

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

**Mozart de Alcântara Vieira**

**PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA MUDANÇAS NO ESTILO DE VIDA E  
CONTROLE DA HIPERTENSÃO ARTERIAL EM PACIENTES ATENDIDOS NA  
UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE SÃO JOÃO 2 - ALEXANDRINA - CONSELHEIRO  
LAFAIETE - MINAS GERAIS**

**Belo Horizonte**

**2020**

**Mozart de Alcântara Vieira**

**PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA MUDANÇAS NO ESTILO DE VIDA E  
CONTROLE DA HIPERTENSÃO ARTERIAL EM PACIENTES ATENDIDOS NA  
UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE SÃO JOÃO 2 – ALEXANDRINA - CONSELHEIRO  
LAFAIETE - MINAS GERAIS**

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

Orientadora: Profa. Dra. Matilde Meire Miranda Cadete

**Belo Horizonte-Minas Gerais**

**2020**

**Mozart de Alcântara Vieira**

**PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA MUDANÇAS NO ESTILO DE VIDA E  
CONTROLE DA HIPERTENSÃO ARTERIAL EM PACIENTES ATENDIDOS NA  
UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE SÃO JOÃO 2 – ALEXANDRINA - CONSELHEIRO  
LAFAIETE - MINAS GERAIS**

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

Banca Examinadora

Profa. Dra. Matilde Meire Miranda Cadete- UFMG

Profa Dra Selme Silqueira de Matos -UFMG.

Aprovado em Belo Horizonte, em 27 de Agosto de 2020

Dedico este trabalho à minha esposa e minha filha, que muito contribuíram para a minha luta em prol da vida humana.

Aos meus colegas de trabalho e à equipe de saúde da Unidade Básica de Saúde São João 2 – Alexandrina, pelo apoio e pela troca de conhecimentos e experiências.

Aos amigos que sempre me deram apoio, amizade verdadeira e foram cúmplices de uma vida de trabalho, de muito estudo e esforços para dar às pessoas que de mim necessitam, qualidade de vida e a promessa de que tudo farei para que a vida humana seja o bem mais precioso da terra.

## **AGRADECIMENTOS**

Aos meus pais e familiares, que sempre estiveram ao meu lado e me deram apoio e incentivo para sempre seguir em frente em busca de meus sonhos.

À minha esposa, luz de meus caminhos, força de minha incansável luta pela vida e pela saúde daqueles que necessitam.

À minha pequena filha, cujos olhos me iluminam de felicidade, cuja energia me dá forças para enfrentar os problemas do dia a dia, principalmente em momentos tão difíceis como os que estamos vivendo com a pandemia.

A toda a minha equipe, que comigo tem enfrentado a vida e a morte de uma forma corajosa e acreditando que o amanhã sempre será melhor.

Aos meus amigos, pela convivência, pela troca de conhecimentos, pelas experiências vividas em nosso cotidiano, por todos os momentos bons e ruins que enfrentamos e vencemos, pelas barreiras superadas, pelo sorriso da vitória, pelo bom dia que recebemos e pela troca de pequenas palavras que nos faz bem e nos dá forças para recomeçar sempre.

Aos profissionais da área da saúde que lutam pela vida e estão na linha de frente para enfrentar a pandemia da COVID-19, e que, de alguma forma acreditam que existe uma amanhã e que vidas podem ser salvas, mesmo arriscando suas próprias vidas. Eles não são médicos, nem enfermeiros, nem técnicos ou auxiliares, eles são heróis e serão lembrados para sempre.

A todos aqueles que, de alguma forma, contribuíram direta ou indiretamente para a construção deste projeto que busca acima de tudo melhorar a qualidade de vida daqueles que sofrem de hipertensão e não conseguem mudar o estilo de vida em que vivem.

Aos tutores e professores do curso, que compartilharam conosco todos os conhecimentos e habilidades de que dispunham e que sempre nos ajudaram e nos apoiaram em metas tão importantes que envolviam a vida das pessoas e a credibilidade em nós depositada.

A todos, muito Obrigado.

*Tão bom viver dia a dia...  
A vida assim, jamais cansa...*

*Viver tão só de momentos  
Como estas nuvens no céu...*

*E só ganhar, toda a vida,  
Inexperiência... esperança...*

*E a rosa louca dos ventos  
Presa à copa do chapéu.*

*Nunca dê um nome a um rio:  
Sempre é outro rio a passar.*

*Nada jamais continua,  
Tudo vai recomeçar!*

*E sem nenhuma lembrança  
Das outras vezes perdidas,  
Atiro a rosa do sonho  
Nas tuas mãos distraídas...*

