

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

Gizele de Castro Almeida

**PROJETO DE INTERVENÇÃO: ADOÇÃO DE PRÁTICAS PARA REDUZIR A
HIPERTENSÃO ARTERIAL EM ADOLESCENTES E ADULTOS JOVENS NA
UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE ITAMARATI DE MINAS, MINAS GERAIS**

Belo Horizonte

2020

Gizele de Castro Almeida

**PROJETO DE INTERVENÇÃO: ADOÇÃO DE PRÁTICAS PARA REDUZIR A
HIPERTENSÃO ARTERIAL EM ADOLESCENTES E ADULTOS JOVENS NA
UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE ITAMARATI DE MINAS, 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 Dra. Maria Marta Amancio Amorim

Belo Horizonte

2020

Gizele de Castro Almeida

PROJETO DE INTERVENÇÃO: ADOÇÃO DE PRÁTICAS PARA REDUZIR A HIPERTENSÃO ARTERIAL EM ADOLESCENTES E ADULTOS JOVENS NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE ITAMARATI DE MINAS, 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 Dra. Maria Marta Amancio Amorim

Banca examinadora

Professora Dra. Maria Marta Amancio Amorim, Doutora em Enfermagem, Centro Universitário Unifacvest

Professora Dra. Matilde Meire Miranda Cadete- UFMG

Aprovado em Belo Horizonte, em 15 de janeiro de 2020.

DEDICATÓRIA

Dedico a todas as pessoas que contribuíram de alguma forma no desenvolvimento desse trabalho.

O mais importante na vida não é o conhecimento, mas sim o uso que fazemos dele

Talmud

RESUMO

A Hipertensão Arterial Sistêmica é um problema grave de saúde pública no Brasil e no mundo e tem aumentado sua prevalência em crianças e adolescentes. Além disso, é um importante fator de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais. Este estudo tem como objetivo apresentar um projeto de intervenção para reduzir a hipertensão arterial em pacientes adolescentes e adultos jovens na Unidade Básica de Saúde Itamarati de Minas, em Minas Gerais. O embasamento teórico foi obtido em artigos científicos publicados, por meio de uma investigação sistematizada na literatura em sites de busca, como: *Scientific Electronic Library Online*, Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde, edições do Ministério da Saúde, entre outros. Os dados do diagnóstico situacional foram utilizados na construção do plano de ação, tendo como referência os dez passos do Planejamento Estratégico Situacional e que nortearam todo o processo: definição dos problemas, priorização dos problemas, descrição do problema selecionado, explicação do problema, seleção dos “nós críticos”, desenho das operações, identificação dos nós críticos, análise de viabilidade do plano, elaboração do plano operativo e o modelo de gestão do plano de ação. Na intervenção, pretende-se realizar estratégias com ações educativas e terapêuticas, através de grupo com adolescentes desenvolvendo oficinas, para aumentar o conhecimento dos usuários sobre a importância de modificar hábitos e estilos de vida para o sucesso do tratamento. Esta intervenção constitui uma ferramenta extremamente útil para sensibilizar os pacientes adolescentes e adultos jovens hipertensos a evitarem complicações futuras e aderirem aos grupos e, assim, aumentar o controle da pressão arterial na população depois da intervenção.

Palavras-chave: Hipertensão. Planejamento em saúde. Educação. Atenção Primária à Saúde

ABSTRACT

Systemic Arterial Hypertension is a serious public health problem in Brazil and worldwide and has increased its prevalence in children and adolescents. In addition, it is an important risk factor for the development of cardiovascular, cerebrovascular and renal diseases. This study aims to present an intervention project to reduce hypertension in adolescent and young adult patients at the Itamarati de Minas Basic Health Unit in Minas Gerais. The theoretical basis was obtained in scientific articles published through a systematic research in the literature on search sites, such as: Scientific Electronic Library Online, Latin American and Caribbean Health Sciences Literature, editions of the Ministry of Health, among others. . The situational diagnosis data were used in the construction of the action plan, based on the ten steps of the Situational Strategic Planning, which guided the whole process: problem definition, problem prioritization, description of the selected problem, explanation of the problem, selection of “Critical nodes”, operations design, critical nodes identification, plan feasibility analysis, operational plan elaboration and action plan management model. In the intervention, it is intended to carry out strategies with educational and therapeutic actions, through a group with adolescents developing workshops, to increase users' knowledge about the importance of modifying habits and lifestyles for treatment success. This intervention is an extremely useful tool for sensitizing hypertensive adolescent and young adult patients to avoid future complications and to join groups, and thus to increase blood pressure control in the population after the intervention.

Key words: Hypertension. Health planning. Education. Primary Health Care.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABS	Atenção Básica à Saúde
ACS	Agentes Comunitários de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
AVC	Acidente Vascular Cerebral
AVE	Acidente Vascular Encefálico
CISUM	Consórcio Intermunicipal de Saúde
CRAS	Centro de Referência Assistente Social
DM	Diabetes melito (<i>Diabetes mellitus</i>)
ESF	Estratégia Saúde da Família
FR	Fatores de risco
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
LOA	Lesões de Órgãos-Alvo
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio Saúde da Família
PA	Pressão Arterial
PAD	Pressão Arterial Diastólica
PAS	Pressão Arterial Sistólica
PES	Planejamento Estratégico Situacional
PIB	Produto Interno Bruto
SCIELO	<i>Scientific Electronic Library Online</i>
SUS	Sistema Único de Saúde

UBS Unidade Básica de Saúde

UNIPAC Universidade Presidente Antônio Carlos

UPA Unidade de Pronto Atendimento

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
1.1 Aspectos gerais do município	12
1.2 O sistema municipal de saúde	13
1.3 Aspectos da comunidade	14
1.4 A Unidade Básica de Saúde Itamarati de Minas	15
1.5 A Equipe de Saúde da Itamarati de Minas	15
1.6 O funcionamento da Unidade de Saúde da Equipe Itamarati de Minas	16
1.7 O dia a dia da equipe Itamarati de Minas	17
1.8 Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade (primeiro passo)	17
1.9 Priorização dos problemas – a seleção do problema para plano de intervenção (segundo passo)	18
2 JUSTIFICATIVA	20
3 OBJETIVOS	21
3.1 Objetivo geral	21
3.2 Objetivos específicos	21
4 METODOLOGIA	22
5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	23
5.1 Hipertensão Arterial Sistêmica	23
5.2 Diagnóstico e Tratamento da hipertensão arterial sistêmica	24
5.3 O poder da ação educativa em saúde para mudar hábitos de vida no contexto da atenção primária	26
6 PLANO DE AÇÃO	28
6.1 Descrição do problema selecionado (terceiro passo)	28
6.2 Explicação do problema selecionado (quarto passo)	28
6.3 Seleção dos nós críticos (quinto passo)	29
6.4 Desenho das operações - – operações, projeto, resultados e produtos esperados, recursos necessários e críticos (sexto passo) e viabilidade e gestão (sétimo ao décimo passo)	30

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

33

REFERÊNCIAS

34

1 INTRODUÇÃO

1.1 Aspectos gerais do município

Itamarati de Minas têm aproximadamente 4.333 habitantes, dados de 2018, estimado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE); destes, 2.204 homens e 2129 mulheres (IBGE, 2018).

