

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

MARLLON EMÍLIO SILVA

**ESTRATÉGIA DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE PARA A PROMOÇÃO DO
CONTROLE DA HIPERTENSÃO E PREVENÇÃO DE AGRAVOS
CARDIOVASCULARES**

MONTES CLAROS -MINAS GERAIS

2019

MARLLON EMÍLIO SILVA

**ESTRATÉGIA DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE PARA A PROMOÇÃO DO
CONTROLE DA HIPERTENSÃO E PREVENÇÃO DE AGRAVOS
CARDIOVASCULARES**

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

Orientadora: Profa. Dra. Matilde Meire Miranda Cadete

MONTES CLAROS - MINAS GERAIS

2019

MARLLON EMÍLIO SILVA

**ESTRATÉGIA DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE PARA A PROMOÇÃO DO
CONTROLE DA HIPERTENSÃO E PREVENÇÃO DE AGRAVOS
CARDIOVASCULARES**

Banca examinadora

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

Profa. Dra. Maria Rizioneide Negreiros de Araújo - UFMG

Aprovado em Belo Horizonte, em:17/08/2019.

AGRADECIMENTOS

Obrigado, Deus do Amor! Sou fiel aos meus princípios e grato pelas realizações, tudo que me acontece é por honra e Glória vossa!

Às pessoas que me são caras e me apoiam: esposa, filhos, papai, mamãe e amigos, agradeço e informo: Concluí meu TCC e festejar sozinho não dá.

Deus abençoe a todos e na graça me firmo e sigo segurando nas mãos de Deus!

Muito obrigado.

“Tudo posso Naquele que me fortalece”

RESUMO

O Município São Romão está localizado no Estado de Minas Gerais e tinha, em 2010, uma população de 10.276 habitantes com estimativa para 2017 de 11.892 habitantes. O bairro Novo Horizonte é arborizado, possui padaria, farmácia, lojas de departamento e supermercados, além de ponto de atendimento bancário e outros equipamentos sociais como escolas, igrejas, praças e uma pequena associação de agricultores. Possui a unidade de saúde da família Traçadal, que conta com duas equipes. A Estratégia Saúde da Família Traçadal atua em uma comunidade com cerca de 1.260 usuários cadastrados na equipe. O objetivo deste trabalho consiste em elaborar um projeto de intervenção para estimular o usuário hipertenso ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso para reduzir a morbimortalidade por doenças cardiovasculares decorrentes do descontrole da hipertensão. A metodologia adotada compreendeu a realização do diagnóstico situacional, por meio da estimativa rápida e foram identificados os principais problemas existentes no território. Pesquisa bibliográfica na Biblioteca Virtual em Saúde, na base de dados da *Scientific Library OnLine* (SciELO) e na Biblioteca Virtual Nescon, para levantar publicações relativas ao tema deste estudo. O projeto de intervenção seguiu os passos do Método do Planejamento Estratégico Situacional. Com a implantação deste projeto espera-se promover a sensibilização do usuário para aderir ao tratamento tendo como grande incentivo o autoconhecimento acerca de sua comorbidade.

Palavras-chave: Estratégia Saúde da Família. Hipertensão. Doenças cardiovasculares. Educação.

ABSTRACT

The Municipality of São Romão is located in the State of Minas Gerais and had, in 2010, a population of 10,276 inhabitants with an estimate for 2017 of 11,892 inhabitants. The neighborhood Novo Horizonte is wooded, has bakery, pharmacy, department stores and supermarkets, as well as banking service and other social facilities such as schools, churches, squares and a small association of farmers. It has the health unit of the Traçadal family, which has two teams. The ESF Traçadal works in a community with about 1,260 registered users in the team. The objective of this work is to elaborate an intervention project to stimulate hypertensive users to drug and non-drug treatment to reduce morbimortality due to cardiovascular diseases due to the uncontrolled hypertension. The methodology adopted includes: Situational diagnosis: identified the main problems in the territory. Bibliographical research in the Virtual Health Library, in the Scientific Library OnLine (SciELO) database and in the Nescon Virtual Library, in order to publish publications related to the theme of this study, the intervention project followed the steps of the Strategic Situational Planning Method. With the implementation of this project it is hoped to promote the user's awareness to adhere to the treatment having as great incentive the self-knowledge about its comorbidity.

Keywords: Family Health Strategy. Hipertensão. Cardiovascular diseases. Education

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Mapa de atuação das equipes de saúde da família em São Romão, MinasGerais, 2018.....	13
Quadro 1- Demonstrativo da agenda de trabalho da eSFTraçadalem São Romão ,Minas Gerais,2018.....	14
Quadro 2 – Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à equipe de Saúde, Unidade Básica de Saúde ESFTraçadal do Município de São Romão-MG.....	16
Quadro 3 - Classificação da PA de acordo com a medição casual ou no consultório a partir de 18 anos de idade	21
Quadro 4 – Operações sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema “Prevalência de Hipertensão e morbimortalidade por doenças cardiovasculares” , na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Traçadal, do município de São Romão, estado de Minas Gerais, 2018	26
Quadro 5 – Operações sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema “Prevalência de Hipertensão e morbimortalidade por doenças cardiovasculares”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Traçadal, do município de São Romão, estado de Minas Gerais, 2018	27
Quadro 6 – Operações sobre o “nó crítico 3” relacionado ao problema “Prevalência de Hipertensão e morbimortalidade por doenças cardiovasculares” , na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Traçadal, do município de São Romão, estado de Minas Gerais, 2018	. 28
Quadro 7 – Operações sobre o “nó crítico 4” relacionado ao problema “Prevalência de Hipertensão e morbimortalidade por doenças cardiovasculares” , na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Traçadal, do município de São Romão, estado de Minas Gerais, 2018	. 30

