (UBS), norteadas pelas estratégias da saúde da família, uma localizada na cidade de Fronteira dos Vales e outra localizada na zona rural, no distrito de Monte Castelo, no qual são atendidos o restante das comunidades da zona rural. Fronteira dos Vales tem duas equipes de saúde da família, uma localizada na cidade de Fronteira dos Vales onde sempre atendeu a população da cidade e outra localizada no distrito de Monte castelo que foi inaugurada há onze anos.

Atenção especializada: no momento não tem no município. Algumas consultas especializadas como de ortopedia e cardiologia, são realizadas no município de Águas formosas. O restante das especialidades é encaminhadas para o município de Teófilo Otoni que está 177 km de distância de Fronteira dos Vales.

Assistência Farmacêutica: conta com uma única farmácia pública localizada na cidade de Fronteira dos Vales, na qual conta com maioria dos medicamentos para a atenção necessária.

Transporte em Saúde: conta com transporte para se deslocar de uma comunidade até o posto de saúde e para encaminhamento até o município vizinho.

Acesso Regulado à Atenção: sempre conta com acesso regulado a atenção, no município de Águas formosas.

Prontuário Clínico: todo cidadão do município conta com seu prontuário impresso e com o Cartão Nacional de Identificação dos Usuários do Sistema Único de Saúde (SUS).

Também contamos com o apoio do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF 1), onde temos profissionais da assistência social, fisioterapeuta e psicólogo.

1.3 Aspectos da comunidade Monte Castelo

Monte Castelo é uma comunidade com de cerca de 2.010 habitantes, localizada na zona rural a 25 km de Fronteira Dos Vales, que se formou, principalmente, da base de agro- pastoril e na qual se destacou a criação de gado de corte e leite. Hoje o agro-pastoril ainda continua sendo a fonte de renda para a maioria das famílias, junto com cargos públicos e benefícios, como Bolsa família e aposentadoria, porém, grande parte se encontra desempregado. O analfabetismo é elevado.

Saneamento básico na cidade é muito precário, grande parte não tem água tratada em suas casas. Em relação a coleta de lixo ocorre uma vez por semana. Além disso, parte da comunidade vive em moradias precárias. Algumas ruas são pavimentadas, porém, grande parte das ruas são de terra.

No momento não há projeto de investimento para a comunidade. Existem iniciativas de trabalho na comunidade por parte da Igreja e escola em desenvolvimento. A população conserva hábitos e costumes como festas de São Joao e festas religiosas. Na comunidade tem escola do ensino básico ao ensino médio.

A seguir, apresenta-se quadro com número de habitantes, por faixa etária e sexo, no distrito de Monte Castelo:

Quadro 02: Habitantes, por faixa etária idade e sexo, no distrito de Monte Castelo, localizada no município de Fronteiras do Vale, Minas Gerais

FAIXA ETÁRIA	MASCULINO	FEMININO	TOTAL
0-4 ANO	50	38	88
5-9 ANOS	90	110	200

10-14 ANOS	140	155	295
15-19 ANOS	130	110	240
20-24 ANOS	78	90	168
25-29 ANOS	76	54	130
30-34 ANOS	88	44	132
35-39 ANOS	30	50	80
40-44 ANOS	40	54	94
45-49 ANOS	46	74	120
50-54 ANOS	30	20	50
55-59 ANOS	59	60	119
60-64 ANOS	24	28	52
65-69 ANOS	30	45	75
70-74 ANOS	40	42	82
75-79 ANOS	14	12	26
MAIS DE 80 ANOS	29	30	59
TOTAL	994	1.016	2.010

Fonte: Unidade Básica de Saúde Monte Castelo (2020)

Analisando o quadro acima, a faixa etária com maior população é de 10 a 14 anos com um total de 295 habitantes. Em relação ao gênero com maior população corresponde ao sexo feminino.

1.4 A Unidade Básica de Saúde da Família de Monte castelo

A UBS de Monte Castelo possui uma Equipe da saúde da família, que foi inaugurada há cerca 11 anos. Localiza-se na Avenida Joaquim Pereira, centro da comunidade de Monte Castelo. Atende uma população de 2.010 pessoas.

É uma estrutura construída para atender a população local e de outras comunidades da proximidade (Boa Vista, Pedras e Andarair) que antes tinham que se deslocar até a cidade de Fronteira dos Vales para atendimento.

A estrutura é bem conservada, porém, é pequena para a demanda da população. A área destinada a observação de pacientes conta somente com três macas, o que algumas vezes dificulta o tratamento. Tal fato leva a insatisfação dos usuários e dos profissionais da saúde. Não existe sala de reuniões, a equipe se reúne em uma igreja localizada ao lado da unidade. A estrutura da unidade conta com uma cozinha, três banheiros, um consultório médico e outro odontológico, há também uma sala para curativos, sala de vacinas. Não contamos com uma sala de eletrocardiograma, os eletrocardiogramas são realizados na área de observação, também não temos disponível farmácia na unidade. A gestão da UBS fica na secretaria de saúde do município.