Mario Quintana

## RESUMO

Um dos problemas encontrados na comunidade atendida na Unidade Básica de Saúde São João 2 , Alexandrina, em Conselheiro Lafaiete – Minas Gerais é a alta prevalência de hipertensos na comunidade. Porém, o maior problema é a dificuldade de mudanças no estilo de vida e o controle da pressão arterial. Por causa disso, tem-se alto índice de doenças cardiovasculares e os pacientes não aderem totalmente ao tratamento e nem comparecem às consultas de retorno para acompanhamento da doença e do tratamento. Assim, este estudo objetivou elaborar um plano de intervenção para aumentar a adesão às mudanças no estilo de vida e controle da pressão arterial em pacientes atendidos na Unidade Básica de Saúde São João 2 – Alexandrina, Conselheiro Lafaiete, Minas Gerais Este plano seguiu os passos do Planejamento Estratégico Situacional e se baseou em pesquisa bibliográfica realizada na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Cadernos do Ministério da Saúde e Diretrizes da Sociedade Brasileira de Cardiologia, além de livros que versam sobre a temática, em estudo. Os descritores usados para identificação dos artigos foram: Hipertensão, tratamento e educação em saúde. Espera-se, com a implementação das ações propostas no plano, alcançar melhor controle da hipertensão, maior adesão dos pacientes ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso e, dessa forma, tenham melhor qualidade de vida.

**Palavras-chave:** Hipertensão. Tratamento. Educação em saúde

## ABSTRACT

One of the problems found in the community served at the Basic Health Unit São João 2, Alexandrina, in Conselheiro Lafaiete - Minas Gerais is the high prevalence of hypertensive patients in the community. However, the biggest problem is the difficulty in changing lifestyle and controlling blood pressure. Because of this, there is a high rate of cardiovascular diseases and patients do not fully adhere to treatment and do not even attend return visits to monitor the disease and treatment. Thus, this study aimed to develop an intervention plan to increase adherence to changes in lifestyle and blood pressure control in patients seen at the Basic Health Unit São João 2 - Alexandrina, Conselheiro Lafaiete, Minas Gerais. This plan followed the steps of Situational Strategic Planning and was based on bibliographic research carried out at the Virtual Health Library (VHL), Notebooks of the Ministry of Health and Guidelines of the Brazilian Society of Cardiology, in addition to books on the subject under study. The descriptors used to identify the articles were: Hypertension, treatment and health education. It is hoped, with the implementation of the actions proposed in the plan, to achieve better control of hypertension, greater adherence of patients to medication and non-medication treatment and, thus, have a better quality of life.

**Keywords:** Hypertension. Treatment. Health Education.



## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1	Distribuição das famílias segundo o destino do lixo dos dejetos e da água na comunidade em 2019	17
Quadro 2	Cadastro das pessoas atendidas na UBS São João 2 – Alexandrina em Conselheiro Lafaiete em Minas Gerais no ano de 2019	18
Quadro 3	Cadastro da população atendida na UBS São João 2 – alexandrina em conselheiro Lafaiete – MG, por condição de saúde no ano de 2019	19
Quadro 4	Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à equipe de Saúde PSF – Unidade São João 2 – Alexandrina do município de Conselheiro Lafaiete - Minas Gerais	25
Gráfico 1	Principais dificuldades enfrentadas pelos pacientes para as mudanças no estilo de vida e controle da hipertensão arterial	36
Quadro 5	Desenho das operações (6º passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo) sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema “Dificuldade de mudanças no estilo de vida e controle da pressão arterial”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Unidade Básica de Saúde São João 2 – Alexandrina do município de Conselheiro Lafaiete, estado de Minas Gerais	41
Quadro 6	Desenho das operações (6º passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo) sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema “Dificuldade de mudanças no estilo de vida e controle da pressão arterial”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família da Unidade Básica de Saúde São João 2 – Alexandrina, do município de Conselheiro Lafaiete, estado de Minas	42
Quadro 7	Desenho das operações (6º passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo) sobre o “nó crítico 3” relacionado ao problema “Dificuldade de mudanças no estilo de vida e controle da pressão arterial”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família da Unidade Básica de Saúde São João 2 – Alexandrina, do município de Conselheiro Lafaiete, estado de Minas Gerais	43

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Hábitos, estilo de vida e populações de alto risco X desenvolvimento da hipertensão arterial	26
Tabela 2	Modificações nos hábitos de vida que contribuem para a redução da PA	27

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABNT	Associação Brasileira de Normas Técnicas
AVE	Acidente Vascular Encefálico
CT	Colesterol Total
DAC	Doença Arterial Coronariana
DCNT	Doença Crônica Não Transmissível
DCV	Doença Cardiovascular
FR	Fatores de risco
HA	Hipertensão Arterial
IC	Insuficiência Cardíaca
IMC	Índice de Massa Corpórea
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
PAS	Pressão Arterial Sistólica
PSF	Programa de Saúde da Família
SM	Síndrome Metabólica
UBS	Unidade Básica de Saúde
UBSF	Unidade Básica de Saúde da Família