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
1.1 Aspectos gerais do município São Romão	11
1.2 Aspectos da comunidade	12
1.3 O sistema municipal de saúde	12
1.4 A Unidade Básica de Saúde Traçadal	13
1.5 A Equipe de Saúde da Família, da Unidade Básica de Saúde Traçadal	14
1.6 O funcionamento da Unidade de Saúde da Equipe Traçadal	15
1.7 O dia a dia da equipe Traçadal	16
1.8 Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade (primeiro passo)	16
1.9 Priorização dos problemas – a seleção do problema para plano de intervenção (segundo passo)	16
2 JUSTIFICATIVA	18
3 OBJETIVOS	19
4 METODOLOGIA	20
5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	21
5.2 Hipertensão	22
5.3 Fatores de riscos para ocorrência de hipertensão e agravos cardiovasculares	23
6. INTERVENÇÃO	26
6.1 Descrição do problema selecionado (terceiro passo)	26
6.2 Explicação do problema (quarto passo)	26
6.3 Seleção dos nós críticos (quinto passo)	27
6.5 Desenho das operações (sexto passo)	27
	32
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	
REFERÊNCIAS	33

1 INTRODUÇÃO

1.1 Aspectos gerais do município São Romão

O Município São Romão está localizado no Estado de Minas Gerais e tinha, em 2010, uma população de 10.276 habitantes com estimativa para 2017 de 11.892 habitantes segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2018).

Os aspectos históricos desta cidade indicam que a mesma foi fundada em 1668, sob o nome de *Santo Antônio da Manga*, tendo como primeiros habitantes os índios caiapós que viviam numa ilha que divide o rio São Francisco à altura do que seria mais tarde o arraial, fundado às margens esquerdas do rio São Francisco, entre os rios: Urucuia, Paracatu e Ribeirão da Conceição (SÃO ROMÃO, 2018).

Constam de documentos que na Ilha que divide o São Francisco ocorreu violentas batalhas travadas entre foragidos da justiça de todo Brasil e de Portugal, índios nômades ou aldeados, escravos fugidos e elementos desgarrados de antigas bandeiras. Em 1736, marcada pelo inconformismo perante o jugo colonial, explodiram os motins do sertão transformando o arraial mais uma vez em cenário de lutas. Este movimento foi o primeiro, contra a cobrança de impostos e a liberdade destes para o povo do sertão do São Francisco e das Minas. Era a guerra contra a cobrança de impostos. O palco foi o Arraial de São Romão, porque era o primeiro porto e Entreposto Comercial do médio São Francisco e a sede de Judicatura, portanto, no arraial tinha promotoria, era a sede da justiça no sertão das Gerais e pertencia a comarca do Rio das Velhas, com sede em Sabará (SÃO ROMÃO, 2018).

Nos aspectos econômicos de acordo com o IBGE (2018), no ano de 2015, o salário médio mensal era de 1,7 salários mínimos. A proporção de pessoas ocupadas em relação à população total era de 6,6%. Na comparação com os outros municípios do estado, ocupava as posições 362 de 853 e 787 de 853, respectivamente. Já na comparação com cidades do país todo, ficava na posição 3666 de 5570 e 4506 de 5570, respectivamente. Considerando domicílios com rendimentos mensais de até meio salário mínimo por pessoa, tinha 48,3% da população nessas condições, o que

o colocava na posição 81 de 853 dentre as cidades do estado e na posição 1682 de 5570 dentre as cidades do Brasil.

O que refere à educação no Município de São Romão, a taxa de escolarização de indivíduos de 6 a 14 anos de idade compreende 97,4%. Para o ano de 2015, os alunos dos anos iniciais da rede pública de ensino da cidade tiveram nota média de 5,7 no IDEB. Para os alunos dos anos finais, essa nota foi de 3,8 (IBGE,2018).

No item território e ambiente o município apresenta 17% de domicílios com esgotamento sanitário adequado, 46% de domicílios urbanos em vias públicas com arborização e 0,9% de domicílios urbanos em vias públicas com urbanização adequada, isto é, têm bueiros, calçadas, pavimentação e meio-fio (IBGE,2018).

1.2 Aspectos da comunidade

O bairro Novo Horizonte é arborizado, possui padaria, farmácia, lojas de departamento e supermercados, além de ponto de atendimento bancário e outros equipamentos sociais como, escolas, igrejas, praças e uma pequena associação de agricultores. Possui a unidade de saúde da família Traçadal, que conta com duas equipes.

A coleta de lixo no bairro é regular, ocorre três vezes por semana. Algumas de suas ruas são de terra e outras já possuem asfalto ou calçamento (pedra). O saneamento já existe na maioria dos domicílios, mas alguns ainda utilizam sistemas de fossas sanitárias.

A população, em sua maioria, é adulta e a renda familiar varia entre um salário mínimo e dois por família. A escolaridade dos habitantes está entre ensino fundamental e médio e uma minoria tem graduação em ensino superior. O bairro possui área de lazer – academia no bairro, onde a população pode realizar atividades físicas. O bairro possui uma boa infraestrutura.

A assistência social é presente, o bairro possui uma escola e creche que atende as crianças e jovens do bairro. Estima-se que o bairro possui 2.350 pessoas, desta a maioria são jovens e adultos com mais de 30 anos.

1.3O sistema municipal de saúde

Quanto aos serviços de saúde, São Romão apresenta: na Atenção Hospitalar atende-se Maternal, urgência e emergência. O município tem uma Unidade Hospitalar de Pronto Atendimento que oferece serviço de urgência e emergência, porém sem internação na unidade sendo o paciente liberado ou transferido logo depois de estabilizado.

O Município possui o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), que realiza os primeiros atendimentos e o traslado do paciente em situações de emergência. Conta com laboratório de análises clínicas que realiza todos os exames de rotina básica. Possui convênios com os outros municípios para exames de maior complexidade.