Há na UBS ha lotação de um médico, dois enfermeiros, três técnicos de enfermagem, cinco Agentes Comunitários de Saúde (ACS), um cirurgião dentista. Não há técnico e Auxiliar de saúde bucal. Há também o atendimento do serviço do NASF em que há um psicólogo, fisioterapeuta e nutricionista. Não há psiquiatra e gerente na unidade. Há também um Auxiliar de limpeza e três motoristas.

Há um grande envolvimento da população com a unidade, com uma boa relação, pois foram anos de lutas para a construção do patrimônio. A unidade atualmente está bem equipada. Porém, no momento, o problema é a escassez de medicamentos, em caso de uma emergência e até mesmo para o atendimento no ambulatório, o que atrapalha no atendimento, por se tratar de uma população carente e nem todos terem condição de comprar medicamentos.

1.5 A Equipe da Unidade Básica de Saúde da Família de Monte castelo

A equipe de saúde de Monte Castelo é composta por: Dois Enfermeiros; três Técnicos de enfermagem; um Médico; um Dentista; e cinco ACS.

Apresenta-se, a seguir, o quadro de profissionais da Equipe de Saúde com seu descritivo:

Quadro 03 – Quadro de profissionais da Equipe de Saúde da UBS Monte Castelo, localizada no município de Fronteira dos Vales, Minas Gerais

Profissionais	Descrição
ACS micro-área 01	<ul style="list-style-type: none"> ACS que atua na micro-área 01 há 3 anos. Estudou até o ensino médio. A Micro-área conta com 490 pessoas cadastradas e 180 famílias.
ACS micro-área 02	<ul style="list-style-type: none"> ACS que atua há 3 anos na micro-área. Estudou até o ensino médio. A micro-área 02 tem 350 pessoas cadastradas e 145 famílias.
ACS micro-área 03	ACS que atua há 3 anos na micro-área. Estudou até o ensino médio. A micro-área 03 tem 400 pessoas cadastradas e 120 famílias.
ACS micro-área 04	ACS que atua há 3 anos na micro-área. Estudou até o ensino médio. A micro-área 04 tem 320 pessoas cadastradas e 140 famílias.
ACS micro-área 05	ACS que atua há 3 anos na micro-área. Estudou até o ensino médio. A micro-área 05 tem 450 pessoas cadastradas e 120 famílias.
Médico	Profissional da equipe há um ano e três meses
Enfermeiro	Profissional da equipe há cinco meses
Enfermeiro	Profissional da equipe há cinco meses
Técnico de Enfermagem	Profissional da equipe há 18 anos
Técnica de Enfermagem	Profissional da equipe há um ano
Técnica de Enfermagem	Profissional da equipe há quatro anos
Cirurgião Dentista	Profissional da equipe há seis anos

Fonte: Autoria Própria (2020)

A equipe de saúde da família possui no total 2.010 habitantes e 705 famílias cadastradas.

1.6 O funcionamento da Unidade Básica de Saúde da Família de Monte Castelo

A UBS funciona das 7:00 às 17:00 horas e, após às 17 horas, há uma enfermeira e um motorista 24 horas para caso ocorra alguma emergência poder deslocar o paciente até a cidade

1.7 O dia a dia da Equipe da Unidade de Monte castelo

A equipe atende consultas agendadas e demanda espontânea, com atendimentos para programas de saúde bucal, pré-natal, puericultura, controle de câncer de mama e ginecológico, atendimento a hipertensos e diabéticos, e acompanhamento de crianças desnutridas, além da realização de eletrocardiograma. A equipe também desenvolve atividades de palestras educativas em escolas voltadas para as crianças, e também realiza palestras de educação alimentar.

A seguir, apresenta-se os quadros das agendas do médico e enfermeira:

Quadro 04: Agenda do Médico da Equipe de Saúde da UBS Monte Castelo, localizada no município de Fronteira dos Vales, Minas Gerais

	Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta
Manhã	Consulta medica Agendadas E demandas espontânea	Consulta de hipertensos Agendadas e demanda espontânea	Consulta de pré-natais E demanda espontânea	Consulta de puericultura E demanda espontânea	Dia de estudos da pós graduação
Tarde	Visita domiciliar de acamados	Consulta de diabéticos E demanda espontânea	Demanda espontânea Visita na escola	Vista domiciliar Demanda espontânea	Dia de estudos da pós graduação

Fonte: Autoria Própria (2020)

Quadro 05: Agenda da Enfermeira da Equipe de Saúde da UBS Monte Castelo, localizada no município de Fronteira dos Vales, Minas Gerais

	Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta
Manhã	Atendimento na unidade	Atendimento na unidade	Atendimento na unidade	Coleta de sangue Atendimento na unidade	Realização de eletrocardiograma
Tarde	Visita domiciliar	Atendimento Na unidade	Visita domiciliar	Atendimento na Unidade	Realização de eletrocardiograma

Fonte: Autoria Própria (2020)

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

Por meio do método da estimativa rápida foram levantados os principais problemas existentes no território da unidade, os quais estão listados abaixo:

- 1 – Elevada prevalência de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) descompensada;
- 2 – Elevada prevalência de Diabetes Mellitus (DM) descompensada;
- 3 – Pacientes não esperam tempo de retorno das consultas, ocasionado pela demanda excessiva;
- 4 – Falta de estrutura básica para realizar procedimentos simples;
- 5 – Estrutura física da unidade precisando de reforma.