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b>	<b>13</b>
1.1	Aspectos Gerais do Município	13
1.2	Sistema Municipal de Saúde	14
1.3	Aspectos da Comunidade	16
1.4	Unidade Básica de Saúde São João 2 - Alexandrina	20
1.5	Equipe de Saúde da Família Verde da Unidade Básica de Saúde São João 2 – Alexandrina	21
1.6	O funcionamento da Unidade Básica de saúde da Equipe Verde	21
1.7	O dia a dia da Equipe Verde	22
1.8	Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade (primeiro passo)	23
1.9	Priorização dos problemas – a seleção de problemas para plano de intervenção (segundo passo)	24
<b>2</b>	<b>JUSTIFICATIVA</b>	<b>26</b>
<b>3</b>	<b>OBJETIVO</b>	<b>28</b>
<b>4</b>	<b>METODOLOGIA</b>	<b>29</b>
<b>5</b>	<b>REFERENCIAL TEÓRICO</b>	<b>30</b>
5.1	Hipertensão Arterial Sistêmica	30
5.2	Tratamento	31
5.2.1	Redução do peso e manutenção do peso saudável	32
5.2.2	Diminuição da ingestão de sal	33
5.2.3	Atividades físicas	34
5.2.4	Redução ou interrupção do consumo de álcool e cessação do tabagismo	34
5.2.5	Suplementação de cálcio e magnésio e aumento do consumo de fibras	35
<b>6</b>	<b>PLANO DE INTERVENÇÃO</b>	<b>38</b>
6.1	Descrição dos problemas selecionados(terceiro passo)	38
6.2	Explicação dos problemas selecionados (quarto passo)	38
6.3	Seleção dos Nós Críticos (quinto passo)	39
6.4	Desenho das operações (sexto passo)	40
<b>7</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	<b>44</b>
	<b>REFERÊNCIAS</b>	<b>45</b>

## 1 INTRODUÇÃO

### 1.1 Aspectos gerais do município

Conselheiro Lafaiete é um município brasileiro do estado de Minas Gerais, localizado na região Sudeste do Brasil. Sua população estimada para 2019 foi de 128.589 habitantes, o que o torna o 22º município mais populoso do estado segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2020). Seu Produto Interno Bruto (PIB) referente a 2017 foi de 16.691,48 per capita e o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM), em 2010, foi de 0,751 (IBGE, 2020).

O município se estende por 370,3 km<sup>2</sup>. A densidade demográfica é de 314,7 habitantes por km<sup>2</sup> no território do município. Vizinho dos municípios de Queluzito, São Brás do Suaçuí e Santana dos Montes, Conselheiro Lafaiete se situa a 63 km a Norte-Oeste de Barbacena. Situado a 1 000 metros de altitude, de Conselheiro Lafaiete tem as seguintes coordenadas geográficas: Latitude: 20° 39' 35" Sul, Longitude: 43° 47' 8" Oeste (CONSELHEIRO LAFAIETE, 2019).

A localização de Conselheiro Lafaiete é estratégica; fica a poucos quilômetros dos centros consumidores do Sudeste brasileiro e próximo dos corredores de exportação Santos, Vitória e Rio de Janeiro.

A vegetação predominante é o Cerrado e alguns pontos de Mata Atlântica. O clima é Tropical de altitude. Apresenta 90.1% de domicílios com esgotamento sanitário adequado, 33.9% de domicílios urbanos em vias públicas com arborização e 39% de domicílios com urbanização adequada, isto é, com bueiros, calçadas, pavimentação e meio-fio (IBGE, 2020).

Conselheiro Lafaiete encontra-se na Mesorregião Metropolitana de Belo Horizonte, a 96 km da capital do estado, Belo Horizonte. Localiza-se dentro da região do antigo Queluz de Minas, atualmente, o Alto Paraopeba, onde ficam também as cidades de Belo Vale, Congonhas, Ouro Branco, Entre Rios de Minas, Jeceaba e São Brás do Suaçuí. O município está edificado no dorso central do Espinhaço, Serra da Mantiqueira, situada na Mesorregião Metropolitana de Belo Horizonte. Entre as zonas Metalúrgica e Campo das Vertentes, o município é divisor de duas grandes bacias hidrográficas do Rio Doce e do Rio São Francisco (CONSELHEIRO LAFAIETE, 2019).

O município vive da agricultura, indústria e serviços. Em 2017, o salário médio mensal era de 1.9 salários mínimos. A proporção de pessoas ocupadas em relação à população total era de 19.3%. Na comparação com os outros municípios do estado, ocupava as posições 164 de 853 e 188 de 853, respectivamente. Já na comparação com cidades do país todo, ficava na posição 2403 de 5570 e 1417 de 5570, respectivamente. Considerando domicílios com rendimentos mensais de até meio salário mínimo por pessoa, tinha 33.2% da população nessas condições, o que o colocava na posição 622 de 853 dentre as cidades do estado e na posição 3981 de 5570 dentre as cidades do Brasil (IBGE, 2020)

Como atrativos turísticos, possui parques, horto florestal, além de belíssimas fazendas. Sua história pode ser conhecida através do Museu e Arquivo Antônio Perdigão, do Museu Ferroviário e do Museu Marcílio Milagres. Na área cultural, Lafaiete ganhou notoriedade na literatura. Os moradores orgulham-se de dizer que o romance "Escrava Isaura" foi escrito por Bernardo Guimarães em Conselheiro Lafaiete. O município também promove festivais e exposições de artes plásticas, artes cênicas, musicais, literárias e artesanato (CONSELHEIRO LAFAIETE, 2019).