Em relação à Assistência Farmacêutica são seis farmácias, sendo duas populares, que realizam o cadastro de pacientes e dos medicamentos para retirada gratuita pelos mesmos. A Vigilância da Saúde é realizada pela Equipe de Endemias integrada por 19 agentes, responsáveis pelas notificações de áreas de risco de contágio, situações de risco, presença de vetores, doenças transmissíveis e pacientes sintomáticos. Fazem, ainda, cronograma de vacinação e reuniões para controle da mesma (SÃO ROMÃO,2018).

São Romão mantém ativo o Consórcio de Saúde que dá acesso a consultas e exames de média e alta complexidade, em outros municípios.

O modelo de atenção praticado no município é o da Atenção Básica, o qual é centrado na pessoa de forma total e integrado à família e à comunidade. No que diz respeito à Atenção Primária, o município conta com sete Programas de Saúde da Família (PSF), distribuídos em 14 equipes de Saúde da Família (eSF), seis equipes rurais e oito urbanas, das quais nem todas possuem o profissional cirurgião dentista para realização do serviço de saúde bucal.

São Romão conta com Equipe do Núcleo de Apoio à Saúde da Família(NASF) (Nutricionista, Fisioterapeuta, Psicologia), Equipe do CAPS (Psiquiatria, Psicologia, Assistentes Sociais), Especialidades médicas: Ginecologia, Pediatria, Ortopedia, Otorrinolaringologia, Endocrinologia, Cardiologia e Cirurgia geral.

1.4A Unidade Básica de Saúde Traçadal, São Romão-Minas Gerais

Figura 1- Mapa de atuação das equipes de saúde da família em São Romão, Minas Gerais, 2018.



Fonte: Autor,(Foto, 2018)

A ESF Traçadal atua em uma comunidade com cerca de 1.260 usuários cadastrados na equipe. A população empregada vive basicamente do trabalho nas empresas, comércio e do trabalho em propriedades rurais, na rede municipal e outros trabalham na economia informal.

Existem alguns usuários desempregados e subempregados. A estrutura de saneamento básico na comunidade deixa muito a desejar, principalmente no que se refere ao esgotamento sanitário, utilizando ainda o sistema de “fossas” para dejetos. Grande parte da comunidade vive em moradias precárias. A população conserva hábitos e costumes próprios do estado. As manifestações folclóricas da cultura de Minas têm suas origens nas tradições, nos usos e costumes dos colonizadores portugueses, com forte influência das culturas indígena e africana.

A culinária mineira com seus pratos deliciosos (feijão tropeiro, o angu de milho verde ou de fubá com frango, a paçoca de carne seca, farofas) cria hábitos e costumes na sua população e é a mistura de influências das comidas indígenas, dos escravos africanos, dos portugueses e dos tropeiros.

1.5 A Equipe de Saúde da Família, da Unidade Básica de Saúde Traçadal

A Equipe Traçadal é formada pelos profissionais apresentados a seguir: um médico, uma enfermeira, uma técnico de enfermagem e cinco Agentes Comunitários de Saúde (ACS).

O espaço da unidade é bem aproveitado, possui recepção, sala de reunião, copa, sala de espera e consultórios ou salas para (clínico/ vacinas/odontologia).

1.6 O funcionamento da Unidade de Saúde da Equipe Traçadal

A UBS funciona de segunda a sexta-feira, das 7:00h às 16:00h. A equipe realiza atendimento de demanda espontânea, demanda programada, saúde bucal, puericultura, assistência pré-natal e Hipertensão.

Nossa agenda é organizada e planejada conforme as demandas da unidade. Nesse contexto, no que se refere à demanda programada e à demanda espontânea, sobretudo, damos prioridade às situações caracterizadas como “casos agudos”, ou seja, usuários que apresentam desestabilização de quadros mórbidos pré-existent ou situações de novos agravos à saúde, para estes existe a preferência e se utiliza da demanda espontânea.

Na unidade compreendemos que esses usuários para casos agudos necessitam de atendimento em curto espaço de tempo, como forma de evitar complicações desnecessárias e evitáveis, assim na agenda existe a demanda espontânea para qualquer dia da semana, como demonstra o quadro 1 a seguir:

Quadro 1- Demonstrativo da agenda de trabalho da eSF Traçadal, em São Romão, Minas Gerais, 2018

Segunda-feira Manhã/tarde	Terça-feira	Quarta-feira	Quinta-feira	Sexta-feira
Pré-natal	Demanda livre	Demanda livre	Demanda livre	Visitas domiciliares
				Demanda livre
Puericultura	hipertensão	Demanda programada	Demanda programada	Reunião com a equipe
Demanda livre				

Elaborado pelo autor (2019).

1.7 O dia a dia da equipe Traçadal

A equipe desenvolve projetos a fim de solucionar algum problema de saúde quer seja de um usuário, de uma família ou comunidade.

Realiza atividades educativas periódicas incentivando a profilaxia para parasitoses em crianças/adultos, campanhas de vacinação H1N1, campanha de prevenção do câncer de mama, novembro azul destinado aos homens e projeto que visam à melhoria do processo de trabalho e assistência ao usuário na atenção básica.

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

O diagnóstico situacional realizado na área de abrangência atendida pela equipe Traçadal conforme orientação de Faria, Campos e Santos (2018) mostrou os seguintes problemas de saúde, infraestrutura e sociais:

- Saneamento básico deficitário em algumas localidades;
- Alta rotatividade dos profissionais de saúde, principalmente de médicos;
- Deficiência de transporte para traslado de pacientes na ESF;
- Falta de Agentes Comunitários de Saúde para atender a demanda das microáreas de cada equipe ESF;
- Falta de local para reuniões educativas/informativas com maior número de usuários;
- Alta incidência de Hipertensão e morbimortalidade para doenças cardiovasculares;
- Falta de adesão ao tratamento para Hipertensão.

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

No quadro 2 estão listados os problemas identificados e relacionados de acordo com sua importância, urgência e capacidade de enfrentamento.

