

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO GESTÃO DO CUIDADO EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

LESVIANI RODRIGUEZ NOBLET

**PLANO DE INTERVENÇÃO PARA REDUÇÃO DE INCIDÊNCIA DE
HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA NA ESTRATÉGIA DA SAÚDE
DA FAMÍLIA DAMASCO, MUNICÍPIO DE VARGINHA – MINAS
GERAIS**

CAMPOS GERAIS/MINAS GERAIS

2019

LESVIANI RODRIGUEZ NOBLET

**PLANO DE INTERVENÇÃO PARA REDUÇÃO DE INCIDÊNCIA DE
HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA NA ESTRATÉGIA DA SAÚDE
DA FAMÍLIA DAMASCO, MUNICÍPIO DE VARGINHA – MINAS
GERAIS**

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

Orientadora: Profa. Ms. Eulita Maria Barcelos

CAMPOS GERAIS/ MINAS GERAIS

2019

LESVIANI RODRIGUEZ NOBLET

**PLANO DE INTERVENÇÃO PARA REDUÇÃO DE INCIDÊNCIA DE
HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA NA ESTRATÉGIA DA SAÚDE
DA FAMÍLIA DAMASCO, MUNICÍPIO DE VARGINHA – MINAS
GERAIS**

Banca examinadora

Profa. Ms. Eulita Maria Barcelos-UFMG (orientadora)

Profa. Dra. Matilde Meire Miranda Cadete- UFMG

Aprovado em Belo Horizonte, em 03 de janeiro de 2020

DEDICO

Aos meus pais, por estarem comigo, por me ensinarem a crescer e que, se eu cair, devo me levantar, por me apoiar e me orientar, por serem as bases que me ajudaram a chegar aqui.

Este trabalho é dedicado à minha família, meu esposo e minha filha, que foram uma parte fundamental, foram eles que me deram grandes ensinamentos e os principais protagonistas desse "sonho tornado realidade".

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus,

À minha filha e meu esposo Juliano.

Quero agradecer a todos aqueles que ajudaram na feliz conclusão deste trabalho e sei que os frutos produzidos refletem seus próprios resultados e dedicação.

Obrigada, apenas obrigada.

RESUMO

Sabe-se que a hipertensão arterial sistêmica é uma doença de grande dimensão em nosso território brasileiro e um olhar acerca da problemática de intervenção para um tratamento contínuo é uma necessidade básica na atenção primária de saúde. A alta incidência de doenças crônicas como hipertensão arterial é a condição mais comum que afeta a população da área de abrangência da Estratégia da Saúde da Família Damasco, município Varginha em Minas Gerais e usualmente não recebe a devida importância pela população. A equipe de saúde realizou o diagnóstico situacional utilizando a estimativa rápida onde foram levantados os aspectos gerais da localidade e dos seus serviços de saúde e os problemas vivenciados pela comunidade. Foram feitas as priorizações dos problemas existentes naquela comunidade. Diante disso resolveu elaborar um projeto de intervenção utilizando estratégias que possibilitem identificar, avaliar e levantar soluções acerca do alto índice de hipertensão arterial sistêmica dos pacientes pertencentes à Unidade Básica Saúde Damasco. Para a elaboração do plano de intervenção foram seguidos todos os passos preconizados no Planejamento Estratégico Situacional. Para subsidiar a elaboração do referencial teórico foram consultadas as bases de dados do *Scientific Electronic Library Online*, da Biblioteca Virtual em Saúde e publicações do Ministério da Saúde. O indivíduo pode prevenir-se da hipertensão arterial sistêmica reduzindo a ingestão de sal, gordura, consumir frutas e legumes, praticar exercícios físicos regularmente e manter um peso corporal saudável.

Palavras-Chave: Hipertensão. Fatores de riscos. Intervenção

ABSTRACT

It is known that systemic arterial hypertension is a major disease in our Brazilian territory and a look at the problem of intervention for continuous treatment is a basic necessity in primary health care. The high incidence of chronic diseases such as hypertension is the most common condition that affects the population in the area covered by the Damascus Family Health Strategy, Varginha municipality in Minas Gerais and usually is not given due importance by the population. The health team performed the situational diagnosis using the quick estimate where the general aspects of the locality and its health services and the problems experienced by the community were raised. Prioritization of existing problems in that community was made. Therefore, it was decided to elaborate an intervention project using educational intervention strategies that make it possible to identify, evaluate and raise solutions about the high rate of systemic arterial hypertension of patients belonging to the Damascus Basic Health Unit. For the elaboration of the intervention plan, all the steps recommended in the Situational Strategic Planning were followed. To support the elaboration of the theoretical framework, the databases of the Scientific Electronic Library Online, the Virtual Health Library and publications of the Ministry of Health were consulted. The individual can prevent systemic arterial hypertension by reducing the intake of salt, fat, consuming fruits and vegetables, exercise regularly and maintain a healthy body weight.

Keywords: Hypertension. Risk factors. Intervention.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABS	Atenção Básica à Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
AVE	Acidente Vascular Encefálico
COAP	Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde
DAP	Doença Arterial Periférica
DM	Diabetes Mellitus
DRC	Doença Renal Crônica
ESF	Estratégia Saúde da Família
ESF	Equipe de Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
IAM	Infarto Agudo do Miocárdio
IC	Insuficiência Cardíaca
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
IDEB	Índice de Desenvolvimento da Educação Básica
IDSUS	Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde
MS	Ministério da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PIB	Produto Interno Bruto
POF	Pesquisa de Orçamentos Familiares
PSF	Programa Saúde da Família
UBS	Unidade Básica de Saúde

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1- Faixa etária da população, ESF Damasco, município de Varginha, 2019. -- -----	16
Quadro 2- perfil epidemiológico da área de abrangência da ESF- Damasco, município de Varginha. 2019. -----	16
Quadro 3 - detalhamento do destino do lixo, ESF Damasco, município de Varginha. 2019. -----	17
Quadro 4 - detalhamento do destino dos dejetos, ESF Damasco, município de Varginha. 2019. -----	17
Quadro 5 - classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à Equipe de Saúde Damasco, da Unidade Básica de Saúde Dr. José Justiniano dos Reis, município de Varginha, Minas Gerais. 2019.-----	19
Quadro 6 – operações sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema “incidência de hipertensão arterial sistêmica”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Damasco, do Município Varginha, Minas Gerais.2019. -----	36
Quadro 7 – Operações sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema Alta Incidência de Hipertensão Arterial sistêmica”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Damasco, do município Varginha, Minas Gerais.2019. -----	38
Quadro 8 – Operações sobre o “nó crítico 3” relacionado ao problema Alta Incidência de Hipertensão Arterial sistêmica”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Damasco, do município Varginha, Minas Gerais.2019. -----	40

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
1.1 Aspectos gerais do município de Varginha	12
1.2 Aspectos da comunidade	12
1.3 O sistema municipal de saúde	14
1.4 A Unidade Básica de Saúde Dr. José Justiniano dos Reis	15
1.5 A Equipe de Saúde da Família da Unidade Básica de Saúde Dr. José Justiniano dos Reis.	17
1.6 Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade (primeiro passo).	18
1.7 Priorização dos problemas – a seleção do problema para plano de intervenção (segundo passo)	19
2 JUSTIFICATIVA	20
3 OBJETIVOS	21
3.1 Objetivo geral	21
3.2 Objetivos específicos	21
4 METODOLOGIA	22
5 REVISÃO DE LITERATURA	23
5.1 Estratégia Saúde da Família	23
5.2 Atenção Primária à Saúde	24
5.3 Hipertensão Arterial Sistêmica	25
6 PLANO DE INTERVENÇÃO	31
6.1 Descrição do problema selecionado (terceiro passo)	31
6.2 Explicação do problema (quarto passo)	32
6.3 Seleção dos nós críticos (quinto passo)	33
6.4 Desenho das operações (sexto passo)	33
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	37
REFERÊNCIAS	38

1 INTRODUÇÃO

1.1 Aspectos gerais do município de Varginha, Minas Gerais

Varginha é uma cidade brasileira com 133.384 habitantes, sendo, assim, considerada uma cidade de porte médio, localizada na região Sul de Minas Gerais e distante a 320 km de Belo Horizonte capital do Estado. Atualmente está distribuída em 395,396 km² de área territorial, implicando em uma densidade demográfica de aproximadamente 311 habitantes por km², segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2018).

Ainda segundo o IBGE (2018) o clima é tropical, de altitude 980m e mata atlântica é seu bioma.

Em relação à escolaridade o índice de Desenvolvimento da Educação Básica foi estimado em 6,6 para os anos iniciais e 4,7 nos anos finais. Em 2018, o Município contava com 50 escolas do Ensino Fundamental e 20 do Ensino Médio (IBGE, 2018).