A taxa de escolarização de 6 a 14 anos de idade é de 98,7% e a taxa de mortalidade infantil média na cidade é de 15.69 para 1.000 nascidos vivos. As internações devido a diarreias são de 2.3 para cada 1.000 habitantes. Comparado com todos os municípios do estado, fica nas posições 289 de 853 e 105 de 853, respectivamente. Quando comparado a cidades do Brasil todo, essas posições são de 1775 de 5570 e 1400 de 5570, respectivamente (IBGE, 2020).

## 1.2O sistema municipal de saúde

Conselheiro Lafaiete tem um Hospital Maternidade São José que é público e a Policlínica Municipal de Conselheiro Lafaiete que atende grande parte das complexidades que ocorrem no município.

Atualmente, a Atenção Primária à Saúde (APS) no Município de Conselheiro Lafaiete/MG é formada por 19 Centros de Saúde/Unidades Básicas de Saúde, entre urbanas e rurais, compostas por Equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF), Equipes de Saúde Bucal (ESB), Modalidade 1 e Núcleo de Apoio à Saúde da Família(NASF).

A proporção de cobertura populacional pela Estratégia Saúde da Família estimada no Município corresponde a uma cobertura de 63,03% pela ESF e 22% pela ESB.

Tal cobertura justifica-se pela escassez de recursos humanos que contribuem efetiva e diretamente no atendimento da população, no cumprimento de metas e expansão da cobertura.

No município de Conselheiro Lafaiete, 93,8% da população é usuária do Sistema Único de Saúde (SUS). Possui Atenção Primária, Pontos de Atenção de Saúde Secundários. Não conta com Pontos de Atenção à saúde terciários.

Conta, também, com Sistemas de Apoio Diagnóstico e Terapêutico, Assistência Farmacêutica. No apoio diagnóstico e terapêutico, apesar de o município ter bons hospitais, casos mais complexos são encaminhados para a cidade de referência que é Juiz de Fora. Destaca-se que a Assistência farmacêutica encontra-se disponível em cada UBS.

Quanto aos Sistemas Logísticos, tem-se: transporte em saúde, acesso Regulado à Atenção, Prontuário Clínico, Cartão de Identificação dos Usuários do SUS. Porém, a questão do transporte está deficitária.

O sistema de saúde da cidade é organizado em forma de rede; entretanto, ao mesmo tempo, com algumas características de um sistema fragmentado. Conselheiro Lafaiete é referência para cidades menores que se localizam no entorno, mas não realiza cirurgias de alta complexidade, sendo os pacientes encaminhados para a capital Belo Horizonte. A cidade não conta com um sistema integrado entre a atenção primária e secundária/ terciária; porém existem algumas dificuldades em casos mais complexos.

A referência e contra-referência se faz por meio de encaminhamentos médicos.

Alguns problemas foram encontrados no sistema municipal de saúde como:

- ✓ Faltam medicamentos;
- ✓ Faltam recursos humanos para um atendimento mais especializado na região;
- ✓ Faltam investimentos em campanhas para a prevenção (imunização) de algumas doenças;
- ✓ Faltam equipamentos para exames mais complexos nas unidades de saúde;

- ✓ Faltam investimentos em programas voltados para doenças crônicas não transmissíveis (DCNT);
- ✓ Infraestrutura dos postos de saúde razoável, com necessidades de melhorias;
- ✓ Recursos financeiros escassos para investir em melhorias;
- ✓ Demanda muito grande de pacientes em relação ao número de funcionários;
- ✓ Dificuldade de fazer um atendimento com classificação de risco por causa da demanda.

### 1.3 Aspectos da comunidade

A comunidade atendida na unidade São João 2 – Alexandrina é composta por mulheres (37%), homens (26%), idosos (24%) e crianças (13%). Percebe-se que as mulheres são as que mais procuram os postos de saúde e os problemas mais detectados entre eles são: diabetes, hipertensão, obesidade, dengue, problemas cardiovasculares, infecções do trato urinário e até mesmo depressão.

As crianças, em geral, são acometidas de viroses, resfriados, pneumonia e alguns casos de bronquite, asma e dengue. Ocorrem também alguns casos de ferimentos por causa de cortes, quedas, etc..