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

Os problemas levantados pela Equipe de Saúde da Família foram classificados, de acordo com quadro a seguir:

Quadro 06 - Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adstrita à equipe de Monte Castelo, UBS da comunidade de Monte Castelo, município de Fronteira dos Vales, estado de Minas Gerais

Problemas	Importância*	Urgência**	Capacidade de enfrentamento***	Seleção/Priorização****
-----------	--------------	------------	--------------------------------	-------------------------

Elevada prevalência de HAS descompensada	Alta	30	Parcial	1
Elevada prevalência de Diabetes mellitus	Alta	25	Parcial	2
Pacientes não esperam tempo de retorno das consultas	Alta	20	Parcial	3
Falta de estrutura básica para realizar procedimentos básicos	Alta	15	Fora	4
Estrutura física da unidade precisando de reforma	Alta	10	Fora	5

Fonte: Unidade Básica de Saúde de Monte Castelo (2020)

*Alta, média ou baixa

** Total dos pontos distribuídos até o máximo de 30

***Total, parcial ou fora

****Ordenar considerando os três itens

2 JUSTIFICATIVA

De acordo com dados da pesquisa de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico realizada no ano de 2018, cerca de 25% da população brasileira maior de 18 anos é afetada pela hipertensão (BRASIL, 2017).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) destaca as doenças cardiovasculares como a principal causa de óbitos no mundo. De acordo com seu último levantamento, em 2015, as mortes decorrentes dessas enfermidades chegaram 17,7 milhões, representando aproximadamente 31% dos óbitos registrados daquele respectivo ano. No Brasil, em 2017, ocorreram 302 mil mortes em decorrência de doenças cardiovasculares (BRASIL, 2017).

A realidade enfrentada pela Equipe de Saúde da Família Monte Castelo, não é diferente, como podemos verificar no Quadro 07, a seguir, em que é apresentada a distribuição de consultas do médico e enfermeiro, segundo os programas da Estratégia Saúde da Família (ESF), no ano de 2018:

Quadro 07: Distribuição das Consultas de Médico e Enfermeiro, de acordo com área de atendimento na ESF Monte Castelo, localizada em Fronteiras do Vale, Minas Gerais, em 2018

Área de atendimento	Consultas
PUERICULTURA	320
PRÉNATAL	410
HIPERTENSÃO	720
DIABETES	550
CÂNCER	5
TUBERCULOSE	2
HANSENÍASE	3

Fonte: Autoria Própria, 2019

Ao analisarmos os dados do Quadro 07, podemos verificar que dos 2.010 atendimentos, 35,82% foram destinados a pacientes hipertensos. Destes, observa-se um grande quantitativo de hipertensos descompensados.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

- Elaborar um projeto de intervenção para diminuir complicações em hipertensos, sem controle adequado, da área de abrangência da Unidade Básica de Saúde de Monte Castelo, localizada em Fronteira dos Vales, Minas Gerais

3.2 Objetivos específicos

- Identificar fatores que interfiram no controle pressórico dos pacientes;
- Criar grupo educativo para hipertensos na unidade de saúde;
- Estimular habilidades de autocuidado aos pacientes hipertensos adscritos na unidade;
- Promover ações para ocasionar hábitos de vida mais saudáveis aos hipertensos da unidade;
- Promover a adesão ao tratamento para a hipertensão.

4 METODOLOGIA

Foram realizadas buscas de referências bibliográficas nas bases de dados da Biblioteca Virtual em Saúde, da Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE), Scientific Electronic Online (SCIELO) e Literatura Latinoamericana e do Caribe (LILACS), no período de 2015 a 2020. Para esta busca foram utilizados os seguintes descritores: Hipertensão Arterial Sistêmica; Doença Crônica; Saúde da Família; Atenção Primária à Saúde.

Para elaboração do projeto de intervenção foi utilizado como base o Planejamento Estratégico Situacional (PES), utilizando como referência o texto de apoio Planejamento, Avaliação e Programação das ações em Saúde, para estimativa rápida dos problemas observados, definição do problema prioritário, dos nós críticos

e das ações em saúde que serão desenvolvidas (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2018).