As condições de saneamento básico apontaram um percentual de 98% de moradores urbanos com acesso à água ligada à rede; 97,6% dos moradores urbanos apresentaram esgoto sanitário dentro das conformidades e 99.8% dos moradores urbanos detinham acesso aos serviços de coleta de resíduos, 44.1% de domicílios urbanos em vias públicas com arborização e 68.4% de domicílios urbanos em vias públicas com urbanização adequada (presença de bueiro, calçada, pavimentação e meio-fio) (IBGE, 2018).

O município é uma área tipicamente produtora da região do café possui o maior (Produto interno bruto, PIB) do Sul de Minas. Em 2017, o salário médio mensal era de 2.2 salários mínimos. A proporção de pessoas ocupadas em relação à população total era de 34.2%. Considerando domicílios com rendimentos mensais de até meio salário mínimo por pessoa, tinha 29.4% da população nessas condições (IBGE, 2018).

1.2 O sistema municipal de saúde de Varginha

Varginha apresenta cobertura de Atenção Básica de Saúde de 78% considerando a Estratégia de Saúde da Família esta cobertura é de 52%, parâmetro de cobertura

utilizado na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde e Contrato Organizativo da Ação Pública, que consideram a população de 3000/hab./equipe (BRASIL, 2011). A Estratégia de Saúde da Família está composta por 22 equipes implantadas.

Com a consolidação do processo de municipalização de saúde, em dezembro de 1990, Varginha passou a gerenciar e operacionalizar os serviços públicos de saúde do município.

“A Secretaria Municipal de Saúde está habilitada na gestão plena da Atenção Primária à Saúde e seus recursos financeiros são movimentados pelo Fundo Municipal de Saúde”. (VARGINHA, 2009, p.1).

Toda a Infraestrutura do sistema público de saúde está organizada e hierarquizada com o objetivo de atender à demanda, tendo como “porta de entrada” a Atenção Primária, com suas Unidades de Atenção Primária à Saúde e Unidades de Saúde da Família, localizadas em bairros estratégicos para melhor acolher a população que necessite dos serviços de saúde (VARGINHA, 2009, p.1).

A Atenção Primária caracteriza-se com a atuação de 22 UBS na zona urbana, cinco postos de saúde na zona rural e 22 Equipes de Saúde da Família, estas últimas, por sua vez, compreendem os atendimentos e demais procedimentos das UAPS tradicionais acrescidos da rotina de trabalho conforme os princípios e diretrizes da Estratégia Saúde da Família (VARGINHA, 2009, p.1).

Ainda no Histórico da Saúde no Município de Varginha (2009) ele aborda que a Atenção Secundária, no Município conta com Unidades de Atendimentos Especializados (Núcleo de Atenção Materno Infantil, Banco de Leite Humano, Centro de Atenção Psicossocial, Núcleo de Atenção à Saúde do Adolescente, Policlínica Central de Especialidades, Centro de Fisioterapia, Centro de Especialidades Odontológicas e Centro de Reabilitação Física), além dos serviços de apoio do Laboratório Municipal, São Geraldo, Frota e Bioclínica. Diversos exames especializados são oferecidos de forma complementar, além dos convênios com clínicas e consultórios particulares.

A atenção terciária do município possui dois hospitais credenciados que prestam atendimentos ao SUS, com diversas especialidades: hemodiálise, oncologia, procedimentos de alto custo, CTI adulto e infantil, UTI neonatal, Centro Diagnóstico e outros. Por meio da Secretaria Municipal de Saúde, outros serviços são prestados à

população, tais como: Programa de Atendimento Domiciliar, Programa de Dispensação de Medicamentos, Vigilância Sanitária, Vigilância Epidemiológica, Saúde Bucal, Tratamento Fora do Domicílio e outros (VARGINHA, 2009).

1.3 A Unidade Básica de Saúde Dr. José Justiniano dos Reis

O bairro Damasco tem 3070 habitantes, localizada na periferia da cidade. Hoje, a população empregada vive basicamente do trabalho nas empresas rurais que plantam café, da prestação de serviços e da economia informal. É grande o número de desempregados e subempregados. A estrutura de saneamento básico na comunidade é boa, principalmente no que se refere ao esgotamento sanitário e à coleta de lixo. Além disso, parte da comunidade vive em moradias com estruturas boas. Nota-se a redução da taxa de analfabetismo em grande parte das faixas etárias consideradas (IBGE, 2018).

Em 2010, dados do recenseamento indicam que a faixa etária de 15 a 59 anos são menores que 5%, refletindo melhorias na qualidade de educação do município. (VARGINHA, 2017).

Quanto ao saneamento básico domiciliar, 100% das residências estão ligadas à rede de água, 100% estão conectados à rede de esgoto e 100% ainda possuem o sistema de fossa. No que diz respeito à coleta de lixo o município realiza coleta seletiva, 100% dos domicílios possuem coleta regular.

Em relação à escolaridade destaca-se redução da taxa de analfabetismo em grande parte das faixas etárias consideradas. Em 2010, dados do recenseamento indicam que a faixa etária de 15 a 59 anos é menor que 5%, refletindo melhorias na qualidade de educação do município (VARGINHA, 2017).

Temos algumas crianças e adolescentes sem estudar. Isto leva consigo a alta incidência de uso de drogas e prostituição frequentes na população. Ocasionalmente aumento de gestação na adolescência e enfermidades sexuais transmissíveis.

Temos 18 creches na cidade e duas igrejas com ações de prevenção nas doenças crônicas, doenças sexuais e outras relacionadas com saúde das crianças e mulheres fundamentalmente. Existem alguns grupos sociais organizados (associações de moradores, sindicatos e clubes de serviços).

1.4 Equipe de Saúde da Família Damasco da Unidade Básica de Saúde Dr. José Justiniano dos Reis, seu território e sua população.

Constituída por uma Equipe de Saúde da Família (PSF Damasco), a UAPS/USF Dr. José Justiniano dos Reis faz limite com o PSF Santa Mônica e a UAPS/USF Centenário, e atende os bairros adjacentes, com uma população de aproximadamente 3.411 pessoas.

Dentre os programas existentes, destacam-se segundo a Secretaria Municipal de Saúde (VARGINHA, 2017): Programa Nacional de Imunização; Programa Farmácia Popular; Prevenção e controle HIV/AIDS; Sistema Nacional de Doação e Transplante de Órgãos; Registro Nacional de Doadores de Medula Óssea (REDOME); Rede de Atenção Psicossocial (RAPS); Controle de Hipertensão Arterial e Diabetes; Controle das Doenças de Notificação Compulsória e realização de procedimentos como: curativos, injeções, inalações, retirada de pontos, visitas domiciliares, controle de peso, atendimento à Saúde Bucal, educação em saúde: grupo de gestantes, hipertensos e diabéticos, grupo de mães e dispensação de medicamentos.

O tempo da Equipe Damasco está ocupado com as atividades de atendimento da demanda espontânea (menor parte) e com o atendimento de programas, como: pré-natal, puericultura, controle de câncer de mama e ginecológico, atendimento a hipertensos e diabéticos, e acompanhamento de crianças desnutridas. A equipe desenvolve outras ações de saúde, como por exemplo, grupos de tabagismo, que se mostraram frutíferas e a participação nas reuniões.

A Equipe é formada por cinco agentes comunitários de saúde, uma enfermeira, duas técnicas de enfermagem, uma médica, um técnico de farmácia, uma nutricionista e um psicólogo.

Quanto ao horário de funcionamento a Unidade de Saúde funciona das 07h00min às 17h00min, permanecendo aberta no horário de almoço com apoio dos agentes comunitários de saúde, que se revezam durante a semana, segundo uma escala, em atividades relacionadas à assistência e administração como recepção e arquivo, sempre que o técnico de enfermagem ou a enfermeira estão presentes na Unidade.

Quadro 1- Faixa etária e gênero da população da área de abrangência da Unidade Básica de Saúde Dr. José Justiniano dos Reis. Damasco, município de Varginha, Minas Gerais, 2019.

Faixa Etária	Masculino	Feminino	Total
0-1 ANO	10	14	24
1-4 ANOS	92	82	174
5-14 ANOS	200	217	417
15-19 ANOS	200	291	491
20-29 ANOS	186	218	404
30-39 ANOS	160	108	268
40-49 ANOS	329	300	629
50-59 ANOS	263	271	534
60-69 ANOS	116	178	294
70-79 ANOS	60	49	109
80 ANOS E MAIS	50	17	67
Total	1666	1745	3411

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde (2019)

Os dados do quadro 1 mostram que o maior contingente populacional atendido pela ESF Dr. José Justiniano dos Reis compreende a faixa etária de 40 a 49 anos, seguida pelas pessoas de 50 a 59 anos de idade. Em ambas faixas o sexo masculino prepondera.