É localizado na zona da mata mineira, há 316 km de Belo Horizonte. Segundo o IBGE, a cidade tem uma área de 118,347 km², densidade demográfica 36,86 hab./km², seu Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) foi 0,751 considerado alto em relação ao estado, expectativa de vida de 71 anos e a taxa de alfabetização de 83,7% da população (IBGE, 2010).

O município foi fundado em 1962, após o governo estadual criar um povoado com sede no Engenho do Bom Sucesso, atendendo aos pedidos dos fazendeiros da região, chamado de Itamarati de Minas. A cidade é banhada pelo Rio Novo e pelo Ribeirão dos Pires, e faz divisa com os municípios de Cataguases, Leopoldina, Astolfo Dutra e Dona Eusébia (ITAMARATI DE MINAS, 2016).

O município teve um crescimento considerável nos últimos anos, mantendo participação relativamente estável nas últimas duas décadas. Itamarati de Minas é a segunda cidade que mais subiu no ranking do Produto Interno Bruto (PIB) no ano de 2010 (IBGE, 2015).

O município possui 23% de crianças até 14 anos, 71% da população com pessoas acima de 15 anos até 64 anos, e 9% acima de 65 anos. O salário médio mensal dos trabalhadores é de 1,5 salários mínimos e 30,8% da população tem o rendimento mensal *per capita* de até ½ salário mínimo.

Com relação à educação, a taxa de escolarização, para pessoas de 6 a 14 anos foi de 97.5 em 2010, e o município está na posição 475 de 853 dentre as cidades do estado e na posição 2904 de 5570 dentre as cidades do Brasil (IBGE, 2010).

A taxa de mortalidade infantil média na cidade é de 32,26 para 1.000 nascidos vivos. As internações devido a diarreias são de 0,7 para cada 1.000 habitantes, e possui quatro Estabelecimentos de Saúde credenciados pelo Sistema Único de Saúde - SUS (IBGE, 2010).

O município possui 76,7% de domicílios com esgotamento sanitário adequado, 79,5% de domicílios urbanos em vias públicas com arborização e 68,6% de domicílios urbanos em vias públicas com urbanização adequada (IBGE, 2010).

1.2 O sistema municipal de saúde

Itamarati de Minas conta com uma rede de saúde composta por alguns estabelecimentos de saúde privados e públicos municipais, dentre eles Serviços Odontológicos, Farmácias e Unidades Básicas de Saúde (UBS). Por ser um município com população muito pequena, não tem Hospitais, nem Centros Especializados, Pronto-Socorro e Unidades de Pronto Atendimento (UPA). Os pacientes que necessitam desses atendimentos são encaminhados para o município de referência, Leopoldina, há 38 km de distância (ITAMARATI DE MINAS, 2016).

Com relação à saúde, para a gestão do município de Itamarati de Minas, o objetivo é alcançar uma cobertura de 100% da população pela Estratégia Saúde da Família (ESF). Para isso se faz necessária a implementação de duas equipes de saúde da família (eSF). A Secretaria da Saúde pretende dar prioridade às ações da atenção básica, buscar a melhorias das ações referentes aos subprogramas de saúde tais como hipertensão, diabetes, tuberculose, hanseníase e demais doenças crônicas degenerativas, mantendo cadastro e acompanhamento dos usuários por meio da ESF.

O objetivo também é melhorar a qualidade da atenção básica em saúde priorizando um aumento na resolutividade do trabalho, visando melhorar as condições de saúde do indivíduo e diminuindo os custos neste nível de atenção, podendo direcioná-los a níveis de complexidade maior, promover uma integração da equipe multidisciplinar com a comunidade, objetivando a melhoria dos índices epidemiológicos da área da abrangência. As ações preventivas de saúde bucal continuam sendo alvo prioritário, como educação em saúde - escovação e aquisição de hábitos de higiene, envolvendo principalmente crianças de 0 a 14 anos.

O corpo clínico da Atenção Especializada está composto por uma pediatra, um urologista, um ginecologista obstetra, duas psicólogas, uma nutricionista, um gastroenterologista, quatro clínicos gerais, três fisioterapeutas. O corpo de enfermagem é formado por uma coordenadora geral, duas licenciadas em enfermagem encarregadas do acompanhamento de duas eSF, e oito técnicas de enfermagem. O restante da equipe multidisciplinar é composto por profissionais que prestam serviços para a Prefeitura e são acionados, quando faz necessário.

No atendimento hospitalar o município pretende manter a parceria com os hospitais de outros municípios de referência assim como entidades privadas. Existe um convênio do Consórcio Intermunicipal de Saúde (CISUM) que oferecem as consultas referidas através da Secretaria Municipal de Saúde.

Com relação ao serviço de apoio e diagnóstico o município pretende investir na aquisição de novos equipamentos, principalmente os necessários para resolução da média complexidade e contratar serviços privados nas demandas de altas complexidade.

E na assistência farmacêutica contamos com uma farmácia assignada pela Prefeitura e duas com serviços privados, com horário de oito horas diárias de segunda-feira até sexta-feira. A farmácia básica busca melhorar e controlar o acesso aos medicamentos evitando a automedicação e perdas de medicamentos.

1.3 Aspectos da comunidade

Atualmente, a população empregada vive basicamente do trabalho nas empresas como fabricas de biscoitos, e confecção, e em sua minoria agricultores, do plantio de cana de açúcar, da prestação de serviços e da economia informal. Também existem pequenas propriedades rurais remanescentes localizadas na periferia da cidade. É grande o número de desempregados e subempregados.

A estrutura de saneamento básico na comunidade deixa muito a desejar, principalmente no que se refere ao esgotamento sanitário e à coleta de lixo. Além disso, parte da comunidade vive em moradias bastante precárias. O analfabetismo é elevado, sobretudo entre os maiores de 40 anos, assim como a evasão escolar entre menores de 14 anos. Nas últimas administrações, a

comunidade tem recebido algum investimento público - escola, centro de saúde, creche, asilo, Centro de Referência Assistente Social (CRAS), Núcleo de Apoio Saúde da Família (NASF) e farmácia popular em função da pressão da associação comunitária, que é bastante ativa. Esses trabalhos estão bastante dispersos e desintegrados e, em sua maioria, voltados para crianças, adolescentes e mães.