Quadro 2- Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à equipe de Saúde, Unidade Básica de Saúde ESF Traçadal do Município de São Romão-MG.

Problemas	Importância*	Urgência**	Capacidade de enfrentamento***	Seleção/ Priorização****
Falta de Agentes Comunitários de Saúde para atender a demanda das microáreas de cada equipe ESF	5	4	Fora	4
Saneamento básico deficitário em algumas localidades.	2	3	Fora	2
Alta rotatividade dos profissionais de saúde, principalmente de médicos.	5	6	Fora	4
Alta incidência de Hipertensão e morbimortalidade por doenças cardiovasculares	7	7	Parcial	1
Falta de adesão ao tratamento para Hipertensão	8	7	Parcial	1
Falta de local para reuniões educativas/informativas para maior número de usuários.	2	2	Fora	3
Falta de transporte para traslado de pacientes na ESF.	1	1	Fora	2

*Alta, média ou baixa

** Total dos pontos distribuídos até o máximo de 30

***Total, parcial ou fora

****Ordenar considerando os três itens

2 JUSTIFICATIVA

Justifica-se a escolha do tema “elevada incidência de hipertensão” para compor esta proposta de intervenção uma vez que, associada ao descontrole da pressão devido a não adesão ao tratamento de forma correta, vem aumentando a morbimortalidade por doenças cardiovasculares entre a população do município.

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é considerada um importante problema de saúde pública devido à sua alta prevalência, baixa adesão e baixas taxas de controle, colaborando significativamente nas causas de morbidade e mortalidade cardiovascular (MORAES; AVEZUM JUNIOR, 2012).

As doenças cardiovasculares (DCV) são as principais causas de morte em mulheres e homens no Brasil. Entende-se que a mortalidade por DCV aumenta substancialmente e de forma progressiva com o aumento da pressão arterial e a maioria ocorre em países de baixo e médio desenvolvimento econômico e ocorre em pessoas na faixa etária compreendida entre 45 e 69 anos (BRANDÃO *et al.*, 2010; WILLIAMS, 2010).

Segundo Costa *et al.* (2013), para a efetiva redução da morbimortalidade por doenças cardiovasculares se faz necessário que o portador de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), como a HAS, busque o controle da pressão arterial e a prevenção agravos por meios da adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso. Existem alguns fatores de risco que podem afetar a pressão arterial como a obesidade e ingestão energética e de gorduras, sódio, potássio e consumo de bebidas alcoólicas.

Com base no exposto entende-se que a elaboração de um projeto de intervenção para a redução do descontrole e, conseqüentemente, a prevenção das complicações decorrentes da HAS é de grande importância e trará impactos positivos para a qualidade dos serviços, melhoria do bem estar do paciente hipertenso, otimização da assistência com diminuição dos gastos públicos.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Elaborar um projeto de intervenção para estimular o usuário hipertenso ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso para reduzir a morbimortalidade por doenças cardiovasculares decorrentes do descontrole da HAS.

3.2 Objetivos específicos

Incentivar o uso correto da medicação.

Orientar sobre a inserção de atividade física adequada para a condição de saúde de cada paciente.

Promover a conscientização para uma alimentação saudável com a reeducação alimentar.

4 METODOLOGIA

A elaboração do projeto de intervenção seguiu três etapas:

- Realização do diagnóstico situacional: por meio da estimativa rápida foram identificados os principais problemas existentes no território e, posteriormente, após discussão de toda equipe de saúde, foi selecionado aquele que a equipe ponderou como de maior importância e capacidade de enfrentamento, isto é, “Prevalência de Hipertensão e morbimortalidade por doenças cardiovasculares”.
- Pesquisa bibliográfica na Biblioteca Virtual em Saúde, na base de dados *da Scientific Library OnLine*(SciELO)e na Biblioteca Virtual Nescon, para levantar publicações relativas ao tema deste estudo. Esta pesquisa se baseou nos seguintes descritores: Estratégia Saúde da Família, Hipertensão, Doenças cardiovasculares e Educação.
- Elaboração do projeto de intervenção: a partir do diagnóstico e da pesquisa bibliográfica para dar maior sustentação ao projeto de intervenção, seguiu-se os passos do Método do Planejamento Estratégico Situacional (PES), conforme proposto por Faria, Campos e Santos (2018).

5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

5.1 Estratégia Saúde da Família

A Estratégia Saúde da Família (ESF) é entendida como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial, operacionalizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde (BRASIL, 2017).

Segundo o Ministério da Saúde,

A Estratégia de Saúde da Família visa à reorganização da Atenção Básica no País, de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde, e é tida pelo Ministério da Saúde e gestores estaduais e municipais, representados respectivamente pelo CONASS e CONASEMS, como estratégia de expansão, qualificação e consolidação da Atenção Básica por favorecer uma reorientação do processo de trabalho com maior potencial de aprofundar os princípios, diretrizes e fundamentos da atenção básica, de ampliar a resolutividade e impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades, além de propiciar uma importante relação custo-efetividade (BRASIL, 2011, s/p).

Ainda o Ministério da Saúde define que a ESF deve ter, para sua operacionalização, uma equipe multiprofissional composta por, no mínimo, um médico generalista ou especialista em saúde da família ou médico de família, um enfermeiro com formação generalista ou especialista em saúde da família, auxiliar ou técnico de enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Quanto ao número de ACS, cada um deverá atender, no máximo, 750 pessoas e cada equipe poderá ter, no máximo, 12 ACS. Também se recomenda que cada equipe poderá ter na sua composição um cirurgião dentista generalista ou especialista em saúde da família, bem como auxiliar e/ou técnico em Saúde Bucal (BRASIL, 2011).

A nossa equipe de saúde é multiprofissional e é composta por um médico, uma enfermeira, uma técnica de enfermagem e cinco Agentes Comunitários de Saúde para atender todas as demandas e, neste estudo, promover ações educativas para atender aos usuáriorshipertensos e prevenir problemas cardiovasculares.