Quadro 2- Perfil epidemiológico da área de abrangência da área de abrangência da Unidade Básica de Saúde Dr. José Justiniano dos Reis - Damasco, município de Varginha, Minas Gerais, 2019.

INDICADORES	NÚMERO
Proporção de idosos Pop. 60 anos e mais/pop total	470
Pop. alvo para rastreamento de câncer de mama	317

Pop. alvo para rastreamento de câncer de colo	568
Pop. alvo para rastreamento de câncer de próstata	431
Portadores de hipertensão arterial esperados:	576
Portadores de hipertensão arterial cadastrados: <input type="checkbox"/> SISAB	405
Relação hipertensos esperados/cadastrados	981
Portadores de diabetes esperados:	56
Portadores de diabetes cadastrados: <input type="checkbox"/> SISAB	144
Relação diabéticos esperados/cadastrados	432

Fonte: autoria própria (2019)

Os dados do quadro 2 refletem que a população com mais de 60 anos corresponde a 470 pessoas e teve aumento no número de pessoas com hipertensão arterial.

Quadro 3 - Detalhamento do destino do lixo, da área de abrangência da Unidade Básica de Saúde Dr. José Justiniano dos Reis, Damasco, município de Varginha, Minas Gerais, 2019.

Destino do Lixo	Número
Lixo coletado	747
Lixo queimado/enterrado	0
Lixo Jogado em terreno baldio	0
Total	747

Fonte: SISAB (2019)

Os dados apontam que o lixo é todo coletado, não havendo lixos incinerados e nem desprezados em terrenos baldios.

Quadro 4 - Detalhamento do destino dos dejetos da área de abrangência da Unidade Básica de Saúde Dr. José Justiniano dos Reis, Damasco, município de Varginha, Minas Gerais (2019).

Área ESF Damasco	Número
Sistema público	747
Fossa	0
Céu aberto	0
Total	747

Fonte: autoria própria (2019)

O mesmo que ocorre com o lixo, isto é, também os dejetos têm destino certo e coleta pelo sistema público.

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

Equipe de Saúde da Família Damasco com o objetivo de conhecer a realidade de sua área e os problemas vivenciados pelos usuários realizou o diagnóstico situacional utilizando o método da estimativa rápida, que segundo Faria, Campos e Santos (2018, p.36) “permite examinar os documentos existentes, entrevistar informantes importantes e fazer observações sobre as condições de vida da comunidade que se quer conhecer. ”

Ao longo do levantamento de dados e informações do município se elaborou o diagnóstico situacional da área de abrangência. Em seguida foi consenso da equipe de saúde a elaboração de um projeto de intervenção que possibilite a mudança da realidade encontrada visando modificá-la.

Após a identificação dos principais problemas que acometem a população adscrita na área de abrangência, a equipe se reuniu para discussão e análise conjunta dos mesmos.

A partir de então se buscou compreender melhor esses problemas bem como propor medidas de enfrentamento dos mesmos.

Os principais problemas identificados na área de abrangência são apresentados abaixo, dentre eles estão alguns onde o poder de resolutividade da equipe é baixo ou impossível.

- Alta Incidência de doenças crônicas como hipertensão arterial sistêmica.
- Não existência de projetos na equipe.
- Alta incidência de uso de drogas e prostituição.
- Indisponibilidade na unidade de vários serviços por reforma.
- Deficiência na referência e contra referência.

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

“De modo geral o problema pode ser definido como uma discrepância entre uma situação real e uma situação desejada ou ideal, pode ser como um obstáculo que

impede determinado ato de alcançar seus objetivos” (FARIA; CAMPOS; SANTOS; 2018, p.27).

De acordo com Faria, Campos e Santos, (2018) depois de identificados todos os problemas, estes precisam ser priorizados verificando a possibilidade de enfrentamento pela equipe, recursos financeiros, recursos humanos e materiais.

Diante do número elevado de problemas a equipe ao identificá-los e analisá-los discutiu-se a sua incapacidade de resolvê-los todos de uma só vez. Diante disso, o uso da priorização facilitou o processo de escolha.

Ao fazer a priorização dos problemas a equipe de saúde utilizou os critérios preconizados pelos autores Faria, Campos e Santos (2018): importância do problema, urgência, capacidade de enfrentamento pela equipe e seleção. Para a importância do problema foram classificadas em baixa, média e alta. A urgência foi distribuída pontos até o máximo de 30 pontos. Quanto à capacidade de enfrentamento da equipe, o problema pode estar dentro, parcialmente ou fora da capacidade de enfrentamento.

Quadro 5 - Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à equipe de Saúde Damasco, da Unidade Básica de Saúde Dr. José Justiniano dos Reis, município de Varginha, Minas Gerais (2019).

Principais Problemas	Importância*	Urgência**	Capacidade de enfrentamento***	Seleção ****
Alta Incidência de doenças Crônicas como hipertensão arterial sistêmica.	Alta	7	Parcial	1
Não existência de projeto na equipe	Alta	5	Parcial	3
Indisponibilidade na unidade de vários serviços por reforma	Alta	4	Fora	2
Alta incidência de uso de drogas e prostituição	Alta	5	Fora	5
Deficiência na referência e contra referência	Alta	5	Parcial	4

Fonte: registros da equipe (2019).

Legenda:

*Alta, média ou baixa

** Total dos pontos distribuídos até o máximo de 30

***Total, parcial ou fora

****Ordenar considerando os três itens

A alta Incidência de doenças crônicas como hipertensão arterial foi o problema prioritário. A hipertensão arterial acomete grande parte dos moradores da comunidade, este fato é preocupante devido às complicações da HAS que podem levar a internação e sequelas que podem ser irreversíveis e levar até ao óbito.

2 JUSTIFICATIVA

A hipertensão arterial sistêmica é considerada um problema de saúde pública. Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2001a, p.12) “a hipertensão afeta de 11 a 20% da população adulta com mais de 20 anos. Cerca de 85% dos pacientes com acidente vascular encefálico (AVE) e 40% das vítimas de infarto do miocárdio apresentam hipertensão associada”.

Outro fato preocupante que a HAS de acordo com a VI Diretriz Brasileira de Hipertensão (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA,2010, p.1) associa-se com frequência as “alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo (coração, cérebro, rins e vasos sanguíneos) e a alterações metabólicas, com consequente aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais”

Na maioria do seu curso a hipertensão não apresenta sintomas, o diagnóstico e tratamento são frequentemente negligenciados pelos pacientes, somando-se a isso há baixa adesão ao tratamento prescrito (BRASIL, 2006).

Desde o começo de nosso trabalho aqui na Unidade Básica de Saúde Dr. José Justiniano dos Reis, por meio das consultas e visitas domiciliares, detectamos que há alta incidência de pacientes hipertensos, com consequências maléficas da saúde, o que diminui sua qualidade de vida, de modo que o reconhecimento e tratamento da doença são essenciais para garantir, mas também para o familiar evitando a sua prole sofrer consequências letais e melhor qualidade de vida.

Devido a essas questões, foi que surgiu a ideia de fazer um Plano de Intervenção Educativa com um grupo de pessoas para elevar os conhecimentos destes sobre os fatores de riscos da hipertensão arterial e prevenir a doença em idades precoces da vida.

Ao possibilitar que a população conheça, por meio da intervenção educativa, que com um nível elevado de conhecimento sobre a doença, ela poderá aderir às mudanças de estilo de vida e hábitos de vida e aderir ao tratamento assim serão menores as complicações e incapacidades permanentes que esta ocasiona.

Para confirmar o Ministério de Saúde (BRASIL, 2006) aborda que intervenção educativa aumenta o nível de conhecimento da população, influenciando na redução da incidência.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Elaborar um projeto de intervenção utilizando estratégias que possibilitem identificar, avaliar e levantar soluções acerca do alto índice de hipertensão arterial sistêmica dos pacientes pertencentes à Unidade Básica de Saúde Dr. José Justiniano dos Reis.

3.2 Objetivos específicos:

- Fazer um levantamento dos pacientes hipertensos da área atendida pela equipe da Unidade Básica de Saúde Dr. José Justiniano dos Reis.
- Determinar o grau de conhecimento do grupo sobre a HAS: fatores de risco, tratamento e complicações.
- Utilizar estratégias de intervenção educativa sobre os nós críticos.
- Levantar o grau de conhecimento obtido após a intervenção educativa.

4 METODOLOGIA

Para a coleta inicial de levantamento dos problemas foi utilizado o diagnóstico situacional aplicando a estimativa rápida. Foram utilizados também a análise de prontuários médicos, consultas médicas e ações comunitárias, observação ativa da área e visitas domiciliares desenvolvidas por todos os integrantes da equipe de saúde da família.