As mulheres se destacam no atendimento da área ginecológica, algumas com patologias como diabetes e hipertensão e obesidade. Há a presença de hipertireoidismo e depressão em alguns casos. Neoplasias são poucos casos, mas ocorrem.

A comunidade de minha área de abrangência procura a unidade de atendimento com os mais diversos problemas, porém, não aderem ao tratamento e orientações médicas. Percebe-se o uso incorreto de medicamentos e não aceitação de mudanças no estilo de vida, como reeducação alimentar e prática de exercícios físicos. Poucos são os pacientes que marcam suas consultas regularmente e que aderem ao tratamento farmacológico, principalmente, nos casos de diabetes e hipertensão.

Encontramos dificuldades nas ações de prevenção de doenças crônicas não transmissíveis, devendo, por isso reforçar as atividades em grupo destes usuários.

A área de abrangência onde atuo possui algumas lojas, lanchonetes, restaurantes e farmácias. É um bairro bem estruturado, mas passa por mudanças



com a chegada da nova unidade de saúde. O bairro passa por mudanças estruturais, por ser um bairro grande, estão sempre construindo um estabelecimento, mudando passeios e ruas.

Temos escolas na comunidade, quadras de esportes e laser. O bairro é bem arborizado e possui ruas pavimentadas em boas condições. Como todo bairro possui suas dificuldades.

Nossa área possui saneamento básico, que promove a saúde pública preventiva, fator que contribui para a redução da necessidade de procura aos hospitais e postos de saúde, porque elimina a chance de contágio por diversas moléstias..

Os destinos do lixo e do esgoto assim como a distribuição da água estão representados no quadro 1, a seguir.

**Quadro 1 – distribuição das famílias segundo o destino do lixo dos dejetos e da água de acordo com as micros-áreas, na comunidade em 2019**

Distribuição das famílias segundo o destino de lixo e microárea da ESF, 2019						
Microarea	1	2	3	4	5	TOTAL
Coletado	98%	98%	98%	98%	98%	98%
Queimado/enterrado*	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Jogado	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Reciclado	2,0%	2,0%	2,0%	2,0%	2,0%	2,0%
Distribuição das famílias segundo o destino dos dejetos e microárea da ESF, 2019						
Microarea	1	2	3	4	5	TOTAL
Sistema publico	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Fossa	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Céu aberto	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Distribuição das famílias segundo o abastecimento de agua e microárea da ESF, 2019.						
Microarea	1	2	3	4	5	TOTAL
Sistema publico	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Outro	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

Fonte: (SISAB, 2019)

Os dados do Quadro 1 revelam que a maioria das microáreas têm 100% do lixo coletado pelo sistema público bem como disponibilidade de água pelo mesmo sistema.

A distribuição de energia elétrica é realizada pela Companhia Energética de Minas Gerais S.A (CEMIG) e atende a 99,05% do município, segundo cruzamento de dados fornecidos pela Concessionária e de acordo com a base de dados de Sistemas de Informações em Saúde.

No Quadro 2 encontra-se apresentado , de acordo com sexo e idade a população atendida pela equipe São João 2-Alexandrina, Conselheiro Lafaiete, 2019.

**Quadro 2 – Relação da população, segundo faixa etária e sexo, atendida na UBS São João 2 – Alexandrina em Conselheiro Lafaiete em Minas Gerais no ano de 2019**

Faixa Etária/ano	Masculino	Feminino	Total
< 1	6	8	14
1-4	17	18	35
5-14	47	46	93
15-19	82	89	171
20-29	154	187	341
30-39	204	208	412
40-49	208	213	421
50-59	148	154	302
60-69	124	129	253
70-79	52	41	93
≥ 80	26	31	57
<b>TOTAL</b>	1068	1124	2192

Fonte: Cadastro da população da área de abrangência (2019)

Percebe-se que o maior quantitativo da população encontra-se na faixa etária compreendida entre 40 a 49 anos, seguida de pessoas com idade entre 30 a 39 anos.

O cadastramento começou recentemente pelo fato da unidade ser nova. Mas atendemos um número maior de pessoas. Até o final do ano o cadastramento estará com quantidade correta de usuários atendidos nesta unidade.

No que diz respeito aos aspectos epidemiológicos, no Quadro 3, tem-se a apresentação destes.

**Quadro 3 – Cadastro da população atendida na UBS São João 2 – Alexandrina em conselheiro Lafaiete – MG, por condição de saúde no ano de 2019**

Condição de Saúde	Quantitativo (nº)
Gestantes	89
Hipertensos	462
Diabéticos	140
Pessoas com doenças respiratórias (asma, DPOC, enfisema, outras)	126
Pessoas que tiveram AVC	84
Pessoas que tiveram infarto	75
Pessoas com doença cardíaca	178
Pessoas com doença renal (insuficiência renal, outros)	42
Pessoas com hanseníase	12
Pessoas com tuberculose	11
Pessoas com câncer	123
Pessoas com sofrimento mental	18
Acamados	24
Fumantes	304
Pessoas que fazem uso de álcool	47
Usuários de drogas	16

Fonte: Cadastro da população da área de abrangência (2019)

Chama a atenção a alta incidência de pessoas com hipertensão, diabéticos e problemas respiratórios como asma, Doenças Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC).