A proposta de intervenção inicia com a capacitação da equipe de saúde com temas pertinentes aos objetivos da intervenção como: “educação em saúde”, “importância do autocuidado no tratamento da hipertensão”, “escuta qualificada no atendimento a pacientes hipertensos”. Em seguida, será abordada a adesão ao tratamento da doença, barreiras encontradas durante o tratamento, controle pressórico e medidas de prevenção adotadas pelos usuários para a prevenção de agravos. Criar e estruturar um grupo educativo para hipertensos na unidade de saúde com encontros semanais, considerando os aspectos comportamentais e psicossociais, com a intenção de construir conhecimento e atitudes para que os usuários com hipertensão realizem práticas de autocuidado associado a uma alimentação saudável e práticas de atividade física regular. Desenvolver o vínculo dos pacientes hipertensos com a unidade de saúde e seus serviços através da busca ativa na área da unidade de saúde. A busca ativa será realizada pela equipe de saúde durante as visitas domiciliares.

5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

5.1 A Atenção Primária a Saúde e as Doenças Crônicas Não Transmissíveis

As necessidades de saúde cada vez mais dinâmicas e complexas decorrentes do envelhecimento populacional que tem aumentado a prevalência das doenças crônicas, demanda uma atenção básica mais resolutiva, capaz de desenvolver ações efetivas, especialmente de cunho preventivo (MAGNAGO e PIERANTONI, 2020).

Ao considerar as especificidades do SUS e sua priorização em ações de promoção e prevenção, a atenção básica foi considerado nível primário e fundamental para toda a organização desse sistema. A atuação nesse nível de atenção, requer abordagem em equipe multiprofissional, além da integralidade da atenção, ênfase na promoção à saúde, foco nos indivíduos, família e comunidade e competências para o planejamento em saúde (MAGNAGO e PIERANTONI, 2020).

No âmbito da organização do SUS, a Atenção Primária à Saúde (APS) constitui uma das entradas do sistema para as necessidades e problemas. Este nível de atenção

realiza intervenções à pessoa de modo geral, proporciona manutenção do cuidado, criação de vínculos e atua no contexto da integralidade, para a promoção da saúde (DALMOLIN *et al.*, 2019).

Atualmente a APS está orientada com base no modelo da ESF, que prevê uma equipe básica de trabalho junto à comunidade, com o suporte do NASF (DALMOLIN *et al.*, 2019). A ESF é um espaço privilegiado para intervenções de promoção a saúde, de prevenção de doenças crônicas e de manejo de diagnósticos, visto que esta possui um vínculo direto com o paciente e sua família, a qual prioriza as atividades preventivas e a autonomia dos sujeitos (FREITAS *et al.*, 2019).

As doenças crônicas não transmissíveis são causa de mortalidade e morbidade prematura em todo o mundo, sendo que no Brasil corresponde a aproximadamente 70% das mortes em adultos. Mesmo com uma queda de 20% nessa última década, que pode ser atribuída a ampliação da Atenção Básica, melhorias na assistência e declínio do tabagismo, ainda é um problema de saúde relevante e que gera elevados custos para SUS e consequências graves para a saúde e bem-estar da população adulta (DALLACOSTA *et al.*, 2019). Dentre elas, a HAS é uma das que mais afeta a população.

Nos últimos 10 anos, o número de casos de hipertensos no Brasil atingiu níveis que indicam a necessidade de intervenção da Saúde Pública, com prioridade, tanto na atenção em saúde como na tomada de medidas preventivas (BRASIL, 2017).

5.2 Hipertensão Arterial Sistêmica

Comumente conhecida como pressão alta, a HAS é uma condição clínica multifatorial, que apresenta como principal característica a elevação dos níveis pressóricos. A elevação desses níveis tem como consequência a sobrecarga do coração, que acaba necessitando trabalhar mais que o normal para conseguir cumprir seu papel de bombear sangue por todo organismo (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2016). Porém, afeta não só o coração. O descontrole pressórico é o principal fator de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais. Esse fato se deve porque a elevação da pressão arterial compromete as funções e/ou estruturas dos órgãos alvo

(coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos), elevando as chances de ocorrência de complicações (BRASIL, 2013).

A Sociedade Brasileira de Cardiologia (2016), considera como hipertensão os valores de Pressão Arterial Sistólica ≥ 140 mmHg e/ou de Pressão Arterial Diastólica ≥ 90 mmHg para pessoas que não façam uso de antihipertensivos.

A recomendação da Sociedade Brasileira de Cardiologia (2016) para a realização do diagnóstico de HAS é que o procedimento seja feito por profissionais capacitados, seguindo as orientações do Ministério da Saúde, e que os equipamentos estejam devidamente calibrados. Para o diagnóstico seguro devem ser realizadas aferições em pelo menos três momentos distintos em condições ideais. A confirmação do diagnóstico se dá quando a média das três aferições forem iguais ou superiores a 140/90mmHg. Há outras formas de diagnóstico MRPA ou da Mapa, no quadro abaixo podemos ver as indicações clínicas para cada um desses métodos (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2016).