Estas informações possibilitaram a equipe conhecer a realidade da população. Nesta etapa os problemas foram definidos. Após várias reuniões para discutir e analisar os problemas baseando naqueles que mais atingem a população, foi realizada priorização dos mesmos. Assim direcionando as ações por meio da construção do projeto de intervenção utilizando o que é preconizado no Planejamento Estratégico Situacional (PES) segundo Faria, Campos e Santos (2018). Os dois primeiros passos do projeto estão contidos na introdução do trabalho.

Os critérios de inclusão são todos os pacientes hipertensos, controlados ou não, atendidos na área de abrangência Unidade Básica de Saúde Dr. José Justiniano dos Reis.

Para construção do referencial teórico foram utilizados artigos científicos disponíveis na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e no *Scientific Eletronic Library Online* (SciELO) além da biblioteca do Núcleo de Educação em Saúde Coletiva (NESCON) e publicações do Ministério da Saúde e outras fontes de busca.

As palavras chave utilizadas na busca foram: hipertensão, fatores de riscos e intervenção.

5 REVISÃO DE LITERATURA

5.1 Estratégia Saúde da Família

No Brasil, em 1994, o Ministério da Saúde definiu o Programa Saúde da Família como uma estratégia prioritária para organizar e fortalecer a Atenção Primária em Saúde (APS) no País. A equipe foi devidamente treinada e composta por profissionais de diferentes categorias (multidisciplinar) com o propósito de trabalharem de forma articulada (interdisciplinar) cada um com suas competências e funções mais com o espírito de equipe. A equipe deve considerar as pessoas como um todo, levando em conta suas condições de trabalho, de moradia, suas relações com a família e com a comunidade de acordo com o Ministério da SAÚDE (BRASIL, 2009).

O PSF surge no Brasil apresentando uma reorientação do modelo assistencial a partir da Atenção Básica, de acordo com os princípios preconizados do Sistema Único de Saúde.

Apresentou-se como uma forma nova de trabalhar a saúde, o centro da atenção é a família e não o indivíduo doente. Foi introduzido no processo de intervenção uma nova visão que é agir preventivamente sobre a população (BRASIL,2009). Para atingirmos o que está preconizado pelo Ministério de Saúde em relação ao PSF, é importante que a equipe conheça a realidade da população sob sua responsabilidade: os contextos familiares e a vida comunitária, desenvolvendo um processo de planejamento pactuado em cada uma de suas fases: na programação, na execução e na avaliação (BRASIL, 2009).

Corroborando Fernandes e Backes (2010) confirmam que é necessário que a equipe conheça as condições demográficas, epidemiológicas, socioeconômicas, políticas e culturais da área de abrangência da equipe para que as ações de saúde sejam cada vez mais direcionadas e eficazes.

O PSF caracteriza-se como um conjunto de ações de reabilitação, prevenção e promoção da saúde, focadas na perspectiva da família e da comunidade a partir do trabalho de uma equipe interdisciplinar no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS) (BRASIL, 2011).

A equipe de saúde no seu dia a dia com os usuários estabelece um vínculo de longa duração, independentemente da presença ou ausência de problemas de saúde

(longitudinalidade). A humanização do cuidado deve estar nas ações e serviços de saúde neste sentido a atenção deve estar centrada na pessoa e não a doença. O acolhimento é uma estratégia que concretiza “esse princípio e se caracteriza como um modo de agir que dá atenção a todos que procuram os serviços, não só ouvindo suas necessidades, mas percebendo aquilo que muitas vezes não é dito” (BRASIL, 2000, p.1).

Dentre as ações comuns à equipe multiprofissional, destacam-se as seguintes:

- Promoção à saúde (ações educativas com ênfase em mudanças do estilo de vida, correção dos fatores de risco e divulgação de material educativo);
- Treinamento de profissionais;
- Encaminhamento a outros profissionais, quando indicado;
- Ações assistenciais individuais e em grupo;
- Gerenciamento do programa (BRASIL, 2006b, p.24).

Claúdio Duarte da Fonseca (Secretário de Políticas de Saúde) na apresentação do Caderno 1: A Implantação da Unidade de Saúde da Família (BRASIL,2000, sp) enfatiza que a:

[...] A experiência brasileira com o modelo de atenção voltada para a Estratégia de Saúde da Família tem proporcionado mudanças positivas na relação entre os profissionais da saúde e a população, bem como na estruturação dos serviços e no padrão de assistência oferecido pelo sistema público de saúde.

5.2 Atenção Primária à Saúde

Um dos problemas centrais da crise dos modelos de atenção à saúde consiste no enfrentamento das condições crônicas na mesma lógica das condições agudas, ou seja, por meio de tecnologias destinadas a responder aos momentos agudos dos agravos – normalmente, momentos de agudização das condições crônicas, auto percebidos pelas pessoas por meio da atenção à demanda espontânea, principalmente, em unidades de pronto atendimento ou de internações hospitalares de urgência ou emergência. “E desconhecendo a necessidade imperiosa de uma atenção contínua nos momentos silenciosos dos agravos quando as condições crônicas, insidiosamente, evoluem” (MENDES, 2011, p.50)

De acordo com a Declaração de Alma-Ata (1978) atenção primária à saúde (APS) ou atenção básica à saúde (ABS) é essencial à saúde está fundamentada em métodos e tecnologias práticas, cientificamente fundados e socialmente aceitáveis está

disponível para todos os indivíduos e suas famílias da comunidade mediante sua plena participação sem nenhum ônus para os usuários (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 1978).

Na Portaria 4.279 tem se expresso que

[...]. No sistema integrado, a Atenção Primária deve estar orientada para a atenção às condições crônicas, com o objetivo de controlar as doenças/agravos de maior relevância, através da adoção de tecnologias de gestão da clínica, tais como as diretrizes clínicas e a gestão de patologias (BRASIL, 2010)

5.3 Hipertensão arterial sistêmica

A hipertensão arterial sistêmica “É uma doença altamente prevalente, atingindo cerca de 36 milhões de brasileiros, e em mais de 60% da população >60 anos. Cerca de 50% das mortes por doença cardiovascular no País tem a HAS como um fator presente direta ou indiretamente” (BRANDÃO; NOGUEIRA, 2018, p.13).

[...] Existem dados consistentes de literatura demonstrando: (1) maior prevalência de HAS entre homens e, a partir da sétima década em mulheres (24,2%), não diferindo muito entre os sexos ao serem contabilizadas todas as faixas etárias; (2) pessoas afrodescendentes (24,2% a 49,3%); (3) indivíduos com excesso de peso e obesidade, cuja prevalência na população brasileira encontra-se em 52,5% e 17,9%, respectivamente; (4) populações com excessivo consumo de sal, ressaltando-se que os brasileiros excedem em mais de duas vezes o consumo máximo recomendado (2g de sódio/dia); (5) consumo crônico e elevado de bebidas alcoólicas, sendo que seu risco se eleva com o consumo de 30-40g de álcool/dia em mulheres e 31g de álcool/dia em homens; (6) sedentarismo, cujo percentual na população geral é 75,8%, e demonstrou ter associação significativa com HAS, além de outros fatores como: idade, sexo masculino, sobrepeso e adiposidade central; e (7) adultos com menor nível de escolaridade (BRANDÃO; NOGUEIRA, 2018, p.13-14).

No Brasil, a “HA atinge 32,5% (36 milhões) de indivíduos adultos, mais de 60% dos idosos, contribuindo direta ou indiretamente por 50% das mortes por doença cardiovascular (DCV) corresponde a 30% dos óbitos” (BRANDÃO; NOGUEIRA, 2018, p.14).

Por ter uma grande parte do seu curso sem apresentar sintomas favorece o seu diagnóstico e tratamento frequentemente negligenciado, acrescentando isso um fator agravante que é a baixa adesão, por parte do paciente, aos tratamentos prescritos (BRASIL, 2006a).

Diante desse fato a Sociedade Brasileira de Cardiologia (2010) reforça que o diagnóstico precoce deve ser estimulado, bem como a prescrição do tratamento

contínuo, o monitoramento frequente do controle da pressão arterial e de fatores de risco associados, por meio da modificação do estilo de vida e/ou uso regular de medicamentos.

[...]. Os profissionais de saúde da rede básica têm importância primordial nas estratégias de controle da hipertensão arterial, quer na definição do diagnóstico clínico e da conduta terapêutica, quer nos esforços requeridos para informar e educar o paciente hipertenso como de fazê-lo seguir o tratamento (BRASIL, 2006, p.9).