5.2 Hipertensão

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é um dos problemas de saúde pública em nível mundial e no nosso país, podendo-se afirmar que é a doença que tem maior incidência na população brasileira. Trata-se de uma doença crônica, caracterizada por pressão arterial sistêmica persistentemente alta, com base em várias medições. Atualmente, é definida como sendo a pressão sistólica repetidamente maior que 140 mmHg ou a pressão diastólica de 90 mm Hg ou superior (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

Os dados do Quadro 3 mostram, com vistas à maior compreensão, os valores relativos à classificação da hipertensão para maiores de 18 anos.

Quadro 3 - Classificação da PA de acordo com a medição casual ou no consultório a partir de 18 anos de idade

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

Quando a PAS e a PAD situam-se em categorias diferentes, a maior deve ser utilizada para classificação da PA. Considera-se hipertensão sistólica isolada se PAS ≥ 140 mm Hg e PAD < 90 mm Hg, devendo a mesma ser classificada em estágios 1, 2 e 3.

Fonte: Malachias *et al.* (2016. p.11).

Tanaka *et al.* (2019, p.964) afirmam que a “HAS, concebida como uma condição traçadora, pode contribuir para a avaliação da produção do cuidado nas diferentes doenças crônicas não transmissíveis (DCNT)”. Estas “são um dos principais problemas de saúde na atualidade, principalmente em países de baixa e média renda”.

Para Malta *et al.* (2015, p.4), “as DCNT caracterizam-se por ter uma etiologia múltipla, muitos fatores de risco, longos períodos de latência, curso prolongado, origem não infecciosa e também por associarem-se a deficiências e incapacidades funcionais”.

Portadores de DCNT têm maior utilização de serviços de saúde, assim como as mulheres, pessoas com maior número de comorbidades, com planos de saúde e elevada escolaridade. O investimento em sistemas de saúde é crítico para melhorar os resultados de DCNT, o que inclui o fortalecimento do sistema de saúde, financiamento, governança, gestão, recursos humanos em saúde, informações de saúde e o acesso a tecnologias e a medicamentos. Os indicadores de utilização dos serviços de saúde são importantes para avaliação da qualidade da atenção à saúde, no acesso e utilização dos serviços dos diferentes segmentos da população (MALTA *et al.*, 2017, p.9s)

Cabe destacar que a HAS é um agravo controlável, no sentido de manter os níveis pressóricos dentro dos limites de normalidades e evitar complicações, mediante cuidado continuado, realizado preferencialmente por equipe de saúde multiprofissional. Assim, “os desafios do controle e prevenção da HAS e suas complicações são, sobretudo, das equipes de Atenção Básica (AB)”. O processo de trabalho da equipe de saúde possibilita a construção de vínculo com a comunidade, exercendo o cuidado centrado na pessoa e, podendo, junto com os usuários definir e implementar ações de controle à hipertensão (BRASIL, 2013).

As VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão alertam que a hipertensão tem alta prevalência, baixas taxas de controle, o que a torna um dos principais fatores de risco modificáveis e um grande problema de saúde pública (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO, SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2010).

Malachias *et al.* (2016, p. 1) mostram que “em 2013 ocorreram 1.138.670 óbitos, 339.672 dos quais (29,8%)” resultados de Doenças Cardiovasculares, constituindo a principal causa de morte no país.

5.3 Fatores de riscos para ocorrência de hipertensão e agravos cardiovasculares

Os fatores de risco para a hipertensão podem ser classificados em fatores não modificáveis e fatores modificáveis. Os fatores não modificáveis, isto é, não podem ser modificados, compreendem a idade, a idade, sexo, etnia e genética. Estudos

comprovam que a hipertensão aumenta com a idade, principalmente após os 60 anos (MALACHIAS *et al.*, 2016; PICON *et al.*, 2012).

Quanto aos fatores modificáveis, encontram-se: ingestão de sal e de álcool, excesso de peso e obesidade, sedentarismo, fatores socioeconômicos, tabagismo (MALACHIAS *et al.*, 2016).

O consumo prejudicial de bebidas alcoólicas é um sério problema de saúde pública e tem aumentado progressivamente. Configura-se como uma questão problemática, desencadeando problemas mentais e físicos, com consequentes limitações funcionais (MONTEIRO *et al.*, 2011). E Malachias *et al.* (2016, p. 5) complementam ao dizer que o “Consumo crônico e elevado de bebidas alcoólicas aumenta a PA de forma consistente”

De acordo com Garcia e Freitas (2015, p. 229), o consumo nocivo do álcool mantém relação causal com mais de 200 tipos de doenças e lesões. O câncer, cirrose e problemas mentais e comportamentais estão frequentemente associados ao uso do álcool. Esses autores também encontraram a “presença ou ausência das seguintes morbidades autorreferidas, baseadas em diagnóstico médico previamente recebido: hipertensão arterial, diabetes, colesterol alto, acidente vascular cerebral ou derrame”, dentre outros.

O tabagismo aumenta o risco para diversas doenças, dentre as quais se destacam as doenças cardiovasculares. Estudos apontam que fumar é fator negativo no controle da HAS e além do mais, pessoas hipertensas fumantes costumam interromper o tratamento (GUESSOUS *et al.*, 2012 *apud* MALACHIAS *et al.*, 2016).

Em relação ao sedentarismo, Aziz (2014, p. 81) informa:

O sedentarismo e a hipertensão têm relações estreitas. A inatividade física incrementa o sobrepeso, a obesidade, eleva os triglicerídeos, reduz o HDL-colesterol e converge para o aumento de cintura abdominal, síndrome metabólica e resistência à insulina, culminando na elevação da pressão arterial sistêmica.