A população conserva hábitos e costumes próprios da população rural brasileira e gosta de comemorar as festas religiosas, em particular as festas juninas.

Em Itamarati de Minas, trabalham duas eSF – eSF 1 e eSF 2 e uma equipe de Saúde Bucal.

1.4 A Unidade Básica de Saúde Itamarati de Minas

A UBS Itamarati de Minas foi inaugurada há cerca de 20 anos e está situada na rua principal da cidade. Foi uma obra de construção para ser uma Unidade de Saúde. A área destinada à recepção é pequena, razão pela qual, nos horários de pico de atendimento (manhã), cria-se certo tumulto na Unidade. Isso dificulta sobremaneira o atendimento e é motivo de insatisfação de usuários e profissionais de saúde. Não existe espaço nem cadeiras para todos, e muita gente tem que aguardar o atendimento em pé. Essa situação sempre é lembrada nas discussões sobre humanização do atendimento. Não existe sala de reuniões, razão pela qual a equipe utiliza outras salas nas quais trabalham outros profissionais da saúde como fisioterapeutas e os agentes comunitários de saúde (ACS).

As reuniões com a comunidade (os grupos operativos, por exemplo) são realizadas no salão da associação de moradores, que fica perto do centro de saúde. Houve, porém, momentos – quando as relações da eSF com a diretoria da associação não eram as mais amistosas – em que as reuniões aconteciam em lugares privados que os donos emprestavam o local. A população tem muito apreço pela Unidade de Saúde, fruto de anos de luta da associação. A Unidade, atualmente, está bem equipada e conta com os recursos adequados para o trabalho da equipe, porém até o final da última administração funcionava com mesa ginecológica, glicômetro, nebulizador, instrumental cirúrgico para pequenas cirurgias e curativos.

1.5 A Equipe de Saúde da Família Itamarati de Minas

A eSF 1 é formada pelos profissionais apresentados a seguir:

ACS da micro-área 5, 41 anos, casada, que tem 153 famílias cadastradas, trabalha como ACS há 18 anos, e pretende continuar exercendo o cargo até se aposentar.

ACS da micro-área 6, 52 anos, apresenta uma união estável, tem 150 famílias cadastradas, trabalha como agente há 13 anos.

ACS da micro-área 7, 42 anos, casada, tem 144 famílias cadastradas. É mãe de 5 filhos e antes de trabalhar como ACS foi babá. Trabalha como ACS há 6 anos.

ACS da micro-área 8, 57 anos, separada, tem 150 famílias. É mãe de dois filhos, é ACS há 20 anos e também tem intenções de aposentar-se nesse cargo.

Enfermeira, 25 anos, solteira, um filho. Recém-formada e iniciou seu primeiro emprego na ESF de Itamarati de Minas, após processo seletivo realizado no final de 2018.

Médica, formada há 5 anos na Universidade Presidente Antônio Carlos – UNIPAC, Juiz de Fora, faz parte do Projeto Mais Médicos Brasil, clínica geral, pós-graduanda em dermatologia clínica, cirúrgica e estética pela Faculdade de Ciências Médicas de Belo Horizonte, 31 anos, casada.

Enfermeira, trabalha em Saúde da Família há 7 anos, sendo coordenadora da Atenção Básica da ESF no município. Anteriormente foi Secretária de Saúde durante dois anos, 40 anos, casada.

1.6 O funcionamento da Unidade de Saúde Itamarati de Minas

A Unidade de Saúde funciona das 8:00 h às 19:00 horas e, para tanto, é necessário o apoio dos ACS, que se revezam durante a semana, segundo uma escala, em atividades relacionadas à assistência, como recepção e arquivo, sempre que o auxiliar de enfermagem ou o enfermeiro está presente na Unidade. Esse fato tem sido motivo de algumas discussões, principalmente entre o enfermeiro da equipe e o coordenador de atenção básica, que justifica a necessidade de se utilizar o trabalho dos ACS nessas atividades, pela dificuldade de contratação de outro auxiliar de enfermagem.

Existe uma solicitação da comunidade para que o atendimento seja estendido até às 19:00 horas, pelo menos em alguns dias da semana. Essa demanda se justifica, segundo a comunidade, entre outros motivos, pelo fato de existirem muitos trabalhadores rurais que retornam do trabalho no final da tarde e, por isso, têm dificuldade de acesso à Unidade.

O planejamento das atividades ocorre de acordo com a demanda da população. Alguns grupos são “fixos”, como exemplo, o grupo de Hipertensos e Diabéticos (HIPERDIA), que ocorre semanalmente, possuindo muita adesão. E o grupo de tabagismo também ocorre de acordo com a demanda da população. O grupo HIPERDIA acontece semanalmente, atende o público de adultos e idosos, e é local onde são feitas as renovações de receitas, realizados orientações, palestras, rodas de conversas, bingos e ministradas algumas palestras com profissionais multidisciplinares do NASF. Já no grupo de tabagismo são realizadas consultas médicas, palestras, momentos de troca de experiências e intervenções com os profissionais multidisciplinares do NASF.

1.7 O dia a dia da equipe Itamarati de Minas

O tempo da equipe está ocupado quase que exclusivamente com as atividades de atendimento da demanda espontânea (maior parte) e com o atendimento de alguns programas, como: saúde bucal, pré-natal, puericultura, controle de câncer de mama e ginecológico, atendimento a hipertensos e diabéticos, e acompanhamento de crianças desnutridas. A equipe já tentou desenvolver outras ações de saúde, como por exemplo, caminhadas e grupos de hipertensos e diabéticos, que, com o tempo, se mostraram pouco frutíferas.

No início essas iniciativas conseguiram despertar algum interesse da comunidade, mas logo as pessoas “sumiam” das reuniões e paravam de realizar caminhadas. Em relação aos grupos de hipertensos e diabéticos, a equipe resolveu condicionar a “troca das receitas” à participação nas reuniões, o que provocou questionamentos por parte da população e não mudou qualitativamente a participação nas reuniões.

A ausência de um projeto e de avaliação do trabalho tem sido motivo de alguns conflitos entre os membros da equipe. Uma queixa geral é a falta de tempo, devido à demanda de atendimento. Com o passar dos anos essa situação e a falta de perspectivas de mudanças têm provocado um desgaste grande na equipe.