“A hipertensão arterial mante associação independente com eventos como morte súbita, acidente vascular encefálico (AVE), infarto agudo do miocárdio (IAM), insuficiência cardíaca (IC), doença arterial periférica (DAP) e doença renal crônica (DRC), fatal e não fatal” (MALACHIAS et al., 2016, p.1).

No dia mundial da hipertensão a BIREME/OPAS/OMS selecionou literatura científica e técnica da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) (2017, sp) sobre a hipertensão arterial, aborda que a hipertensão arterial é considerada um importante fator de risco para o paciente que pode desenvolver doenças cardiovasculares. Segundo a literatura divulgada a anualmente “ocorrem 1,6 milhões de mortes causadas por doenças cardiovasculares na região das Américas, das quais cerca de meio milhão ocorrem em pessoas com menos de 70 anos de idade, o que é considerado morte prematura e evitável”. A população adulta na região das Américas é afetada “entre 20 a 40% o que significa que naquela região cerca de 250 milhões de pessoas sofrem de pressão arterial elevada”.

A hipertensão pode ser prevenida ou adiada por um conjunto de intervenções preventivas, entre as quais está a redução da ingestão de sal, consumir uma dieta rica em frutas e legumes, praticar exercícios e manter um peso corporal ideal. A OPAS promove políticas e projetos de impacto sobre a saúde pública na prevenção da hipertensão por meio de políticas públicas para reduzir a ingestão de sal, promover a alimentação saudável e a atividade física e prevenir a obesidade. Ademais, promove e apoia projetos que facilitem o acesso a medicamentos essenciais para o tratamento de hipertensão e promove o desenvolvimento de recursos humanos em saúde (OPAS/OMS, 2016).

Segundo os últimos dados do Ministério da Saúde- Relatório VIGITEL (BRASIL, 2017), 24,3% dos brasileiros sofrem de pressão alta. Entre os idosos acima de 65 anos, esse percentual é ainda maior, equivalendo a uma para cada duas pessoas.

5.4 Hipertensão e os Fatores de Risco Associados.

De acordo com o Caderno de Atenção Básica nº15 do Ministério da Saúde (BRASIL, 2007) é evidente a eficácia de estratégias aplicadas a um número maior de pessoas com predisposição genética e a uma população com o propósito de mudar o estilo de vida. Os profissionais que trabalham na Atenção Primária têm um papel muito importante na promoção de ações individuais e coletivas para prevenir e controlar a HA, como identificar os grupos de risco, diagnosticar precocemente, conduta terapêutica e educação em saúde.

"Há fatores que apesar de difícil modificação porque depende mais do paciente eles são modificáveis como os "fatores ambientais e socioeconômicos daí a atenção do profissional com relação aos mesmos deve ser diferenciada. O sal, o álcool, a obesidade e o sedentarismo são passíveis de modificação a fim de reduzir o risco para hipertensão" (V DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO ARTERIAL,2007 p.30)

As informações e educação quanto aos fatores de risco devem ser repassadas para a população pela equipe de saúde. É necessário que todos pacientes saibam como os "fatores de risco podem desencadear o aumento da pressão para que possam optar conscientemente por uma vida mais saudável" (MACHADO; PIRES; LOBÃO, 2012, p. 1366).

➤ Idade

Há uma associação direta e linear entre envelhecimento e prevalência de HA, relacionada ao: aumento da expectativa de vida, atualmente 74,9 anos; aumento na população de idosos ≥ 60 anos de 6,7% para 10,8%. Estudos realizados com 13.978 indivíduos idosos mostrou 68% de prevalência de HA (MALACHIAS et al., 2016, p.3).

➤ Sexo e etnia

[...]. Na PNS de 2013, a prevalência de HA autorreferida foi estatisticamente diferente entre os sexos, sendo mais entre mulheres (24,2%) e pessoas de raça negra/cor preta (24,2%) comparada a adultos pardos (20,0%), mas não nos brancos (22,1%). O estudo Corações do Brasil observou a seguinte distribuição: 11,1% na população indígena; 10% na amarela; 26,3% na parda/mulata; 29,4% na branca e 34,8% na negra.²¹ O estudo ELSA-Brasil mostrou prevalências de 30,3% em brancos, 38,2% em pardos e 49,3% em negros (MALACHIAS et al., 2016. p.3).

➤ Excesso de peso e obesidade

A Organização Mundial de Saúde (2003) e o Ministério da Saúde (BRASIL, 2006) definem a obesidade pelo excesso de gordura no organismo e tem muitos fatores de risco, e que envolve aspectos comportamentais, sociais e biológicos. Constitui um dos fatores predisponente para o aparecimento e aumento das doenças crônicas não-transmissíveis (DCNT) com seus agravos. A melhor forma é a prevenção.

Almeida *et al.* (2017, p. 118) consideram que “a obesidade é um problema de saúde pública no Brasil, com necessidade de intervenção por parte das equipes no âmbito da Atenção Primária à Saúde-MAPS”. Abordam que as pessoas obesas têm maior probabilidade para terem infartos e derrames, agravando a carência de leitos nos hospitais. “Nesse sentido, a importância do controle é urgente, no sentido da prevenção por meio de estratégias que possam dar bons resultados”

O controle da obesidade é considerado um grande desafio para o Sistema Único de Saúde (SUS), sobretudo para a Atenção Primária à Saúde (APS) (OMS, 2003; BRASIL. 2006).

➤ Ingestão de sal

“A alta ingestão de sódio na dieta está associada ao desenvolvimento da hipertensão arterial. A redução do sódio na dieta pode reduzir a PA tanto em hipertensos quanto em normotensos”, conseqüentemente a diminuição do sódio na dieta pode reduzir o risco de doença cardiovascular (BOMBIG; FRANCISCO; MACHADO, 2014, p.63).

[...]. Portanto, recomenda-se reduzir a ingestão de sódio na dieta para todos os hipertensos. Metas razoáveis de redução diária na ingestão de sódio nas diretrizes atuais são < 100 meq/dia (2,3 g de sódio ou 6 g de sal – cloreto de sódio [1 g de sódio = 44 meq; 1 g de cloreto de sódio contém 17 meq de sódio]

Os profissionais de saúde recomendam a população a redução do sódio na dieta com objetivo de prevenir a hipertensão e reduzir o risco de eventos cardiovasculares, a ingestão diária de sódio recomendado é ao “máximo de 2,4 g de sódio ou 6 g de cloreto de sódio”. Deve estar incluído o sódio contido nos alimentos naturais e manufaturados. (BOMBIG; FRANCISCO; MACHADO, 2014, p.64).

[...] O consumo excessivo de sódio, um dos principais FR para HA, associa-se a eventos CV e renais. Dados da Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF), obtidos em 55.970 domicílios, mostraram excedendo em mais de duas vezes o consumo máximo recomendado (2 g/dia), menor na área urbana da região sudeste, e maior nos domicílios rurais da região Norte. O impacto da dieta rica em sódio estimada na pesquisa do VIGITEL de 2014 indica que apenas 15,5% das pessoas entrevistadas reconhecem conteúdo alto ou muito alto de sal nos alimentos. (MALACHIAS et al., 2016, p.5).

➤ Alcoolismo

Atualmente em centros urbanizados o alcoolismo está causando muitos acidentes de trânsito, falta no trabalho, estresse, desnutrição, violência ao crime, desajuste familiar apresenta-se como um dos principais fatores de risco modificáveis para hipertensão arterial.

Dados do VIGITEL, 2006 a 2013 citados por Malachias et al. (2016, p. 5) mostram o que...

[...] consumo abusivo de álcool ingestão de quatro ou mais doses, para mulheres, ou cinco ou mais doses, para homens, de bebidas alcoólicas em uma mesma ocasião, dentro dos últimos 30 dias - tem se mantido estável na população adulta, cerca de 16,4%, sendo 24,2% em homens e 9,7% em mulheres. Em ambos os sexos, o consumo abusivo de bebidas alcoólicas foi mais frequente entre os mais jovens e aumentou com o nível de escolaridade.

➤ Sedentarismo

O sedentarismo é definido como ausência ou diminuição de atividades físicas resultando em um gasto calórico muito pequeno. Uma pessoa é considerada sedentária quando não pratica nenhuma atividade não consegue gastar o mínimo de 2.200 calorias por semana. (AZIZ, 2014).

No resumo do trabalho “Sedentarismo, exercício físico e doenças crônicas” Gualano Tinucci, (2011, p.37) enfatizam que “inatividade física é fortemente relacionada à incidência e severidade de um vasto número de doenças crônicas. Assim sendo, o exercício físico torna-se uma das ferramentas terapêuticas mais importantes na promoção de saúde”. Complementam que a atividade física tem sido enaltecida e propagada há séculos como um potente fator de promoção à saúde.

Anjos (2001) refere-se que qualquer movimento corporal que implique em gasto energia pode ser considerada uma atividade física.