Quadro 4 -Indicações clínicas para a medição da PA fora do consultório para fins de diagnóstico

Indicações clínicas para MAPA ou MRPA
Suspeita de HAB
- HA estágio 1 no consultório
- PA alta no consultório em indivíduos assintomáticos sem LOA e com baixo risco CV total
Suspeita de HM
- PA entre 130/85 e 139/89 mmHg no consultório
- PA < 140/90 mmHg no consultório em indivíduos assintomáticos com LOA ou com alto risco CV total
Identificação do EAB em hipertensos
Grande variação da PA no consultório na mesma consulta ou em consultas diferentes
Hipotensão postural, pós-prandial, na sesta ou induzida por fármacos
PA elevada de consultório ou suspeita de pré-eclâmpsia em mulheres grávidas
Confirmação de hipertensão resistente
Indicações específicas para MAPA
Discordância importante entre a PA no consultório e em casa
Avaliação do descenso durante e sono
Suspeita de HA ou falta de queda da PA durante o sono habitual em pessoas com apneia de sono, DRC ou diabetes
Avaliação da variabilidade da PA

HA: hipertensão arterial; HM: hipertensão mascarada; LOA: lesão de órgão-alvo; EAB: efeito do avental branco; DRC: doença renal crônica.

Fonte: Sociedade Brasileira de Cardiologia, 2016.

Segundo Grezzana *et al.* (2013), os hipertensos atendidos em programas de hipertensão das UBS apresentavam somente 39% de controle da Pressão Arterial

(PA) (< 140/90 mmHg) e 33% desses pacientes foram classificados como estágios 2 ou 3 de HAS (PA > 160/110 mmHg).

5.3 Fisiologia e Patogênese da hipertensão

A Sociedade Brasileira de Cardiologia (2016) classifica a HAS como primária ou secundária. A HAS primária é a mais comum, ocorrendo em cerca de 95% dos casos, tendo suas causas desconhecidas. Já a HAS secundária, ocorre em apenas 5% dos casos, possuindo causas conhecidas, sendo as mais comuns: doença parenquimatosa renal e a estenose de artéria renal (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2016).

5.4 Riscos do Excesso de Sódio

O sódio é uma substância reguladora de líquidos celulares por meio do controle de pressão osmótica, ou seja, ele é encontrado principalmente na parte exterior das células. Quando há pouco sódio, mais líquidos conseguem entrar nas células, e quando há excesso dessa substância o líquido tende a sair, o que acarreta um maior volume de líquidos nos vasos sanguíneos, ocasionando a elevação da pressão arterial (PERIN *et al.*, 2013).

As recomendações da OMS, no ano de 2017, sugerem o consumo máximo diário de 2 gramas de sódio, equivalentes a 5 gramas de sal. A média de consumo diária dos brasileiros é de 12 gramas de sal, como podemos perceber mais que o dobro da recomendada. Esse fato deve-se principalmente porque essa substância é muito utilizada como conservantes de produtos industrializados.

5.5 O tratamento não medicamentoso e medicamentoso

É pertinente evidenciarmos o aumento das comorbidades decorrentes das doenças crônicas, e o crescimento dos quatro principais fatores de risco modificáveis que demanda intervenção e cuidado ampliado frente aos riscos à saúde. Estes são: tabaco, sedentarismo, uso abusivo de álcool e alimentação não saudável. O tratamento pouco eficaz acarreta complicações de caráter emergencial e muitas

vezes irreversíveis, afetando diretamente na qualidade de vida pessoal e familiar, sendo o não cumprimento das orientações médicas, a baixa adesão dos medicamentos e uso inadequado e não realizando as orientações dietéticas. (LOPES, *et al.* 2020).

O tratamento medicamentoso se faz por meio de fármacos que podem ser das classes dos diuréticos, bloqueadores de canais de cálcio, inibidores da ECA, bloqueadores do receptor de angiotensina II e os betabloqueadores, que são indicados de acordo com a necessidade de cada indivíduo: avaliação da presença de comorbidades; lesão em órgãos alvo; histórico familiar; idade e gravidez. Devido à sua característica multifatorial, o tratamento da hipertensão comumente necessita de um ou associação de dois ou mais medicamentos (BRASIL, 2013).

Em um estudo realizado no Brasil com mais de 500 pacientes polimedicados mostra que mais de 80% deles demonstram algum tipo de dificuldade na utilização de seus medicamentos. Um em cada três deixou algum tratamento, 54% deixam de tomar alguma dose, 14% se automedicam de forma inadequada, 33% fazem uso de medicamentos em horários errados, 21% incluem doses que não foram prescritas, 13% não começaram algum tratamento prescrito, 8% possuem erros na técnica de administração do medicamento, entre outros problemas (FREITAS *et al.*, 2019). Isto interfere diretamente no controle das doenças crônicas.

O tratamento associado consiste em um plano de tratamento medicamentoso e não medicamentoso, e consiste na opção que apresenta mais resultados positivos, desde que o paciente siga as recomendações (BRASIL, 2013).

6 PLANO DE INTERVENÇÃO

Essa proposta refere-se ao problema priorizado “Elevada prevalência de HAS descompensada”, 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 Planejamento Estratégico Simplificado (CAMPOS, FARIA E SANTOS *et al.*, 2018);

6.1 Descrição do problema

Com base no número de atendimento, podemos ver que há um número elevado de pacientes hipertensos na comunidade. Como exposto na justificativa, do total de atendimentos realizados pela enfermeira e médico 35,82% foram voltados a hipertensos. Observa-se também, no cotidiano, que muitos deles estão descompensados.