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

A nossa UBS é um meio de proximidade com a comunidade, sendo assim, fica mais fácil o conhecimento dos problemas e também de se levantar possíveis soluções. Isso pode ser feito pela prática da observação, diálogo com a população e também analisando registros sobre determinado assunto, constituindo um método rápido e barato de obter informação, que seria a estimativa rápida, onde participam os ACS, líderes formais e informais, enfermeiros e médicos, através do proposto pela comunidade assim como pela incidência de enfermidades que acometem à UBS.

1.9 Priorização dos problemas – a seleção do problema para plano de intervenção (segundo passo)

O quadro 1 expõe a forma como foi feita a priorização dos problemas encontrados na eSF Itamarati de Minas, no município de Itamarati de Minas, em Minas Gerais.

Após priorização dos problemas, selecionou-se o aumento da incidência de hipertensão arterial em pacientes adolescentes e adultos jovens, como o problema de maior prioridade.

Quadro 1. Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade da Unidade Básica de Saúde Itamarati de Minas, no município de Itamarati de Minas, Minas Gerais.

Problemas	Importância*	Urgência**	Capacidade de enfrentamento***	Seleção/ Priorização****
Aumento da incidência de hipertensão arterial na adolescência e em adultos jovens	Alta	8	Total	1
Aumento da incidência das infecções respiratórias agudas	Média	6	Parcial	4
Elevado número de pacientes da saúde mental dependentes da medicação e não aceitam mudança de medicação e tratamento.	Alta	8	Total	3
Ausência de palestras sobre complicações da	Alta	8	Total	2

hipertensão e uso inadequado das medicações.				
--	--	--	--	--

Fonte: Autoria própria (2019)

*Alta, média ou baixa

** Total dos pontos distribuídos até o máximo de 30

***Total, parcial ou fora

2 JUSTIFICATIVA

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) continua a ser um problema de saúde pública mundial, já que as suas complicações podem levar uma pessoa a condições incapacitantes e, até mesmo, ao óbito. A realidade é que muitos países ainda enfrentam repercussões irreversíveis pelos danos provocados às pessoas por essa patologia, tais como: insuficiência cardíaca, insuficiência renal crônica, doença cérebro vascular, dentre outras (ARAÚJO *et al.*, 2016).

A prevalência da HAS na população geral é elevada, estimando-se que 15% a 20% da população brasileira adulta seja hipertensa. Embora predomine em adultos, a prevalência em crianças e adolescentes tem aumentado e preocupado, principalmente quando se consideram hipertensos adolescentes (VENANCIO; ROSA; BERSUSA, 2016).

Quando se diagnostica e trata precocemente a HAS em adolescentes e adultos jovens, previnem-se complicações cardíacas, renais e do sistema nervoso, que interferem na qualidade de vida, e, na maioria das vezes, ocorrem em faixas etárias posteriores, mas não somente nelas.

Por isso, a necessidade de se implantar uma intervenção que sensibilize os hipertensos adolescentes e jovens a evitarem complicações futuras e de responsabilizá-los por mudanças no estilo de vida precoce.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Apresentar uma proposta de intervenção para reduzir a hipertensão arterial em pacientes adolescentes e adultos jovens na Unidade Básica de Saúde Itamarati de Minas, em Minas Gerais.

3.2 Objetivos específicos

Realizar grupo de adolescentes desenvolvendo oficinas, para conscientizar e sensibilizar para a modificação do seu estilo de vida.

Reavaliar periodicamente pacientes hipertensos jovens que usam medicamentos.

Promover ações educativas a fim de conscientizar a população para o uso correto da medicação, e da importância de mudanças de estilo de vida, com adoção de uma alimentação saudável, prática de atividades físicas, redução do uso do álcool e cigarro, e sobre os riscos e as consequências a longo prazo que estarão expostos.

4 METODOLOGIA

Para a realização deste projeto foi utilizado o método Planejamento Estratégico Situacional (PES) para determinar o problema prioritário, identificar os nós críticos e orientar as ações. Além disso, foram utilizados na construção do plano de intervenção os dados da realização do diagnóstico situacional (FARIA; CAMPOS; SANTOS, 2018).

Os dados do diagnóstico situacional que foram utilizados na construção do plano de ação têm como referência os dez passos propostos no Módulo Planejamento e Avaliação das Ações de Saúde (FARIA; CAMPOS; SANTOS, 2018) e que nortearam todo o processo:

- a) Primeiro passo: definição dos problemas (o que causou os problemas e suas consequências);
- b) Segundo passo: priorização dos problemas, avaliar a importância do problema, sua urgência, capacidade de enfrentamento da equipe, numerar os problemas por ordem de prioridade a partir do resultado da aplicação do diagnóstico situacional da área adscrita, com o objetivo de conhecer melhor o território e a população residente para planejar ações em saúde condizentes com as demandas da comunidade;
- c) Terceiro passo: descrição do problema selecionado (caracterização quanto a dimensão do problema e sua quantificação);
- d) Quarto passo: explicação do problema (causas do problema e qual a relação entre elas);
- e) Quinto passo: seleção dos “nós críticos” (causas mais importantes a serem enfrentadas);
- f) Sexto passo: desenho das operações (descrever as operações, identificar os produtos e resultados, recursos necessários para a concretização das operações);
- g) Sétimo passo: identificação dos nós críticos (identificar os recursos críticos que devem ser consumidos em cada operação);
- h) Oitavo passo: análise de viabilidade do plano (construção de meios de transformação das motivações dos atores através de estratégias que busquem mobilizar, convencer, cooptar ou mesmo pressionar estes, a fim de mudar sua posição);
- i) Nono passo: elaboração do plano operativo (designar os responsáveis por cada operação e definir os prazos para a execução das operações);
- j) Décimo passo: desenhar o modelo de gestão do plano de ação; discutir e definir o processo de acompanhamento.

Foi realizada busca sistematizada na literatura para a realização da revisão bibliográfica utilizando os sites: *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), *Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde* (LILACS), edições do Ministério da Saúde e outros. A busca será guiada utilizando os seguintes descritores: Atenção Primária à Saúde; Hipertensão; Estratégia Saúde da Família; Assistência Integral à Saúde.

5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

5.1 Hipertensão Arterial Sistêmica

A HAS é considerada uma síndrome cardiovascular progressiva que pode surgir a partir de diversos aspectos etiológicos. Atualmente, atinge grande parte da população mundial e se manifesta como uma síndrome caracterizada pela presença de níveis de pressão arterial (PA) elevados, associados a alterações hormonais e a fenômenos tróficos (GONZALEZ, 2015; PICON *et al.*, 2012; WEBER *et al.*, 2014).

É uma doença crônica não-transmissível de alta prevalência, cujo diagnóstico e controle são imprescindíveis no manejo de doenças graves, como: doenças cerebrovasculares, acidente vascular encefálico (AVE), infarto agudo do miocárdio, insuficiência cardíaca, doença arterial periférica e doença renal crônica (RABETTI; FREITAS, 2011).