A mesma autora fez algumas considerações sobre a evolução de tecnologia que tem contribuído muito com o sedentarismo. Com o passar do tempo ocorreram muitas modificações que interferem na redução do nível da atividade física e sua relação com a ascensão na prevalência da obesidade. Exemplificando as mudanças na distribuição das ocupações por setores: a agricultura era um trabalho braçal que foi substituído por máquinas agrícolas modernas e nos processos de trabalho com redução do esforço físico ocupacional, lazer que passam de atividades de gasto acentuado, como práticas esportivas, passa longas horas diante da televisão ou do computador e agora o celular, outra coisa é o uso crescente de equipamentos domésticos com redução do gasto energético da atividade, como por exemplo máquina de lavar roupa ao invés de fazê-lo manualmente (ANJOS,2001).

Com relação ao hábito de assistir à televisão, existe uma tendência atual de utilizar o tempo em horas diárias diante de uma televisão como indicador de vida sedentária.

Estudo de base populacional em Cuiabá, MT, com 1 298 adultos \geq 18 anos revelou que

[...] prevalência geral de sedentarismo de 75,8% (33,6% no lazer; 19,9% no trabalho; 22,3% em ambos). Observou-se associação significativa entre HA e idade, sexo masculino, sobrepeso, adiposidade central, sedentarismo nos momentos de folga e durante o trabalho, escolaridade inferior a 8 anos e renda per capita < 3 salários mínimos. Dados da PNS apontam que indivíduos insuficientemente ativos (adultos que não atingiram pelo menos 150 minutos semanais de atividade física considerando o lazer, o trabalho e o deslocamento) representaram 46,0% dos adultos, sendo o percentual significativamente maior entre as mulheres (51,5%). Houve diferença nas frequências de insuficientemente ativos entre faixas etárias, com destaque para idosos (62,7%) e para adultos sem instrução e com nível de escolaridade fundamental incompleto (50,6%) (MALACHIAS et al., 2016, p. 5)

➤ Fatores socioeconômicos

Adultos com menor nível de escolaridade (sem instrução ou fundamental incompleto) “apresentaram a maior prevalência de HA autorreferida (31,1%). A proporção diminuiu naqueles que completam o ensino fundamental (16,7%), mas, em relação às pessoas com superior completo, o índice foi 18,2%. ” No entanto, dados do estudo ELSA Brasil, “realizado com funcionários de seis universidades e hospitais universitários do Brasil com maior nível de escolaridade, apresentaram uma prevalência de HA de 35,8%, sendo maior entre homens” (MALACHIAS et al., 2016, p.5)

➤ Genética

Estudos brasileiros que avaliaram o impacto de polimorfismos genéticos na população de quilombolas “não conseguiram identificar um padrão mais prevalente. Mostraram forte impacto da miscigenação, dificultando ainda mais a identificação de um padrão genético para a elevação dos níveis pressóricos” (MALACHIAS et al., 2016, p.5).

“Informar ao paciente os seus FR pode melhorar a eficiência das medidas farmacológicas e não farmacológicas para redução do risco global (MALACHIAS et al., 2016, p.18).

Priorizando a problemática da hipertensão arterial, o Ministério da Saúde tem investido em ações para a redução dos fatores de risco. Em 2011 foi instituído um projeto em parceria com a indústria alimentícia, que firma uma redução das taxas de sal em alimentos industrializados outro projeto foi o Programa Academias da Saúde, com o objetivo de reduzir o sedentarismo com criação de locais adequados e equipados para atividades físicas sempre acompanhadas de profissionais e trabalhando em conjunto com as Unidades Básicas de Saúde (BRASIL, 2012).

5.5 Ações educativas na abordagem da hipertensão arterial sistêmica

A Organização Mundial de Saúde (2017), por meio de ações educativas e preventivas, desenvolve palestras e atividades culturais especialmente para tratar temas associados a fatores de risco de HAS.

No passado a educação em saúde se fundamentava na perspectiva de responsabilizar as pessoas pelos seus problemas de saúde, a atenção era voltada para a transmissão do conhecimento de modo a seguir as regras impostas pelos profissionais de saúde e pelos grupos dominantes (ALVES; AERTS, 2007).

A Divisão Nacional de Saúde Pública do Ministério da Saúde (DNSP/MS), repensou esta trajetória onde a população só recebia o conhecimento e não interagira então ocorreram mudanças na ação educativa com o propósito de reorientar o enfoque das ações educativas, estimular o trabalho participativo e intersectorial e estabelecer estratégias para dar subsídios aos diferentes grupos sociais na compreensão de suas condições de vida e na reflexão sobre como transformá-las. Com a evolução pedagógica, hoje é uma pedagogia participativa (ALVES; AERTS, 2007).

A educação em saúde tem o objetivo de orientar os hábitos de vida cotidiana dos pacientes, uma vez que a compreensão dos condicionantes do processo saúde-doença possibilita a adoção de novos hábitos e condutas de saúde (ALVES, 2003).

Quando a equipe vivencia a educação em saúde em atendimento aos grupos e facilita a participação das pessoas garante aos indivíduos e à comunidade a possibilidade de definirem sobre seus próprios destinos, e a capacitação destes sujeitos para atuarem na melhoria do seu nível de saúde (SANTOS; LIMA, 2008).

O trabalho educativo em grupos consiste numa valiosa alternativa para se buscar a promoção da saúde que permite o aprofundamento de discussões e a ampliação de conhecimentos, de modo que as pessoas superem suas dificuldades e obtenham maior autonomia, melhores condições de saúde e qualidade de vida. (SANTOS; LIMA, 2008, p.91).

Ainda segundo Santos e Lima (2008, p.91):

[...] As Tecnologias Educativas em Saúde (TES) são ferramentas importantes para o desempenho do trabalho educativo e do processo de cuidar. São denominadas de tecnologias leves, de relações como acolhimento, vínculo, automação, responsabilização e gestão como forma de governar processos de trabalho.

Os autores abordam a existência de um trabalho dinâmico, em contínuo movimento. “Exige dos profissionais da saúde, uma capacidade diferenciada no olhar para que percebam essa dinamicidade e pluralidade, que desafiam os sujeitos à criatividade, à escuta, à mais flexibilidade e à sensibilidade” (SANTOS; LIMA, 2008, p.91).

Para Alves e Aerts (2007, p. 321) “a educação em saúde é uma prática social, devendo ser centrada na problematização do cotidiano, na valorização da experiência de indivíduos e grupos sociais e na leitura das diferentes realidades”.

As atividades educativas são excelentes oportunidades para realizar prevenção e promoção de saúde, sendo imprescindível que as equipes de saúde da família incorporem habilidades educativas em seu dia a dia, desta forma o desenvolvimento do processo de trabalho será harmônico ao modelo de atenção atualmente proposto para as doenças crônicas, o qual se pauta na troca de conhecimentos e na transformação da realidade (MENDES, 2011).

Estratégias para prevenção do desenvolvimento da HA englobam políticas públicas de saúde combinadas com ações das sociedades médicas e dos meios de comunicação. “O objetivo deve ser estimular o diagnóstico precoce, o tratamento

contínuo, o controle da PA e de FR associados, por meio da modificação do estilo de vida (MEV) e/ou uso regular de medicamentos” (MALACHIAS et al., 2016, p.5).

O plano de reorganização de atenção ao cliente com HAS foi elaborado pelo Ministério da Saúde (MS) em 2001, com o objetivo de reestruturar o atendimento aos portadores dessas doenças, proporcionando um atendimento resolutivo e de qualidade na rede pública de serviços de saúde. Além do cadastro, o sistema permite o acompanhamento, a garantia do recebimento dos medicamentos prescritos (BRASIL, 2001a).

6 PLANO DE INTERVENÇÃO

Essa proposta refere-se ao problema priorizado “alta Incidência de hipertensão arterial sistêmica em pacientes da UBS Damasco”, 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). O primeiro e segundo passos foram abordados na introdução.

6.1 Descrição do problema selecionado (terceiro passo)

“Alta incidência de hipertensão arterial sistêmica em pacientes da UBS Damasco” é o problema que causa uma grande preocupação pela evolução da doença e as complicações causadas por ela que podem ser reversíveis e irreversíveis deixando o paciente sequelado.

A hipertensão arterial sistêmica é uma condição clínica que possui muitos fatores de risco e é caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial (PA 140x90) estando associada frequentemente a alterações funcionais dos órgãos alvo e às alterações metabólicas com aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais (MALACHIAS et al., 2016, p.1)

Identificando e apresentando o problema da investigação a hipertensão arterial sistêmica e um problema de saúde pública no Brasil e no mundo. É ainda um dos mais importantes fatores de riscos para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares e renais crônicas.