Para Simonetti, Batista, Carvalho (2002) o sedentarismo está pronunciado como fator de risco para HAS, onde se observa que a maioria dos hipertensos em um estudo realizado com 32 hipertensos, os mesmos negam fazer quaisquer atividades físicas, logo os autores descreveram em seu artigo que o sedentarismo e a ingestão de gordura são os fatores menos controlados pelos hipertensos. Outro estudo encontrou dados semelhantes: dos 1.039 indivíduos participantes, 70% eram sedentários (SOUZA *et al.*, 2003).

O Ministério da Saúde destaca que o tratamento não medicamentoso é essencial no tratamento e controle da hipertensão e fatores de risco para as DCV como a obesidade o que requer mudança nos hábitos alimentares para o resto da vida do paciente (BRASIL, 2013).

A orientação alimentar é uma ferramenta útil tanto para a promoção de hábitos alimentares saudáveis quanto para a manutenção do peso desejável e um padrão alimentar adequado. As orientações precisam ser pautadas na incorporação de uma alimentação saudável, culturalmente aceitável e dentro das possibilidades financeiras dos indivíduos e seus hábitos culturais, além do resgate e reforço de práticas desejáveis (BRASIL, 2014, p.71).

Com base nesses conhecimentos e orientações é que propusemos ações educativas para os pacientes com hipertensão da nossa área de abrangência.

6 PLANODE INTERVENÇÃO

Este plano refere-se ao problema priorizado “Prevalência de Hipertensão e morbimortalidade por doenças cardiovasculares” e seguiu os passos preconizados no Módulo de Planejamento Estratégico Simplificado (FARIA; CAMPOS; SANTOS, 2018).

6.1 Descrição do problema selecionado(terceiro passo)

A “Prevalência de Hipertensão e morbimortalidade por doenças cardiovasculares” na comunidade atendida pela Equipe de Saúde da Família Traçada mostrou-se como problema prioritário devido ao aumento paralelo de mortalidade por doenças cardiovasculares. Sabe-se, ainda, que a falta de conhecimento da população sobre a doença, tratamento e complicações têm contribuído para ocorrência do aumento da morbimortalidade por doença cardiovascular relacionada ao descontrole da HAS.

Para a redução desse problema se faz necessário implantar ações na unidade de saúde que possibilitem a conscientização do usuário hipertenso para a importância de seguir regularmente o tratamento medicamentoso, realizar atividades físicas, manter hábitos alimentares saudáveis. Estará, dessa forma, controlando a PAe, consequentemente, prevenindo agravos decorrentes da hipertensão que correspondem em sua maioria às doenças cardiovasculares.

Na área de adscrição o a UBS da equipe saúde da família Traçada a complicação com maior incidência é o Infarto agudo do miocárdio (IAM) que vem sendo a causa do aumento nos índices de morbimortalidade por descontrole da HAS.

6.2 Explicação do problema selecionado (quarto passo)

Este plano de intervenção é originário dos problemas levantados na nossa área de abrangência através do diagnóstico situacional e, em reunião com a equipe de saúde, entendemos sua prioridade devido à morbimortalidade por doenças cardiovasculares.

Ademais, é de suma importância que não só as pessoas hipertensas conheçam melhor a doença, mas também toda a equipe de saúde para cuidar efetivamente dessas pessoas.

Machado, Pires e Lobão (2012, p.1366) alertam a respeito dos fatores de risco:[...]

As pessoas hipertensas e a comunidade em geral devem ser informadas e educadas quanto a esses fatores; é necessário que todos saibam como os fatores de risco podem desencadear o aumento da pressão para que possam optar conscientemente por uma vida mais saudável.

6.3 Seleção dos nós críticos (quinto passo)

Diante do problema priorizado elencamos os seguintes nós críticos que compreendem a causa para o agravo do problema:

1. Hábitos de vida inadequados
2. Alto consumo de cigarro e álcool.
3. Não adesão ao tratamento medicamentoso.
4. Falta de conhecimento acerca da sua comorbidade associada à DCNT (doença crônica não transmissível)

6.4 Desenho das operações (sexto passo)

Quadro 4 – Operações sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema “Prevalência de Hipertensão e morbimortalidade por doenças cardiovasculares”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Traçadal, do município de São Romão, estado de Minas Gerais, 2018

Nó crítico 1	Hábitos de vida inadequados
Operação	Propor realização de atividades físicas regulares adequadas à faixa etária e às condições de saúde dos pacientes hipertensos; Desenvolver atividades educativas para a promoção da reeducação alimentar, com as pessoas hipertensas
Projeto	<i>Exercite-se alimente-se bem</i>
Resultados esperados	Hipertensos participando de caminhadas e outras atividades esportivas; Hipertensos com alimentação mais saudável
Produtos esperados	Caminhada/Alongamento orientados e regulares Nutricionista orientando grupos de pessoas hipertensas.

	Adesão para uma alimentação saudável. Grupos operativos em atividade
Recursos necessários	Cognitivo: discussão acerca de alimentação saudável, importância de atividades físicas regulares. Estrutural: local para os grupos operativos e espaço para caminhadas. Político: apoio local, divulgação nas redes sociais. Financeiro: disponibilização de recurso para aquisição de materiais didáticos
Recursos críticos	Político: Local adequado que suporte a demanda e o apoio da secretaria de saúde e prefeitura.
Controle dos recursos críticos	Secretaria da Saúde, Lazer e esportes do município
Ações estratégicas	Apresentar o projeto à Secretaria de Saúde lazer e esportes, justificando a necessidade de execução do mesmo em função dos altos índices de pacientes com HAS sem controle adequado.
Prazo	Iniciar as atividades em três meses
Responsável (eis) pelo acompanhamento das operações	Médico, Enfermeira Agentes Comunitários de Saúde.
Processo de monitoramento e avaliação das operações	Controle semanal dos níveis pressóricos dos envolvidos no projeto. Reuniões quinzenais da equipe nas quais serão debatidos os fatores envolvidos no processo de trabalho e reflexões sobre os resultados efetivos sobre o controle adequado dos níveis pressóricos, visitas aos domicílios frequentes para assistir os pacientes HAS incapacitados.