Prosseguindo, as principais causas de óbitos são: Infarto Agudo do miocárdio e complicações do diabetes e da hipertensão. Como principais causas de internação temos a Pneumonia, Acidente Vascular Encefálico e complicações do diabetes e hipertensão. A respeito das doenças de notificação: encontram-se a Dengue, tuberculose, meningite, Picada de animais peçonhentos.

Dos pacientes hipertensos cadastrados na unidade, 72% são idosos.

Os problemas relacionados à situação de saúde da população adscrita à área de abrangência da UBS São João – Alexandrina são:

- ✓ Fatores culturais e socioeconômicos da população atendida influem no tratamento;
- ✓ Dificuldade da população em entender as necessidade de consultas regulares e orientações médicas para a prevenção de algumas doenças e tratamento das doenças já instaladas;
- ✓ Falta de adesão ao tratamento das doenças;
- ✓ Dificuldade para rastrear hanseníase e tuberculose;
- ✓ Nível de escolaridade baixo, principalmente na zona rural;
- ✓ Alta prevalência de diabéticos e hipertensos.

#### 1.4 A Unidade Básica de Saúde São João 2 - Alexandrina

A Unidade São João 2 Alexandrina foi inaugurada recentemente, no mês de julho., ela está localizada no bairro São João na rua Alexandrina de Queirós. Esta unidade é específica para a realização de atendimento de atenção básica e integral a uma população de forma agendada (90%), que ocorre no período da tarde e de forma espontânea (10%), que ocorre no período da manhã, o que facilita oferecer uma assistência com classificação de risco e acolhimento.

A Unidade São João 2 tem sala de espera pequena para a realização de eventos, tendo que se deslocar para outro local, há déficit de cadeiras e os banheiros dos profissionais é o mesmo dos usuários.

A infraestrutura é inadequada para uma unidade de saúde, como por exemplo, o consultório é desprovido de pia e banheiro, o ambiente de atendimento é pequeno, faltam alguns materiais e apesar de termos computador como o sistema ESUS, continuamos com prontuários de papel, o que dificulta e atrasa o atendimento.

A demanda é muito grande. Temos atenção especializada, porém o agendamento é demorado por causa da demanda. No hospital, às vezes ocorre superlotação, mas conseguimos encaminhar atendimento de urgência. O mais difícil é conseguir ambulância para o transporte dos pacientes.

Nesta unidade, a equipe está incompleta, faltam agentes de saúde. Assim, podemos dizer que há déficit financeiro, materiais e humanos para que a equipe consiga alcançar seus objetivos de trabalho.

As atividades desenvolvidas como consultas de médicos e enfermeiros estão listadas no quadro abaixo:

As coberturas feitas pela unidade são: vacinação (Todas contidas no calendário de vacinação de crianças, adultos, idosos e gestantes); atendimento pré-natal; puericultura e consultas agendadas e espontâneas e as visitas domiciliares.

Alguns problemas foram encontrados na unidade de saúde:

- ✓ Faltam equipamentos para a realização de alguns exames;
- ✓ Faltam medicamentos;
- ✓ Faltam recursos financeiros para melhorias nas unidades de saúde de toda a região;

- ✓ Nos Unidade sobre com falta de espaço no imóvel para atendimento com acolhimento;
- ✓ Faltam investimentos por parte da Prefeitura e do Estado para melhorias nas campanhas e ações voltadas para a saúde da comunidade;
- ✓ Falta de investimento em campanhas contra doenças sexualmente transmissíveis, principalmente a sífilis, que tem aumentado consideravelmente;
- ✓ Faltam recursos tecnológicos para fazer rastreamento de tuberculose, hanseníase, e casos de dengue. Apesar de a unidade ser informatizada, os recursos são limitados;
- ✓ Faltam cadeiras para a recepção;
- ✓ Faltam banheiros para atender a equipe de saúde, que acaba usando o banheiro dos usuários;
- ✓ Salas pequenas para eventos.

#### 1.5A Equipe de Saúde da Família Verde da Unidade Básica de Saúde São João 2 – Alexandrina

A equipe é composta por um médico, uma enfermeira, uma técnica de enfermagem e cinco agentes comunitários de saúde (ACS) que contribuem significativamente com as campanhas de vacinação, com os projetos de prevenção contra doenças, com as palestras que incentivam o diagnóstico precoce e a adesão aos tratamentos das mais diversas doenças.

#### 1.6O funcionamento da Unidade de Saúde da Equipe Verde

A Unidade de Saúde funciona das 07:00 às 16:00 horas, de segunda a sexta-feira e, para tanto, é necessário o apoio dos ACS, que se revezam durante a semana, segundo uma escala, em atividades relacionadas à assistência que é feita mensalmente.