Segundo Malachias *et al.* (2016) a HAS é uma condição clínica multifatorial caracterizada por elevação sustentada dos níveis pressóricos ≥ 140 mmHg e/ou 90 mmHg, podendo estar associada a distúrbios metabólicos, alterações funcionais e/ou estruturais de órgãos-alvo, sendo agravada pela presença de outros fatores de risco, como a dislipidemia, obesidade abdominal, intolerância à glicose e Diabetes Mellitus (DM).

Ademais, pode ser classificada como: normal quando Pressão Arterial Sistólica (PAS) < 120 mmHg e Pressão Arterial Diastólica (PAD) < 80 mmHg; pré-hipertensão quando a PAS estiver entre 121-139 mmHg e/ou PAD 81-89 mmHg; hipertensão estágio 1 quando a PAS estiver entre 140-159 mmHg e/ou PAD 90-99 mmHg; hipertensão estágio 2 quando a PAS estiver entre 160-179 mmHg e/ou PAD 100-109 mmHg; e hipertensão estágio 3 quando a PAS estiver > 180 mmHg e/ou PAD > 110 mmHg (ALESSI *et al.*, 2014; ANDRADE *et al.*, 2015; MALACHIAS *et al.*, 2016).

Atualmente, a HAS atinge, em média, 30% da população brasileira, em que mais de 50% são idosos e 5% crianças e adolescentes. Estima-se que a HAS tenha prevalência superior a 60% na faixa etária acima de 65 anos, devido às alterações próprias do envelhecimento que acometem os indivíduos mais propensos ao desenvolvimento desta doença (ARAUJO *et al.*, 2016; GONZALEZ, 2015)

No Brasil, a doença é responsável por 40% dos infartos, 80% dos acidentes vascular cerebral (AVC) e 25% dos casos de insuficiência renal terminal, atingindo 32,5% (36 milhões) dos indivíduos adultos. No mundo, foi a causa de 7,6 milhões de mortes. Dessas mortes, 80% ocorreram nos países em desenvolvimento entre a faixa etária de 45 a 69 anos. De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), cerca de sete milhões de pessoas morrem a cada ano e 1,5 bilhão adoecem por causa da HAS (RANGEL; BELASCO; DICCINI, 2013).

Minas Gerais possui baixos índices de adesão ao tratamento (34%) e, logo após um ano de tratamento, 50% dos pacientes abandonam o tratamento. Junto com a DM, suas complicações (cardíacas, renais e AVE) têm impacto elevado na perda da produtividade do trabalho e da renda familiar, estimada em US\$ 4,18 bilhões entre 2006 e 2015. As graves consequências da doença podem ser evitadas, desde que os hipertensos conheçam sua condição e mantenham-se em tratamento (ABALOS *et al.*, 2013; FARIA, 2011; MALACHIAS *et al.*, 2016).

Dentre os fatores de risco (FR) para HAS estão a idade, o sexo, a etnia, a genética, o excesso de peso e a obesidade, o sedentarismo, os fatores socioeconômicos e os hábitos dietéticos como o consumo excessivo de gordura, álcool e sódio, um dos principais FR para HAS associados a outros eventos (RABETTI; FREITAS, 2011).

A HAS é chamada de essencial, sem causa definida, quando é provocada pela desregulação do mecanismo de controle homeostático da pressão, e chamada de secundária, quando provocada por uma causa bem definida como endócrina, neurológica, estresse agudo, causas exógenas, insuficiência aórtica, doença Parenquimatosa Renal, renovascular e hipertensão gestacional (RAYNER; GOODMAN; OPIE, 2004; MALACHIAS *et al.*, 2016).

5.2 Diagnóstico e Tratamento da hipertensão arterial sistêmica

A avaliação inicial de um paciente com HAS inclui a confirmação do diagnóstico, a identificação de causa secundária, além da avaliação do risco cardiovascular. As lesões de órgão-alvo (LOA) e doenças associadas também devem ser investigadas. Também faz parte dessa avaliação a aferição da PA no consultório e/ou fora dele, utilizando-se técnica adequada e equipamentos validados, história médica (pessoal e familiar), exame físico e investigação clínica e laboratorial. Além disso, em alguns casos, avaliações complementares são realizadas para grupos específicos (DIAO *et al.*, 2012; MALACHIAS *et al.*, 2016, THOMPSON *et al.*, 2011).

Durante a avaliação clínica, na anamnese, deve-se obter a história clínica completa com perguntas sobre o tempo de diagnóstico, evolução e tratamento prévio. As informações sobre a história familiar são fundamentais para aumentar a certeza do diagnóstico de HAS primária e, da mesma forma, devem ser pesquisados indícios que sugiram uma causa secundária para a HA (RABETTI; FREITAS, 2011).

Segundo Malachias et al. (2016), estudos clínicos demonstraram que a detecção, o tratamento e o controle da HAS são fundamentais para a redução dos eventos cardiovasculares. E que quanto maior o número de medicamentos anti-hipertensivos utilizados, menor a adesão ao tratamento (GEWEHR *et al.*, 2018).

As medidas não farmacológicas, como mudanças de estilo de vida e prática de hábitos de vida saudáveis, são certamente recomendadas e fundamentais no tratamento, pois, além de reduzir a PA, diminuem a mortalidade cardiovascular, possibilitando a prevenção primária e a detecção precoce que devem ser as metas primárias dos profissionais de saúde, já que são as formas mais efetivas de se evitar doenças (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO, SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2010).

A abordagem terapêutica da PA elevada inclui medidas não farmacológicas e o uso de fármacos anti-hipertensivos, a fim de reduzir a PA, proteger órgãos-alvo, prevenir desfechos cardiovasculares e renais. As medidas não medicamentosas também têm se mostrado eficazes na redução da PA, apesar de limitadas pela perda da adesão a médio e longo prazo. Portanto, a decisão terapêutica deve basear-se não apenas no nível da PA, mas considerar também a presença de fatores de risco, LOA e/ou doença cardiovascular estabelecida (RABETTI; FREITAS, 2011).

Para evitar a hipertensão é necessário adotar medidas fundamentais, como reduzir a ingestão de sal, fazer atividades físicas pelo menos três vezes por semana e não fumar. Além disso, é importante o acompanhamento clínico a cada seis meses (GONZALEZ, 2015).

O Ministério da Saúde preconiza que sejam trabalhadas as modificações no estilo de vida, fundamental no processo terapêutico e na prevenção da hipertensão. A alimentação adequada, o controle do peso, a prática de atividade física, o abandono do tabagismo e a redução do uso excessivo de álcool são fatores que precisam ser adequadamente abordados e controlados, sem

os quais os níveis desejados da PA poderão não ser alcançados, mesmo com doses progressivas de medicamentos (RANGEL; BELASCO; DICCINI, 2013).