6.2 Explicação do problema selecionado

Na comunidade de Monte Castelo há um índice elevado de hipertensão e observamos que esse elevado número de pacientes hipertensos pode ser o infeliz reflexo, em sua grande maioria, de maus hábitos alimentares, sobrepeso, obesidade, sedentarismo, a não adesão adequada ao tratamento, tabagismo, consumo de álcool, ou seja, fatores de risco modificáveis. É importante salientar que existe uma pequena parcela de pacientes cuja elevação da pressão arterial é decorrente de fatores de risco não modificáveis (hereditariedade, idade e sexo).

Os maiores desafios da equipe de saúde é conscientizar os pacientes sobre os riscos ocasionados pela HAS, a necessidade de mudanças no estilo de vida, e a importância da adesão correta aos tratamentos (medicamentoso ou não). Pois com medidas simples é possível manter os níveis pressóricos o mais próximo da normalidade, evitando perdas aos hipertensos e familiares, bem como toda sociedade, que arca diretamente ou indiretamente com os custos.

6.3 Seleção dos nós críticos (quinto passo)

A identificação das causas é fundamental porque para enfrentar um problema deve-se enfrentar a sua origem. Por isso que foi importante selecionar os nós críticos do problema principal para efetivamente transformá-lo.

Os nós críticos identificados foram:

- Hábitos alimentares inadequados;
- Baixa adesão dos hipertensos ao tratamento;
- Sedentarismo;
- Baixa capacitação da equipe voltada ao tema hipertensão

6.4 Desenho das operações sobre nó crítico – operações, projeto, resultados e produtos esperados, recursos necessários e críticos (sexto passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo)

Nos quadros abaixo, podemos observar o desenho de operações para cada “nó crítico” do problema de “Elevada prevalência de HAS descompensada”, identificados a partir da análise do diagnóstico situacional e discussões com a Equipe de Saúde da Família Monte Castelo:

Quadro 08: Desenho da operação (6º passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo) sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema “Elevada prevalência de HAS descompensada” na população sob responsabilidade da equipe da saúde da família Monte Castelo, no município de Fronteira dos Vales, Minas Gerais

Nó crítico 1	Hábitos alimentares inadequados
6º passo: operação	Elaborar Plano alimentar para os usuários
6º passo: resultados esperados	Reduzir a obesidade e sobrepeso em pacientes hipertensos. Promover alimentação mais saudável aos usuários hipertensos
6º passo: Produtos esperados	Elaboração de plano alimentar em conjunto com paciente e nutricionista; Realizações de grupos operativos com abordagem de temas de autocuidado, o que é a doença, formas de tratamento; Oficinas de reeducação alimentar;
6º passo: recursos necessários	Organizacional: disponibilidade de agenda articulada de atendimento médico enfermeiro e nutricionista sobre a

	<p>temática</p> <p>Cognitivo: conhecimento acerca do tema</p> <p>Político: mobilização social; articulação com profissional de nutrição.</p> <p>Estrutural: espaço apropriado para realização das atividades</p> <p>Financeiro: para aquisição de panfletos, folders</p>
7º passo: Viabilidade do plano – recursos críticos	<p>Estrutural: espaço apropriado para realização das atividades</p> <p>Financeiro: para aquisição de panfletos, folders</p>
8º passo: Controle dos recursos críticos – Ações estratégicas	<p>Ator que controla: Enfermeira</p> <p>Equipe da Unidade Básica de Saúde</p> <p>Motivação :Favorável</p> <p>Ações: Apresentar o projeto a equipe gestora da unidade de saúde</p>
9º passo; Acompanhamento do plano - responsáveis e prazos	<p>Responsáveis pelo projeto: Medico e enfermeira</p> <p>Previsão para apresentação do projeto em três meses. E as atividades terão duração inicial de seis meses, podendo ser prorrogadas para mais doze meses. Com avaliação mensal de desempenho realizada por toda equipe envolvida no projeto.</p>
10º passo: Gestão do plano: monitoramento e avaliação das ações	<p>O monitoramento será realizado por meio de planilhas para acompanhamento da adesão e melhora dos dados, principalmente por meio dos agentes comunitários de saúde junto com médico e enfermeiro.</p>

Fonte: Autoria própria, 2020

Quadro 09: Desenho da operação (6º passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo) sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema “Elevada prevalência de HAS descompensada” na população sob responsabilidade da equipe da saúde da família Monte Castelo, no município de Fronteira dos Vales, Minas Gerais