Nas segundas agendamos sete consultas pela manhã e sete à tarde, além das demandas espontâneas que chegam e ainda temos que renovar as receitas de saúde mental (são 10 diariamente na presença do paciente, cinco atendimentos pela manhã e cinco à tarde).

Além dos serviços na unidade, fazemos 12 visitas domiciliares por mês.

### 1.7 O dia a dia da equipe Verde

O trabalho da equipe, como foi dito anteriormente, é baseado no atendimento diário à população. O fluxo de usuários é muito grande, além do déficit de recursos financeiros e materiais, que dificultam nossas ações, tem também déficit de agentes comunitários para atender a demanda. Como a unidade é nova, acreditamos que novos funcionários sejam contratados pela prefeitura.

A equipe está sempre voltada para campanhas e ações que possam ajudar a população no entendimento do que seja doença e saúde, do que seja prevenção de doenças para a qualidade de vida de crianças, adultos, idosos e gestantes, como também no enfrentamento de algumas doenças que acabem limitando o paciente para algumas atividades da vida diária.

O atendimento a alguns programas está baseado na saúde bucal, pré-natal, puericultura, controle de câncer de mama e ginecológico, atendimento a hipertensos e diabéticos. Temos grupos operativos de hipertensos e diabéticos, como também de gestante. Estamos pensando em grupo de idosos com atividades que possam interagir o idoso e contribuir para melhorias na sua qualidade de vida.

Além das consultas agendadas e espontâneas, fazemos visitas domiciliares com o intuito de atender aqueles que não podem se locomover até a unidade por algum problema.

Quanto ao planejamento das ações a serem ofertadas à população, é feito em conjunto em reunião mensal. Temos dia para:

- ✓ Coberturas (todos os dias da semana, onde são ofertadas todas as vacinas contidas no calendário de vacinação de crianças, adultos, idosos e gestantes).
- ✓ Pré-natal: Uma vez por semana (seguindo o calendário da primeira consulta. As consultas seguintes têm retorno de 15 dias para as observações e 30 dias para pacientes em bom estado de saúde).
- ✓ Puericultura: Uma vez a cada 15 dias.
- ✓ Outras: Consultas agendadas e espontâneas (Todos os dias da semana); projeto para grupos de hipertensos, diabéticos, tabagistas e gestantes.

- ✓ Reuniões: 1 X ao mês com toda a equipe de saúde para planejamento do mês seguinte.
- ✓ Projetos: intensificar os grupos de saúde/ Prevenção das DCNT e das DST.
- ✓ Visitas domiciliares (uma vez por semana).

Existem alguns problemas relacionados à organização do processo de trabalho da equipe como:

- ✓ Algumas falhas no processo de comunicação da equipe;
- ✓ Falhas no atendimento com classificação de risco;
- ✓ Déficit de funcionários, principalmente agentes comunitários de saúde;
- ✓ Dificuldade de organização na recepção em dias onde a demanda é muito grande;
- ✓ Falta organização na lista de remédios (atualização do que está faltando). A unidade é nova, ainda não temos um inventário de tudo que necessitamos ou temos nos estoques da farmácia.

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

Existem muitos problemas dentro da comunidade conforme resultados do diagnóstico situacional. Assim, foi fundamental que a minha equipe de saúde da família (ESF) conhecesse com mais atenção a área de abrangência, dando ênfase aos problemas levantados, para que se possa realizar um planejamento para melhorias da qualidade de vida dos usuários desta comunidade.

Assim, alguns problemas de saúde foram detectados na unidade São João 2 – Alexandrina como:

- ✓ Alta prevalência de obesidade e síndrome metabólica;
- ✓ Alta prevalência de doenças cardiovasculares;
- ✓ Alta prevalência de DM2 em idosos;
- ✓ Baixa adesão ao tratamento;
- ✓ Alta prevalência de hipertensão arterial;
- ✓ Faltam alguns medicamentos na farmácia da unidade;
- ✓ Difícil acesso à unidade pelos idosos;
- ✓ Falta de comunicação entre a equipe de saúde;

- ✓ Infraestrutura inadequada para atendimento de urgências e emergências;
- ✓ Falta de local adequado para expurgo de material séptico (o material infectante está sendo depositado em uma lixeira e colocado no banheiro que é utilizado por todos, inclusive os funcionários);
- ✓ Falta de equipamentos e materiais;
- ✓ Rotatividade grande de agentes comunitários, o que dificulta o conhecimento da comunidade e vínculos entre funcionários e usuários.

No caso de nossa área de abrangência o problema mais encontrado entre os usuários é a dificuldade de mudanças no estilo de vida e o controle da hipertensão arterial.

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

Como os problemas da comunidade foram muitos, foi preciso selecionar e priorizar alguns de maior importância e que estão dentro da capacidade de enfrentamento da equipe de saúde.