5.3 O poder da ação educativa em saúde para mudar hábitos de vida no contexto da atenção primária

A HAS é, muitas vezes, silenciosa, o que causa mais um perigo para a saúde. O controle adequado dos pacientes com HAS deve ser prioridade da equipe de saúde da Atenção Básica, com diagnóstico precoce, controle e tratamento adequado, sendo estes aspectos essenciais para a prevenção doença (GONZALEZ, 2015).

A informação sobre o cuidado e as medidas preventivas devem ser levadas aos pacientes de forma acessível e dinâmica para alcançar maior adesão dos mesmos. O reconhecimento das dificuldades para as mudanças do estilo de vida e para o uso correto da medicação deve fazer parte do atendimento ao paciente hipertenso, valorizando a escuta e o acolhimento, por parte da equipe profissional, na busca de um bom controle da HAS com maior autonomia no acompanhamento da sua saúde (VENANCIO; ROSA; BERSUSA, 2016).

Assim, o trabalho com a equipe multiprofissional dará aos usuários e à comunidade motivação suficiente para superar o desafio de adotar atitudes que tornem as ações anti-hipertensivas efetivas e permanentes. Ademais, a equipe multiprofissional deve ser constituída por profissionais que possam atuar diretamente junto aos indivíduos portadores de HAS: médicos, enfermeiros, auxiliares e técnicos de enfermagem, nutricionistas, psicólogos, assistentes sociais, educadores físico, farmacêuticos e agentes comunitários de saúde (GONZALEZ, 2015).

O papel dos profissionais de saúde é indispensável no processo de adesão às ações de um programa ou de uma intervenção. Atividades educacionais voltadas para o autocuidado e o trabalho em grupos de pacientes envolvendo toda a equipe de saúde podem ser úteis por propiciar troca de informações, esclarecer dúvidas e atenuar ansiedades, além da convivência com outras pessoas que apresentam problemas semelhantes (CARVALHO FILHA; NOGUEIRA; MEDINA, 2014).

A reorientação das práticas de saúde dentro da ESF está no centro de todas as propostas educativas, bem como de renovação dos vínculos de compromisso e de corresponsabilidade.

Também se deve considerar o reconhecimento, a valorização e a participação de sujeitos nas atividades desenvolvidas pelas unidades de saúde da família, bem como na resolutividade dos problemas de saúde identificados na comunidade. O diálogo e o saber de todos é importante para chegar à uma intervenção efetiva e eficaz (ALVES, 2005).

O compromisso, a responsabilidade, a humanização das práticas, a busca da qualidade da assistência e de sua resolutividade são pontos fundamentais que se espera dos profissionais que compõem as equipes de saúde da família. Dentro desta perspectiva considera-se a participação da comunidade na resolução dos problemas de saúde, a compreensão ampliada do processo saúde-doença, a responsabilização pelos problemas de saúde, e o acompanhamento das práticas de educação em saúde (ALVES, 2005).

Nesta perspectiva, o atendimento dos profissionais realizado de forma humanizada e individualizada, além de ações em grupo, faz com que os usuários se sintam cuidados, valorizados e estimados. Esta prática intensifica o vínculo entre a comunidade e a equipe de saúde, aumentando a adesão às terapêuticas (ARAÚJO *et al.*, 2016).

6 PLANO DE INTERVENÇÃO

Essa proposta refere-se ao problema priorizado “Aumento da incidência de hipertensão arterial na adolescência e em adultos jovens”, 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 (FARIA; CAMPOS; SANTOS, 2018).

6.1 Descrição do problema selecionado (terceiro passo)

Foi selecionado como problema prioritário na eSF 1 Itamarati de Minas o aumento da incidência de hipertensão arterial na adolescência e em adultos jovens.

6.2 Explicação do problema selecionado (quarto passo)

Quanto a este problema de saúde, podemos falar que esta situação está dada principalmente pelos maus hábitos higiênicos e dietéticos da população junto com um mau estilo de vida (consumo excessivo de sal, álcool, não realizam atividade física, hábito de fumar).

Além das pessoas que se encontram nos grupos de riscos, temos os pacientes já com as patologias e que não assistem às palestras e reuniões de hipertensão arterial. Outro fator que temos que mudar são as visitas domiciliares que ainda acontecem em pouco número e precisam ser mais preventivas do que curativas, além da necessidade de realizar mais campanhas de prevenção de doenças crônicas não transmissíveis fundamentalmente para aquelas pessoas com fatores de riscos.

O inadequado controle da hipertensão arterial pode trazer complicações graves em nossos pacientes, inclusive levar ao óbito. Porém, nossa equipe fez uma seleção dos casos mais críticos e menos críticos para encaminhar desta forma para o tratamento e prevenção das mesmas.

O problema que escolhi para ser abordado é o aumento da incidência de hipertensão arterial na adolescência e adultos jovem, porque em minha população estão aumentando o número pessoas com hipertensão arterial em idades entre 13 -25 anos de idade, no qual afeta a qualidade de vida

das pessoas e está aumentando sua frequência na população, principalmente na nossa área da abrangência.

As questões que levantamos mais relevantes para justificar esse desajuste foi através do diagnóstico situacional discutido pela equipe de saúde que refletiu uma alta porcentagem de pessoas hipertensas somado às populações esperadas e pacientes idosos, que estão mais susceptíveis a desenvolver uma hipertensão arterial.

Foram selecionados indicadores de frequência relacionados com a hipertensão arterial, utilizamos o total de hipertensos já cadastrados pelos ACS, entre o total da população com idade de risco, incluindo adolescentes porque formam parte do estudo realizado, além dos idosos que já fazem parte do grupo de risco porque tem aumento de hipertensão arterial com o envelhecimento.

Também avaliamos aquelas pessoas que os principais fatores de risco de desenvolver a doença entre eles estão, raça negra, herança genética, sexo, sobrepeso, hábito de fumar, sedentarismo e doenças associadas (dislipidemias, DM, doenças tireóideas, congênitas, dentre outras).

6.3 Seleção dos nós críticos (quinto passo)

Logo destacam-se como nós críticos, a partir da realidade apresentada da eSF 1 Itamarati de Minas, os seguintes problemas:

Nó crítico 1: População leiga sobre as complicações da HAS e uso inadequado da medicação. Devido essa realidade, também se faz necessária uma ação que conscientize e sensibilize estes pacientes para o uso correto da medicação, e da importância de mudanças de estilo de vida, com adoção de uma alimentação saudável, prática de atividades físicas, redução do uso do álcool e cigarro, e sobre os riscos e as consequências a longo prazo que estarão expostos.