Nó crítico 2	Baixa adesão dos hipertensos ao tratamento
6º passo: operação	Elaborar planos para correta adesão medicamentosa.
6º passo: resultados	Melhorar a adesão aos medicamentos;

esperados	Reduzir as complicações da hipertensão arterial;
6º passo: Produtos esperados	Elaboração de um plano individualizado para a correta adesão dos medicamentos em conjunto com ACS e pacientes; Realização de palestras educativas; Busca ativa de usuários hipertensos acompanhados pela equipe e que estão descompensados
6º passo: recursos necessários	Organizacional: agenda disponível; Cognitivo: conhecimento acerca do tema; Político: mobilização social; Financeiro: Recursos para confecção de folhetos; Estrutural: espaço apropriado para realização das atividades.
7º passo: Viabilidade do plano – recursos críticos	Organizacional: agenda disponível; Cognitivo: conhecimento acerca do tema; Político: mobilização social;
8º passo: Controle dos recursos críticos – Ações estratégicas	Ator que controla: Medico e enfermeira Equipe da Unidade Básica de Saúde Motivação :Favorável Ações: Apresentar o projeto a equipe gestora da unidade de saúde
9º passo; Acompanhamento do plano - responsáveis e prazos	Responsáveis pelo projeto: Medico e enfermeira Previsão para apresentação do projeto em três meses. E as atividades terão duração inicial de seis meses, podendo ser prorrogadas por mais doze meses.
10º passo: Gestão do plano: monitoramento e avaliação das ações	Avaliações serão realizadas através do médico e enfermeiro através das palestras educativas. O monitoramento será realizado por meio de planilhas para acompanhamento da adesão e melhora dos dados, principalmente através dos agentes comunitários de saúde junto com medico e enfermeiro.

Fonte: Autoria própria, 2020

Quadro 10: Desenho da operação (6º passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo) sobre o “nó crítico 3” relacionado ao problema “Elevada prevalência de HAS descompensada” na população sob responsabilidade da equipe da saúde da família Monte Castelo, no município de Fronteira dos Vales, Minas Gerais

Nó crítico 3	Sedentarismo
6º passo: operação	Realização de incentivo a pratica de exercícios físicos para os usuários
6º passo: resultados esperados	Reduzir sedentarismo
6º passo: Produtos esperados	Avaliação do estado clínico e elaboração do plano de atividades físicas; Realização diária de caminhadas coletivas com a participação dos ACS e pacientes;
6º passo: recursos necessários	Organizacional: disponibilidade na agenda para caminhadas. Cognitivo: conhecimento sobre o tema, Político: mobilização social; articulação com um profissional de educação física. Estrutural: espaço apropriado para realização das atividades Financeiro: para aquisição de folders, panfletos
7º passo: Viabilidade do plano – recursos críticos	Estrutural: espaço apropriado para realização das atividades Organizacional: disponibilidade na agenda para caminhadas
8º passo: Controle dos recursos críticos – Ações estratégicas	Ator que controla: médico e ACS Motivação: favorável Ações: Apresentar o projeto a equipe gestora da unidade de saúde
9º passo; Acompanhamento do plano - responsáveis e prazos	Responsáveis pelo projeto: Medico e enfermeira Previsão para apresentação do projeto em três meses. E as atividades terão duração inicial de seis meses, podendo ser prorrogadas para mais doze meses. Com avaliação mensal de desempenho realizada por toda

	equipe envolvida no projeto
10º passo: Gestão do plano: monitoramento e avaliação das ações	<p>Avaliações serão realizadas através do médico e ACS através do acompanhamento da adesão às atividades físicas.</p> <p>O monitoramento será realizado por meio de planilhas para acompanhamento da adesão e melhora dos dados, principalmente através dos agentes comunitários de saúde.</p>

Fonte: Autoria própria, 2020

Quadro 11: Desenho da operação (6º passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo) sobre o “nó crítico 4” relacionado ao problema “Elevada prevalência de HAS descompensada” na população sob responsabilidade da equipe da saúde da família Monte Castelo, no município de Fronteira dos Vales, Minas Gerais

Nó crítico 4	Baixa capacitação da equipe voltada ao tema hipertensão
6º passo: operação	Promover a Capacitação da equipe
6º passo: resultados esperados	<p>Equipe capacitada para realizar uma adequada abordagem ao paciente hipertenso.</p> <p>Melhores orientações ao tratamento medicamento e não medicamentoso, com isso logramos a melhora da adesão ao tratamento e prevenção das complicações</p>
6º passo: Produtos esperados	Aula expositiva por meio de pôster, um dia na semana voltado para capacitar a equipe
6º passo: recursos necessários	<p>Organizacional: Agenda Disponível dos profissionais</p> <p>Cognitivo: Conhecimento sobre o tema para passar para a equipe</p> <p>Político: Articulação com o enfermeiro</p> <p>Estrutural: espaço apropriado para realização da atividade</p>
7º passo: Viabilidade do plano – recursos críticos	Estrutural: espaço apropriado para realização das atividades

	Organizacional: disponibilidade na agenda dos profissionais
8º passo: Controle dos recursos críticos – Ações estratégicas	Ator que controla: médico e enfermeiro Motivação: favorável Ações: Apresentar o projeto a equipe gestora da unidade de saúde
9º passo; Acompanhamento do plano - responsáveis e prazos	Responsáveis pelo projeto: Médico e enfermeira Previsão para apresentação do projeto em três meses. E as atividades terão duração inicial 1 mês, podendo ser prorrogado, caso não logremos os objetivos.
10º passo: Gestão do plano: monitoramento e avaliação das ações	Avaliações serão realizadas através do médico e enfermeiro, através de capacitação e orientação Sobre o tema de hipertensão arterial.