Quadro 5 – Operações sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema “Prevalência de Hipertensão e morbimortalidade por doenças cardiovasculares”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Traçadal, do município de São Romão, estado de Minas Gerais, 2018

Nó crítico 2	Alto consumo de cigarro e álcool
Operação	Capacitar a equipe de saúde para a abordagem e atendimento aos usuários de álcool
Projeto	<i>Seja contra o tabaco e álcool para uma vida melhor</i>
Resultados esperados	Elevar o conhecimento dos usuários sobre os riscos do tabagismo e alcoolismo e sua influência na incidência da hipertensão e agravos cardiovasculares; Sensibilizar os usuários dependentes do álcool ou tabaco para aderirem ao tratamento para abandono no CAPS
Produtos esperados	Equipe capacitada para a abordagem, atendimento e acompanhamento dos usuários crônicos de álcool. Avaliação clínica realizada durante as consultas médicas para

	conhecimento do perfil dos usuários com consumo de bebida alcoólica Grupo de educação em saúde específico para os usuários crônicos de álcool que forem identificados. Acompanhamento regular dos pacientes no controle da dependência alcoólica, sintomas de abstinência e manutenção da abstinência pelo indivíduo. Grupo de educação em saúde para a população em geral, visando à promoção e prevenção do alcoolismo.
Recursos necessários	Cognitivo: orientação educativa para sensibilizar o usuário acerca de aderir ao tratamento para abandono do álcool ou tabaco. Estrutural: local para ministrar as palestras e grupos educativos. Político: apoio local, divulgação nas redes sociais e na rádio local. Financeiro: disponibilização de recurso para aquisição de materiais didáticos folders e cartazes.
Recursos críticos	Local adequado que suporte a demanda e o apoio da secretaria de saúde e prefeitura
Controle dos recursos críticos	Secretaria Municipal de Saúde
Ações estratégicas	Apresentar o projeto à Secretaria de Saúde lazer e esportes, justificando a necessidade de execução do mesmo em função dos altos índices de pacientes que fazem uso de bebidas alcoólicas e tabaco.
Prazo	Três meses
Responsável (eis) pelo acompanhamento das operações	Médico, Enfermeira
Processo de monitoramento e avaliação das operações	Acompanhar os usuários na ESF no domicílio e incentivar a participação nas reuniões do CAPS, verificar o aumento de usuários nas ações interventivas e adesão ao tratamento para abandono do tabaco e álcool.

Quadro 6 – Operações sobre o “nó crítico 3” relacionado ao problema “Prevalência de Hipertensão e morbimortalidade por doenças cardiovasculares”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Traçadal, do município de São Romão, estado de Minas Gerais, 2018

Nó crítico 3	Não adesão ao tratamento medicamentoso
Operação	Criar estratégias com a equipe de saúde para se conseguir maior adesão dos usuários ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso.
Projeto	Aderindo ao tratamento

Resultados esperados	Equipe de saúde capacitada para comunicar-se efetivamente com os usuários hipertensos; Usuários com maior adesão ao tratamento e conhecendo os fatores de risco caso não o sigam
Produtos esperados	Grupo operativo em atividade com os membros da equipe de saúde. Grupo de educação com os usuários não aderentes ao tratamento.
Recursos necessários	Político: Adesão do gestor para facilitar a execução do projeto. Cognitivo: Ampliar o conhecimento, por parte da equipe, sobre formas de avaliar a adesão medicamentosa e promover a sensibilização e incentivo ao tratamento. Financeiro: Promover palestra para incentivo ao tratamento com disponibilização de medicamentos de uso regular em quantidade suficiente para a demanda mensal, contribuindo para o controle das comorbidades e prevenção de agravos
Recursos críticos	Político: Profissionais de enfermagem treinados além de farmacêuticos para dispensar a medicação e instruir uso de forma adequada, enfatizando a importância da adesão do tratamento e realização da triagem. Financeiro: Farmácia com medicação básica completa Falta de espaço físico para promover as palestras para todos os usuários do território.
Controle dos recursos críticos	Adesão da Prefeitura Municipal e da Secretaria de Saúde do município para facilitar a viabilização do Projeto. Capacitar a equipe quanto às prescrições salvo a atribuição de cada profissional.
Ações estratégicas	Apresentar o projeto a Secretaria de Saúde, justificando a necessidade de execução do projeto, em função dos altos índices de pacientes com HAS sem controle adequado devido a falta de adesão medicamentosa.
Prazo	Apresentar em três meses e iniciar as atividades em 6 meses
Responsável (eis) pelo acompanhamento das operações	Médico, Enfermeira
Processo de monitoramento e avaliação das operações	Avaliação mensal da adesão medicamentosa por parte dos pacientes. Reuniões quinzenais da equipe nas quais serão debatidos os fatores envolvidos no processo de trabalho e reflexões sobre os resultados efetivos sobre situação de adesão ao tratamento medicamentoso no Hiperdia

Quadro 7 – Operações sobre o “nó crítico 4” relacionado ao problema “Prevalência de Hipertensão e morbimortalidade por doenças cardiovasculares”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Traçadal, do município de São Romão, estado de Minas Gerais, 2018