Uma de cada três pessoas no mundo sofre de HAS. É responsável pelo menos 40% das mortes por Acidente Vascular Cerebral e pelos 25% das mortes por doença arterial coronárias. No Brasil, a hipertensão afeta mais de 30 milhões de brasileiros, destes, 36% dos adultos do sexo masculino e 30% das mulheres (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

Na terceira idade a hipertensão acomete muitos idosos é “uma doença altamente prevalente acometendo cerca de 50% a 70% das pessoas e um fator determinante de mobilidade e mortalidade, más adequadamente controladas reduz significativamente as limitações funcionais e a incapacidade nos idosos”. A hipertensão não é consequência

Normal do processo do envelhecer segundo Cadernos de Atenção Básica, (BRASIL,2006, p.9)

Os serviços de saúde por sua vez possuem importância para a redução dos óbitos por doenças cardiovasculares ocasionadas por graus avançados de hipertensão não controlada na população idosa.

6.2 Explicação do problema selecionado (quarto passo)

Conhecimentos deficientes da população junto a uma baixa economia familiar e insuficientes atividades de promoção e prevenção possibilitam estilos de vidas inadequados como o tabagismo, etilismo, sedentarismo, alimentação inadequada, obesidade. Estes fatores de risco podem se coadjuvantes no desenvolvimento da hipertensão arterial sistêmica, provocando diminuição da economia familiar com a compra dos remédios e realização de exames de acompanhamento.

Esta enfermidade por sua vez pode causar Infarto do Miocárdio, Insuficiência Cardíaca, Acidente Cerebral Vascular, Insuficiência Renal Crônica, entre outras, incrementando o número de pacientes com invalidez, aposentadoria, desemprego e mortalidade, causando um aumento da necessidade de atenção pelas especialidades pertinentes provocando um maior custo ao município por gerar encaminhamento da demanda para outros municípios.

6.3 Seleção dos nós críticos (quinto passo)

Um problema pode ter uma ou várias causas que devem ser analisadas e compreendidas para serem enfrentadas na resolução do problema. Faria, Campos e Santos (2018, p.65) também esclarecem que as causas devem “estar dentro do espaço de governabilidade do ator do projeto. Para os autores o nó crítico é definido como a causa de um problema que, quando “atacada” é capaz de impactar o problema principal e transformá-lo”

A situação relacionada com o problema priorizado tem alguma possibilidade de ação mais direta, principalmente por uma maior possibilidade de intervenção da equipe de saúde e que pode ter importante impacto sobre o problema escolhido.

Vejam os quais são os “nós críticos”:

1. Estilos de vida inadequados (alimentação, sedentarismo, alcoolismo, tabagismo)
2. Falta de controle e monitoramento dos pacientes hipertensos pela equipe por desorganização do processo de trabalho.
3. Baixo nível de informação da população em relação às doenças e da importância do seu tratamento (Informações/educação em saúde são insuficientes)

6.4 Desenho das operações (sexto passo)

Conforme Faria, Campos e Santos (2018), as operações são conjuntos de ações que devem ser desenvolvidas durante desenvolvimento do plano. Elas necessitam de recursos econômicos, organizacionais, cognitivos e de poder. São previamente desenhadas para dar suporte ao enfrentamento dos nós críticos, identificar os produtos e resultados para cada operação definida e identificar os recursos necessários para a concretização das operações e conseqüentemente resolução do problema.

As operações sobre cada um dos “nós críticos” relacionado ao problema aparecem detalhados nos quadros a seguir, sendo um quadro para cada nó crítico.

Quadro 6 – Operações sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema Alta Incidência de Hipertensão Arterial sistêmica”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Damasco, do município Varginha, Minas Gerais.2019.

Nó crítico 1	Estilos de vida inadequados (alimentação, sedentarismo, alcoolismo, tabagismo).
Operação (operações)	<ul style="list-style-type: none"> -Formar grupos de acordo com as microáreas. -Avaliar sobre o nível de informação da população sobre hábitos de vida adequados utilizando uma técnica pedagógica que permita a participação do grupo. - Discutir com a nutricionista sobre uma alimentação saudável - Por meio de jogos educativos trabalhar os temas alcoolismo e tabagismo com a psicóloga. - Praticar atividades físicas e grupo de recreação com o profissional de educação física. -Aumentar o nível de informação da população sobre os riscos elevados de viver com maus hábitos alimentares. -Reforçar sobre a importância da adesão ao tratamento

	<p>medicamentoso e nutricional.</p> <p>-Orientar os pacientes nas consultas e em atividades de grupo sobre a importância do autocuidado.</p>
Projeto	Boa Saúde é vida Saudável
Resultados esperados	<p>-Diminuir o número de pacientes com stress, obesos, sedentários, alcoólicos e fumantes.</p> <p>Diminuir o número de pacientes com maus hábitos alimentares.</p>
Produtos esperados	<p>-Prática de atividades físicas com o profissional de educação física três vezes por semana</p> <p>-Alimentação adequada</p> <p>-Maior adesão ao tratamento.</p> <p>-Diminuição dos níveis pressóricos e prevenção de complicações.</p>
Recursos necessários	<p>Organizacional: organizar as atividades e as agendas dos profissionais que irão participar do projeto.</p> <p>Financeiro: panfletos informativos e material para as atividades físicas.</p> <p>Político: apoio do gestor</p> <p>Cognitivo: Informações sobre dos temas propostos</p>
Recursos críticos	<p>Financeiro: panfletos informativos e material para as atividades físicas.</p> <p>Político: apoio do gestor</p>
Controle dos recursos críticos	<p>Secretaria Municipal de Saúde motivada</p> <p>Enfermeira, nutricionista, psicóloga e profissional de educação Física estão motivados</p>
Ações estratégicas	Não há necessidade de usar nenhuma atividade motivacional.
Prazo	Um mês para o início e duração de dois meses de duração.
Responsável (eis) pelo acompanhamento das operações	Enfermeira, nutricionista, psicóloga e profissional de educação Física
Processo de monitoramento e avaliação das operações	Avaliação sobre o nível de informação da população sobre estilos de vida adequados logo após o término do projeto. Será utilizado um jogo de perguntas respostas. Neste momento os próprios colegas vão tirar as dúvidas e o coordenadores dirigem o jogo.

Fonte: autoria própria.

Quadro 7 – Operações sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema Alta Incidência de Hipertensão Arterial sistêmica”, na população sob

responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Damasco, do município Varginha, Minas Gerais.2019.

Nó crítico 2	Falta de controle e monitoramento dos pacientes hipertensos pela equipe de saúde por desorganização do processo de trabalho.
Operação (operações)	<p>-Reunião com a equipe para discutir o processo de trabalho da equipe; pontos positivos e negativos.</p> <p>- Discutir as estratégias para organizar o processo de trabalho.</p> <p>-Discutir as funções de cada membro da equipe e suas atribuições enfatizando o trabalho da equipe.</p> <p>-Melhoria da assistência dos pacientes hipertensos nas consultas programadas.</p> <p>-Capacitar a equipe em hipertensão arterial enfatizando a abordagem e monitoramento do hipertenso.</p> <p>Melhorar as condições nos serviços</p>
Projeto	Bem estar e Sabedoria
Resultados esperados	<p>-Equipe mais informada sobre a doença, melhoria das orientações dadas ao paciente.</p> <p>-População com melhor assistência na consulta tendo um melhor controle e acompanhamento.</p> <p>-Aumento do conhecimento dos Agentes Comunitários de Saúde com respeito prevenção e controle da HAS.</p>
Produtos esperados	<p>-Recursos humanos capacitados, mais seguros e confiantes na execução de suas atribuições.</p> <p>-População com melhor controle e acompanhamento de sua doença em consulta ou visita domiciliaria</p> <p>-Agentes Comunitários de Saúde com mas conhecimentos sobre prevenção e controle de HAS</p> <p>- Aumento o conhecimento sobre prevenção e controle de HAS</p>
Recursos necessários	<p>Cognitivos: conhecimento sobre o tema e estratégia de comunicação; sensibilização do público alvo</p> <p>Organizacional: organização da agenda programada; mudança no processo de trabalho.</p> <p>Políticos: apoio da gestão; envolvimento da equipe.</p> <p>Financeiro: aquisição de agendas</p>
Recursos críticos	<p>Cognitivos: conhecimento sobre o tema e estratégia de comunicação; sensibilização do público alvo</p> <p>Organizacional: organização da agenda programada; mudança no processo de trabalho.</p> <p>Políticos: apoio da gestão; envolvimento da equipe.</p> <p>Financeiro: aquisição de agendas</p>

Controle dos recursos críticos	Secretaria Municipal de Saúde, motivação favorável. Médica e enfermeira motivadas
Ações estratégicas	Não há necessidade de usar nenhuma atividade motivacional.
Prazo	Apresentar o projeto em 3 meses a 9 meses
Responsável (eis) pelo acompanhamento das operações	Médica e enfermeira
Processo de monitoramento e avaliação das operações	Médica e enfermeira

Quadro 8 – Operações sobre o “nó crítico 3” relacionado ao problema Alta Incidência de Hipertensão Arterial sistêmica”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Damasco, do município Varginha, Minas Gerais.2019.