Nó crítico 2: Reavaliação periódica de pacientes que usam medicamentos. Percebe-se uma dependência dessa medicação, sem avaliação periódica, o que faz ter a necessidade de mais consultas periódicas com o médico da unidade, para uma melhor avaliação clínica, e a partir dessa reavaliação a possibilidade de redução, mudança ou eliminação de algumas medicações.

Nó crítico 3: Deficiência de grupos de adolescentes sobre HAS, devido a baixa adesão em grupos na comunidade, seria importante criar um grupo de adolescentes onde poderiam ser desenvolvidas oficinas, promover uma terapia comunitária com a participação também de familiares para fortalecer os vínculos dos profissionais com os familiares destes pacientes, e de conscientizar e sensibilizá-los para a modificação do estilo de vida.

6.4 Desenho das operações - – operações, projeto, resultados e produtos esperados, recursos necessários e críticos (sexto passo) e viabilidade e gestão (sétimo ao décimo passo)

Os quadros 2 a 4 têm o objetivo de apresentar operações, atores, recursos necessários, recursos críticos, análise de viabilidade do plano, elaboração do plano operativo e gestão do plano para o enfrentamento de cada um dos nós críticos definidos.

Quadro 2. Desenho das operações (6º passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo) sobre o nó crítico “População leiga sobre as complicações da HAS e uso inadequado da medicação” da Equipe de Saúde da Família Itamarati de Minas, no município de Itamarati de Minas, em Minas Gerais, 2019.

Nó crítico 1	População leiga sobre as complicações da HAS e uso inadequado da medicação
6º passo. Operação/Projeto	Aumentar o nível de informação da população sobre a HAS, suas complicações e tratamento
6º passo: Resultados esperados	Conscientizar e sensibilizar os pacientes para conhecerem sobre as complicações que a HAS pode causar e danos do uso inapropriado da medicação.
6º passo: Produtos	Campanhas educativas.
6º passo: Recursos necessários	Estrutural: espaço físico, recursos humanos. Cognitivo: informação sobre o tema. Financeiro: recursos audiovisuais, folhetos informativos e insumos. Político: mobilização dos atores sociais, continuidade das ações educativas em saúde como parte do projeto político do município. Financeiro: recursos audiovisuais, folhetos informativos e insumos.
7º passo: viabilidade do plano - recursos críticos	Político: conseguir articulação intersetorial para capacitar os profissionais da saúde. Financeiro: para aquisição de recursos audiovisuais, folhetos informativos e insumos.

8º passo: controle dos recursos críticos - ações estratégicas	Promover rodas de conversa e atividades educativas ACS, Enfermeiros, Médicos, Técnicos de enfermagem e equipe do NASF.
9º passo; acompanhamento do plano - responsáveis e prazos	Responsáveis: Enfermeiro e Médica Realizar uma atividade educativa uma vez por semana, no mesmo dia e horário. Prazo: 6 meses
10º passo: gestão do plano: monitoramento e avaliação das ações	A cada ação realizada será disponibilizada ao aluno uma folha em branco para dúvidas e sugestões de temas.

Fonte: Aatoria Própria (2019).

Quadro 3. Desenho das operações (6º passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo) sobre o nó crítico “Reavaliação periódica de pacientes que usam medicamentos da saúde” da Equipe de Saúde da Família Itamarati de Minas, no município de Itamarati de Minas, em Minas Gerais, 2019.

Nó crítico 2	Reavaliação periódica de pacientes que usam medicamentos da saúde
6º passo. Operação/Projeto	Abrir uma agenda de consultas agendadas para atender pacientes que usam muitos medicamentos.
6º passo: Resultados esperados	Prestar uma assistência qualificada e humanizada, com avaliações médicas periódicas mensais na unidade de saúde.
6º passo: Produtos	Regulação implantada na agenda da unidade.
6º passo: Recursos necessários	Estrutural: organização da agenda Cognitivo: orientações Político: sensibilização para a inclusão da atividade no trabalho da ESF.
7º passo: viabilidade do plano - recursos críticos	Organizacional: sensibilizar os profissionais para a inclusão da atividade na rotina da ESF.
8º passo: controle dos recursos críticos - ações estratégicas	Avaliação médica; Capacitação dos profissionais de saúde;
9º passo; acompanhamento	Responsáveis: Secretário de saúde e as Referências Técnicas de cada distrito.

do plano - responsáveis e prazos	Prazo: 6 meses Realizar capacitações mensais com os profissionais da ESF.
10º passo: gestão do plano: monitoramento e avaliação das ações	Será construído um cronograma, com as datas e temas das discussões em cada capacitação, sendo necessário a participação de todos, e em cada encontro será passado uma lista de presença e outra lista para verificar se o que foi feito foi eficaz e o que precisa melhorar.

Fonte: Autoria Própria (2019).

Quadro 3. Desenho das operações (6º passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo) sobre o nó crítico “Deficiência de grupos de adolescentes sobre HAS” da Equipe de Saúde da Família Itamarati de Minas, no município de Itamarati de Minas, em Minas Gerais, 2019.

Nó crítico 3	Deficiência de grupos de adolescentes sobre HAS
6º passo. Operação/Projeto	Implantar um grupo de HAS para adolescentes.
6º passo: Resultados esperados	Grupo jovem de HAS
6º passo: Produtos	Reduzir hipertensão nos jovens, evitar complicações e melhorar a adesão dos adolescentes nos grupos.
6º passo: Recursos necessários	Grupos operacionais implantados, com dinâmicas participativas, e a mobilização social para a redução de hipertensão.
7º passo: viabilidade do plano - recursos críticos	Político: conseguir articulação intersetorial para capacitar os profissionais da saúde. Financeiro: para aquisição de recursos audiovisuais, folhetos informativos e insumos.
8º passo: controle dos recursos críticos - ações estratégicas	Estrutural: conseguir espaço na ESF para as reuniões. Organizacional: mobilização social e dos profissionais da saúde torno do benefício do grupo de adolescentes. Apoio das associações. Promover rodas de conversa em articulação intersetorial em parceria com o NASF.
9º passo; acompanhamento do plano - responsáveis e prazos	Responsáveis: Enfermeiros, Médicos e equipe do NASF. Prazo: 6 meses Realizar uma atividade educativa mensalmente, no mesmo dia e horário.
10º passo: gestão do plano: monitoramento e avaliação das ações	Será construído um cronograma, com as datas dos grupos e qual profissional apresentará, sendo necessário a participação de todos em algumas oficinas, e em cada encontro será passado uma lista de presença e outra lista para verificar se o que foi feito foi eficaz e o que precisa melhorar.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A HAS ainda é um sério problema de saúde pública. Apesar dos profissionais de saúde da Atenção Básica realizarem estratégias para estimular a adesão dos pacientes hipertensos ao tratamento correto, muitos não tem conseguido sucesso na prática para efetivar a adesão do tratamento com as ações realizadas.