Fonte: Autoria própria, 2020.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com a implementação desse projeto de intervenção no nível primário de saúde, espera-se a prevenção de agravos decorrentes do não controle pressórico e ganhos na qualidade de vida, visto que a hipertensão é uma condição crônica que tem como resultado complicações irreversíveis que comprometem a qualidade de vida dos indivíduos aos quais são acometidos com essa patologia.

Espera-se, ainda, a atenção da equipe da unidade na integralidade dos serviços e na ênfase na prevenção de agravos e promoção à saúde. Utilizando-se de intervenções educativas, favorecendo o empoderamento dos indivíduos, bem como a sua autonomia no cuidado. Assim, a busca ativa de pacientes com hipertensão evidencia uma potencialidade significativa de identificação de hipertensos submergidos na população, mostrando-se uma estratégia que possibilita o diagnóstico oportuno com prevenção de sequelas.

Tem-se também que a construção do grupo educativo para hipertensos na unidade, possibilita a construção de conhecimentos e atitudes advindos do compartilhamento

de vivências dos pacientes. Uma vez que a troca de informações e conhecimento entre os pacientes e os profissionais de saúde podem aumentar o vínculo entre os pacientes e estimular as pessoas com hipertensão a realizarem práticas de autocuidado, havendo um diálogo sobre as dificuldades encontradas no tratamento da doença, apoiando um ao outro, além de estabelecer um vínculo com a unidade de saúde.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Caderno de Atenção Básica. **Hipertensão Arterial Sistêmica: estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica**. Brasília, 2013. Disponível em : http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_pessoa_doenca_cronica.pdf. Acesso em: 17 mai. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Fatores de risco**. Brasília, 2017. Disponível: <http://www.brasil.gov.br/editoria/saude/2014/12/pesquisa-revela-que-57-4-milhoes-de-brasileiros-tem-doenca-cronica>. Acesso em: 08 ago. 2018.

DALLACOSTA, F. M. *et al.* Adesão ao tratamento e hábitos de vida de hipertensos. **Rev. pesquis. cuid. fundam.** (Online); 11(1): 127-131, jan.-mar. 2019.

DALMOLIN, I. S. *et al.* Práticas integrativas e complementares no Sistema Único de Saúde: desvelando potências e limites. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 53, e03506, 2019

FARIA, H.P.; CAMPOS, F.C.C.; SANTOS, M.A. **Planejamento e avaliação das ações de saúde**. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2018. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0273pdf>. Acesso em: 05 mai. 2019.

FREITAS, D. L. *et al.* Resultados negativos associados à medicação em idosos hipertensos e diabéticos. **Journal Health NPEPS**. 2019 jul-dez; 4(2):118-131.

GREZZANA, G.B. *et al.* Adesão ao tratamento e controle da pressão arterial por meio da monitoração ambulatorial de 24 horas **Arq. Bras. Cardiol.**, v.100, n.4, p.355-361, 2013.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **IBGE Cidades**. Brasília, 2020. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/bfronteiradosvales/panorama>. Acesso em 12 abril 2020.

LOPES, J. R. *et al.* Perfil epidemiológico de usuários atendidos em ação de saúde na baixada litorânea do Rio de Janeiro. **Rev Fun Care Online**. 2020 jan/dez; 12:257-262.

MAGNAGO, C.; PIERANTONI, C. R. A formação de enfermeiros e sua aproximação com os pressupostos das Diretrizes Curriculares Nacionais e da Atenção Básica. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 1, p. 15-24, jan. 2020.

PIERIN, A.M.G. *et al.* Controle da hipertensão arterial e fatores associados na atenção primária em Unidades Básicas de Saúde localizadas na Região Oeste da cidade de São Paulo. **Revista de Ciência & Saúde Coletiva**, 2013. Disponível: http://www.producao.usp.br/bitstream/handle/BDPI/3991/art_PIERIN_Control_e_da_hipert_ensao_arterial_e_fatores_associados_2011.pdf?sequence=1. Acesso: 04

abr. 2019.

SILVA, J. L. B. V. Práticas de promoção da saúde para pessoa idosa: revisão integrativa da literatura. **Rev Fun Care Online**. 2020 jan/dez; 12:87-9.3

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. **7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial**. v. 107., n.3., 2016. Disponível em: http://publicacoes.cardiol.br/2014/diretrizes/2016/05_HIPERTENSAO_ARTERIAL.pdf. Acesso em 27 abr. 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Health statistics and information systems. Genebra, 2017. Disponível em: http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/estimates/en/index1.html Acesso em: 10 abr. 2019