Nó crítico 3	Baixo nível de informação da população em relação a doença e da importância do seu tratamento (Informações/educação em saúde são insuficientes)
Operações	Aumentar o nível de informação da população os fatores de risco para a hipertensão. -Organização de grupos de pacientes hipertensos. -Realização de palestras e rodas de conversa informativas e participativas. -Dinâmicas e jogos interativos que possibilite a participação de todos e facilita o aprendizado. - Orientar os pacientes para marcarem as consultas antes do medicamento acabar. - orientar os pacientes da importância da avaliação médica e periódica
Projeto	Saber e saúde
Resultados esperados	População informada sobre a hipertensão arterial, seus fatores de risco, e tratamento. -Campanhas educativas na rádio local informando sobre os riscos da hipertensão não controlada. -Grupos operativos funcionando.
Produtos esperados	Pacientes empoderados de conhecimento mais responsáveis com seu tratamento e maior adesão ao tratamento consequentemente diminuição dos níveis pressóricos.

Recursos necessários	<p>Cognitivo: conhecimento sobre o tema e estratégia de comunicação; apoio da equipe de saúde.</p> <p>Organizacional: organização dos grupos operativos,</p> <p>Político: apoio da gestão</p> <p>Financeiro: para recursos audiovisuais, folhetos educativos</p>
Recursos críticos	<p>Político: apoio da gestão</p> <p>Financeiro: para recursos audiovisuais, folhetos educativos.</p>
Controle dos recursos críticos	<p>Secretaria Municipal de Saúde, motivação favorável.</p> <p>Médica, enfermeira e nutricionista motivadas</p>
Ações estratégicas	Não há necessidade de usar nenhuma atividade motivacional.
Prazo	Início de três até seis meses
Responsável (eis) pelo acompanhamento das operações	Médica, enfermeira e nutricionista.
Processo de monitoramento e avaliação das operações	Avaliação mensal feita pela médica, enfermeira e nutricionista

Fonte: autoria própria

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Na Estratégia da Saúde da Família o controle da HAS é muito importante devido ao fato de ser por si só uma doença e um fator de risco importante para o desencadeamento de outras complicações como insuficiência cardíaca, doença isquêmica do coração, insuficiência renal, doença vascular cerebral e retinopatia.

Para melhorar a adesão ao tratamento, é importante que os serviços de saúde, principalmente a ESF tracem estratégias de ação, que contribuam para o sucesso do tratamento e da efetividade dos sistemas de saúde.

Além da necessidade de mudança de paradigmas biomédicos e da valorização de novos conceitos sobre o processo saúde-doença, faz-se necessário que os usuários de saúde sejam coprodutores de um processo educativo para as mudanças de hábitos, contribuindo para que diminua a frequência de vários agravos, incluindo a hipertensão arterial, melhorando a qualidade de vida da população e garantindo um envelhecimento saudável.

Acredito também que este trabalho possa servir para que os profissionais da saúde pensem em como se dá à relação profissional/paciente e qual é a forma de repasse de informações para uma população que necessita de informações para a manutenção de uma qualidade de vida saudável, já que muito se faz e às vezes tendo pouco resultado.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, L.M et al. Estratégias e desafios da gestão da atenção primária à saúde no controle e prevenção da obesidade. **Rev. Gestão & Saúde** (Brasília) v. 08, n. 01, p. 114-139. Jan. 2017.

ALVES, G. G; AERTES, D. As práticas educativas em saúde e a Estratégia Saúde da Família. **Ciênc. Saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.16, n.1, p.319-325, 2007. Disponível em:https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S141381232011000100034&script=sci_ar_text&tlng=en. Acesso em 25 jan. 2019.

ALVES. J, G, B. Atividade física em crianças: promovendo a saúde do adulto. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.** 3, n. 1, p. 5-6, 2003

ANJOS, L.A. Obesidade nas sociedades contemporâneas: o papel da dieta e da inatividade física. In: ANAIS DO 3º CONGRESSO BRASILEIRO DE ATIVIDADE FÍSICA E SAÚDE. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2001

AZIZ. J, L. Sedentarismo e Hipertensão Arterial. **Rev. Bras. Hipertens**, v.21, n.2, p.75-82, 2014.

BOMBIG; FRANCISCO; MACHADO.A importância do sal na origem da hipertensão **Rev. Bras. Hipertens.** v.21, n.2 p.63-64. 2014.

BRANDÃO, A. A. NOGUEIRA, A. R. **Manual de hipertensão arterial**. Rio de Janeiro (RJ): SOCERJ, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Área Técnica de Diabetes e Hipertensão Arterial **Hipertensão arterial sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM):** protocolo / Ministério da Saúde, Departamento de Atenção Básica. Área Técnica de Diabetes e Hipertensão Arterial. – Brasília: Ministério da Saúde, 2001a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica **Obesidade**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006a. (Cadernos de Atenção Básica, n. 12) (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde /** Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006b (Cadernos de Atenção Básica; 16)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica.** / Ministério da Saúde.

Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **O trabalho do agente comunitário de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Acesso em 28/julho/2015. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/manual_acs.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus: hipertensão arterial e diabetes mellitus** / Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2001b. URL: http://dtr2001.saude.gov.br/bvs/publicacoes/reorganizacao_plano.pdf.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de Informação da Atenção Básica – SIAB**. 2013. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?siab/cnv/SIABSMG.def>. Acesso em: 30 mar. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Vigitel Brasil 2016: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2016**, Brasília, Ministério da Saúde, 2017. Disponível em [:http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigitel_brasil_2017_vigilancia_fatores_risco.pdf](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigitel_brasil_2017_vigilancia_fatores_risco.pdf)

BRASIL. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília-DF, Seção 1, p. 89, 31 dez. 2010.

DATASUS, **Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), 2015**. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?siab/cnv/SIABSBR.DEF> Data de acesso: 20 Nov. 2015.

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

FERNANDES, M. C. P.; BACKES, V. M. S. Educação em saúde: perspectivas de uma equipe da estratégia saúde da família sob a óptica de Paulo Freire. **Rev. bras. Enferm.** v. 63, n. 4, p. 567-73, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v63n4/11.pdf>

GUALANO, B.; TINUCCI, T. Sedentarismo, exercício físico e doenças crônicas. **Rev. bras. educ. fís. esporte**, São Paulo, v. 25. n. spe, p. 37-43, 2011

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **IBGE Cidades**. 2018. Disponível em: <http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/home.php>. Acesso em: fevereiro, 2018.

MACHADO M, C.; PIRES C, G, DA S.; LOBÃO W, M. Concepções dos hipertensos sobre os fatores de risco para a doença. **Ciênc. Saúde coletiva** v.17, n.5 p. 1357-1374, Rio de Janeiro, 2012

MALACHIAS, M.V.B. et al. 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial: Capítulo 2 - Diagnóstico e Classificação. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo, v. 107, n. 3, supl. 3, p. 7-13, Sept. 2016

MENDES, E.V. As Redes de Atenção à Saúde: revisão bibliográfica, fundamentos, conceito e elementos constitutivos. In: MENDES, E.V. **As redes de atenção à saúde**. 2.ed. Brasil: Organização Pan-Americana da Saúde; 2011.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Declaração de Alma-Ata**. In: Conferência Internacional Sobre Cuidados Primários de Saúde, 6-12 set 1978, Alma-Ata

SANTOS. Z. M. S. A.; LIMA. H. P. Tecnologia Educativa em Saúde na Prevenção da Hipertensão Arterial em Trabalhadores: análise das mudanças no estilo de vida. **Texto contexto - enferm.**, v. 17, n. 1, p. 90-97, mar. 2008

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, Sociedade Brasileira de Hipertensão, Sociedade Brasileira de Nefrologia. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v.95, n. 1, p.1-51, 2010.

VARGINHA. Prefeitura Municipal de Varginha. **Histórico da saúde no município de Varginha**, 2009 Disponível em: <http://www.varginha.mg.gov.br/>.

VARGINHA. Prefeitura Municipal de Varginha. Secretaria Municipal de Educação., 2017. Disponível em: <http://www.varginha.mg.gov.br/>.

V DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO ARTERIAL. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo, v. 89, n. 3, p. e24-e79, Sept. 2007