Com a implantação deste plano de ação, espera-se ter êxito e aumentar a adesão dos pacientes adolescentes com HAS no grupo HIPERDIA, na equipe de saúde da família Itamarati de Minas, com o desenvolvimento de atividades com grupos, rodas de conversas e trocas de experiências, a fim de despertar o interesse dos adolescentes em participar dos grupos e que, a partir dessa participação, seja possível obter resultados positivos com as mudanças abordadas no grupo.

Para o sucesso dessas medidas é fundamental a participação de uma equipe multidisciplinar para o desenvolvimento das atividades propostas, com o objetivo de sensibilizar a população sobre a importância e os benefícios de um tratamento adequado, além de mostrar que é possível prevenir complicações da HAS com mudanças de hábito de vida saudáveis.

REFERÊNCIAS

- ABALOS, E. et al. Global and regional estimates of preeclampsia and eclampsia: a systematic review. **Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol**, v.170, n.1, p.1-7, 2013.
- ALESSI, A. et al. I Brazilian position paper on prehypertension, white coat hypertension and masked hypertension: diagnosis and management. **Arq Bras Cardiol**, v.102, n.2, p.110-119-304, 2014.
- ALVES, V. S. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. **Interface**. Botucatu, v. 9, n. 16, p. 39-52, Feb. 2005. Disponível em <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141432832005000100004&lng=en&nrm=iso>. Acessado em 14 Oct. 2018.
- ANDRADE, S.S.A et al. Prevalência de hipertensão arterial autorreferida na população brasileira: análise da Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Epidemiol Serv Saúde**, v.24, n.2, p.297-304, 2015.
- ARAÚJO, F. N. F. et al. A efetividade das ações de controle da hipertensão arterial na atenção primária à saúde. **Rev Pesq Saúde**, v. 17, n. 2, p. 80-6, 2016.
- CARVALHO FILHA, F. S. S.; NOGUEIRA, L. T; MEDINA, M. G. Avaliação do controle de hipertensão e diabetes na Atenção Básica: perspectiva de profissionais e usuários. **Saúde debate**, v. 38, número especial, p. 265-78, 2014.
- DIAO D, et al. Pharmacotherapy for mild hypertension. **Cochrane Database Syst Rev**, v. 15, n.6, 2012.
- FARIA, H. T. G. Desafios para a atenção em saúde: adesão ao tratamento e controle metabólico em pessoas com diabetes mellitus tipo 2, no município de Passos, MG. 2011. Tese Doutorado em Enfermagem, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto. Disponível em: <https://teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22132/tde-08082011-155145/pt-br.php>
- FARIA, H. P.; CAMPOS, F. C. C.; SANTOS, M. A. **Planejamento, avaliação e programação das ações de saúde**. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2018. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/modulo-planejamento-avaliacao-saude.pdf>. Acesso em: 06/06/2019 às 15:32hrs.
- GEWEHR, D. M et al. Adesão ao tratamento farmacológico da hipertensão arterial na Atenção Primária à Saúde. **Saúde debate**, v. 42, n. 116, p. 179-190, 2018.
- GONZALEZ, M. C. Controle da Hipertensão Arterial: Desafio na Atenção Primária à Saúde. 2015. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde da Família). Universidade Aberta do SUS, Rio de Janeiro. Disponível em: <https://ares.unasus.gov.br/acervo/html/ARES/3742/1/Marino%20Corredera%20Gonzalez.pdf>. Acesso em: 16/12/2019 às 15:32hrs.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. IBGE (10 de outubro de 2002). «Área territorial oficial». **Resolução da Presidência do IBGE de nº 5 (R.PR-5/02)**. 2010. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/geociencias/organizacao-do-territorio/estrutura-territorial/15761-areas-dos-municipios.html?=&t=o-que-e>. Acesso em 5 de dezembro de 2010.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA IBGE.. **Produto Interno Bruto dos Municípios**, 2015. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas-novoportal/economicas/contas-nacionais/9088-produto-interno-bruto-dos-municipios.html?=&t=o-que-e>. Acesso em: 12 jan. 2019.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA **IBGE. Cidades@**. Diamantina, Minas Gerais, [online], 2018. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/>>. Acesso em: 05/06/2019 às 20:17hrs.

ITAMARATI DE MINAS. Secretaria Municipal de Saúde. Lei complementar 780. 2016. Disponível em: <http://www.itamaratideminas.mg.gov.br/>. Acesso em: 25/10/2019 às 10:20hrs.

PICON, R.V, et al. Trends in prevalence of hypertension in Brazil: a systematic review with metaanalysis. **PLOS One**, v.7, n.10, p.482-485, 2012.

RABETTI, A. C; FREITAS, S. F. T. Avaliação das ações em hipertensão arterial sistêmica na atenção básica. **Rev Saúde Pública**, v; 45, n. 2, p. 258-68, 2011.

RANGEL, E. S. S.; BELASCO, A. G. S.; DICCINI, S. Qualidade de vida de pacientes com acidente vascular cerebral em reabilitação. **Acta paul enferm**, v. 26, n. 2, p. 205-12, 2013.

RAYNER B.L, GOODMAN H., OPIE L.H. The Chest Radiograph. A useful investigation in the evaluation of hypertensive patients. **Am J Hypertens**, v.17, n.6, p.507-510, 2004.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO, SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Arq Bras Cardiol**, v. 95, n. 1, p. 1-51, 2010. Suplemento 1.

MALACHIAS et al. 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial. **Arq Bras Cardiol**, v. 107, n. 3, Suplemento 3, p. 1-103, 2016.

THOMPSON A.M, et al. Antihypertensive treatment and secondary prevention of cardiovascular disease events among persons without hypertension: a meta-analysis. **JAMA**, v.305, n.9, p.913-922, 2011.

VENANCIO, S. I.; ROSA, T. E. C.; BERSUSA, A. A. S. Atenção integral à hipertensão arterial e diabetes mellitus: implementação da Linha de Cuidado em uma Região de Saúde do estado de São Paulo, Brasil. **Physis**, v. 26, n. 1, p. 113-35, 2016.

WEBER, M.A, et al. Clinical practice guidelines for the management of hypertension in the community: a statement by the American Society of Hypertension and the International Society of Hypertension. **J Hypertens**, v.32, n.1, p.3-15, 2014.