Nó crítico 4	Falta de conhecimento acerca da sua comorbidade associada a DCNT
Operação	Orientar os usuários sobre a hipertensão, causas tratamento e os riscos de não aderir ao tratamento que pode levar ao

	desenvolvimento de complicações cardiovasculares; Orientar o usuário sobre a importância de seguir corretamente o tratamento medicamentoso e não medicamentoso para a HAS com o objetivo de manter o controle da hipertensão; Realizar ações educativas por meio de grupos operativos e visitas ao domicílio.
Projeto	<i>Saber para viver melhor</i>
Resultados esperados	Usuários hipertensos com conhecimento sobre a HAS, realizando o tratamento medicamentoso corretamente, participando de atividade física adequada para a própria condição de saúde e mantendo o controle da HAS.
Produtos esperados	Realização de atividades físicas regulares pela população alvo durante a semana, através da Caminhada/Alongamento na academia do bairro ou nas reuniões na unidade; Controle da HAS e redução de agravos e internamentos devido o descontrole da PA.
Recursos necessários	Político: apoio local, divulgação nas redes sociais e durante as visitas do ACS. Estrutural: disponibilização de profissionais capacitados para fazer o atendimento das especialidades.
Recursos críticos	Político: Local adequado que suporte a demanda e o apoio da secretaria de saúde e prefeitura.
Controle dos recursos críticos	Secretaria Municipal de Saúde/Gestão Municipal
Ações estratégicas	Apresentar a micro intervenção a Secretaria Municipal de Saúde justificando a necessidade de execução do mesmo em função do risco de pacientes no território com HAS descontrolada
Prazo	Indeterminado
Responsável (eis) pelo acompanhamento das operações	Médico Enfermeira ACS
Processo de monitoramento e avaliação das operações	Controle mensal: o paciente segue o tratamento medicamentoso? As comorbidades estão controladas? Consulta programada: os usuários estão conscientes para a importância do controle da HAS?

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Compreende-se que é de extrema necessidade implementar as ações propostas neste projeto de intervenção e que o mesmo seja também monitorado e passe por avaliação quanto ao alcance de seus objetivos, promovendo mudanças qualitativas na vida de cada usuário com hipertensão. A sua implantação promoverá a sensibilização do usuário para aderir ao tratamento tendo como grande incentivo o autoconhecimento acerca de sua comorbidade.

Nota-se que a adesão dos hipertensos ao tratamento para o controle da HAS é fator importante na prevenção de agravos cardiovasculares e, conseqüentemente, na redução dos atendimentos tanto na atenção básica quanto nas unidades hospitalares ou de pronto atendimento. Portanto, o acompanhamento no grupo hiperdia e as ações de sensibilização, incentivo e cuidado à saúde favorecem na adesão ao tratamento e controle da HAS.

Espera-se a promoção da saúde a partir de medidas simples na atenção primária que efetivamente alcançará resultados satisfatórios.

REFERENCIAS

AZIZ, J. L. Sedentarismo e hipertensão arterial. **Ver BrasHiptens.** v. 21, n.2, p. 75-82, 2014,

BRANDÃO, A. A. *et al.* Conceituação, epidemiologia e prevenção primária. **J. Bras. Nefrol.**, São Paulo , v. 32, supl. 1, p. 1-4, Sept. 2010

BRASIL. **VIGITEL 2016**. Disponível em: <<http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2017/abril/17/Vigitel.pdf>>. Acesso em 29 de junho de 2019

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial**, Brasília, n.204, p.55, 24 out. 2011.

COSTA, J. V. *et al.* Análise de fatores de risco para hipertensão arterial em adolescentes escolares. **Rev. Latino-Am. Enferm.**, v. 20, n. 2, 7 telas, mar.-abr. 2013

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

GARCIA, L. P.; FREITAS, L. R. S. Consumo abusivo de álcool no Brasil: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde 2013. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília , v. 24, n. 2, p. 227-237, June 2015

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **IBGE Cidades@**. 2018. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/>>.

MACHADO, M. C.; PIRES, C. G. S.; LOBAO, W.M. Concepções dos hipertensos sobre os fatores de risco para a doença. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 17, n. 5, p. 1357-1363, May 2012

MALACHIAS, M.V.B.*et al* . 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial: Capítulo 3 -

Avaliação Clínica e Complementar. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo, v. 107, n. 3, supl. 3, p. 14-17, set. 2016

MALTA, D. C. *et al* . Doenças crônicas não transmissíveis e a utilização de serviços de saúde: análise da Pesquisa Nacional de Saúde no Brasil. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 51, supl. 1, 1- 10s, 2017.

MALTA, D.C. *et al*. Surveillance and monitoring of major chronic diseases in Brazil – National Health Survey, 2013. **Rev. Bras. Epidemiol.** v.18, n. (Supl. 2), p. 3-16, 2015.

MONTEIRO, C. F.S. *et al*. Relatos de mulheres em uso prejudicial de bebidas alcoólicas. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro , v. 15, n. 3, p. 567-572, Sept. 2011

MORAES, A.A.L.; AVEZUM JUNIOR, A.O Impacto da Hipertensão Arterial no Mundo. In: BRANDÃO, A.A.; AMODEO, C. NOBRE, F. **Hipertensão**. Rio de Janeiro: Elsevier; 2012.

PICON, R.V. *et al*. Trends in prevalence of hypertension in Brazil: a systematic review with meta-analysis. **PLOS One**, v. 7, n. 10, e48255, 2012

SÃO ROMÃO. Prefeitura Municipal de São Romão. História. 2018. Disponível em: www.saoromao.mg.gov.br. Acesso em 15 de abril de 2019

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

SOUZA, L. J. *et al*. Prevalência de obesidade e fatores de risco cardiovascular em Campos, Rio de Janeiro. **Arq Bras Endocrinol Metab**, São Paulo, v. 47, n. 6, p. 669-676, Dec. 2003

SIMONETTI, J. P.; BATISTA, L.; CARVALHO, L. R. Hábitos de saúde e fatores de risco em pacientes hipertensos. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 10, n. 3, p. 415-422, June 2002.

TANAKA, O. Y. *et al*. Hipertensão arterial como condição traçadora para avaliação do acesso na atenção à saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 24, n. 3, p. 963-972, mar. 2019.

WILLIAMS, B. The year in hypertension. **JACC.** v.55, n.1, p.66-73, 2010.