Alguns problemas dependem de políticas públicas e gestores das unidades para serem enfrentados. Porém, selecionamos apenas problemas que estão sob nossa capacidade de enfrentamento, seja ele, parcial ou total.

A intenção desta seleção é individualizar ainda mais os atendimentos e tratamentos. Assim, teremos mais controle sobre um determinado grupo.

Tem-se alta prevalência de hipertensos na comunidade, porém, o maior problema é a dificuldade de mudanças no estilo de vida e controle da pressão arterial. Por causa disso, tem-se também alto índice de doenças cardiovasculares e os pacientes não aderem totalmente ao tratamento e nem comparecem às consultas de retorno para acompanhamento da doença e do tratamento.



**Quadro 4 - Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à equipe de Saúde PSF – Unidade São João 2 – Alexandrina do município de Conselheiro Lafaiete - Minas Gerais, 2019**

Problemas	Importância*	Urgência**	Capacidade de enfrentamento***	Seleção/Priorização****
Dificuldade de mudanças no estilo de vida	Alta	5	Parcial	1
Alta prevalência de hipertensos sem controle da pressão arterial	Alta	5	Total	2
Alta prevalência de doenças cardiovasculares	Alta	5	Total	3
Baixa adesão ao tratamento	Alta	5	Parcial	4
Baixa adesão às mudanças de hábitos alimentares	Alta	5	Parcial	5
Baixa adesão às consultas de retorno para acompanhamento	Alta	5	Total	6

\*Alta, média ou baixa

\*\* Distribuir 30 pontos entre os problemas identificados

\*\*\*Total, parcial ou fora

\*\*\*\*Ordenar considerando os três itens

## 2 JUSTIFICATIVA

O crescimento progressivo na prevalência das doenças cardiovasculares (DCV) impôs a necessidade de desenvolver e implementar estratégias populacionais de prevenção dos múltiplos fatores que levam aos desfechos primários relacionados à mesmas.

Quanto à pressão arterial (PA), o risco relativo de eventos cardiovasculares é linear para valores entre 115/75 mmHg e 180/105 mmHg. A utilização de fármacos anti-hipertensivos reduz o risco relativo de DCV em torno de 20 a 30% independentemente da presença ou ausência de fatores de risco associados. Entretanto, o risco absoluto permanece proporcional ao nível de PA pré-tratamento e determinado pela presença dos múltiplos fatores de risco (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2007).

Radovanovic *et al.*(2014) afirmam que o aumento da prevalência de DCV associadas à HAS é resultado não só da própria hipertensão quanto da agregação de outros fatores de risco a ela frequentemente associados e relacionados, como obesidade, intolerância à glicose, diabetes e dislipidemia. Nas últimas décadas, especialmente nas populações urbanas, tem se registrado o aumento de consumo de álcool, fumo, nível de estresse, sedentarismo e hábitos alimentares inadequados, com alto teor de gordura e sal na alimentação.

As medidas que visam modificar hábitos e estilo de vida, quando implementados no próprio hipertenso ou naqueles com alto risco para o desenvolvimento da HA, podem levar à redução significativa dos níveis tensionais conforme demonstrado na TABELA 1

### **TABELA 1 – Hábitos, estilo de vida e populações de alto risco X desenvolvimento da hipertensão arterial**

Hábitos, estilo de vida e população de alto risco / desenvolvimento da hipertensão arterial

Pré-hipertensos	História familiar de hipertensão arterial
Etnia negra	Sobrepeso/ obesidade
Sedentarismo	Ingesta excessiva de sódio
Ingesta excessiva de álcool	Ingesta insuficiente de potássio

Fonte: (FRANCISCHETTI; SANJULIANI, 2015)

Embora como resultados muito díspares em diferentes estudos, a redução média de mmHg obtida com essas medidas corresponde a uma redução similar

obtida com monoterapia farmacológica (cerca de 5 a 10 mmHg de redução na pressão arterial sistólica), apresentado na TABELA 2.

**TABELA 2 – Modificações nos hábitos de vida que contribuem para a redução da PA**

Medida preconizada	Redução média de PAS
Redução de peso	5-20 mmHg/ 10Kg
Dieta DASH	8-14 mmHg
Redução da ingestão de sódio	2-8 mmHg
Atividade física	4-9 mmHg
Restrição de álcool	2-4 mmHg

Fonte: (FRANCISCHETTI; SANJULIANI, 2015)

Algumas dessas medidas, embora não reduzam a PA, são preconizadas por reduzirem o risco cardiovascular global, objetivo maior no tratamento da HA, o que justifica o projeto de intervenção.

Nesse sentido, cabe ressaltar que:

[...] é altamente recomendável que os profissionais de saúde envolvidos em intervenções valorizem as experiências, saberes e limitações individuais, implementem ações singulares e ofereçam condições para que ocorram mudanças comportamentais efetivas (RADOVANOVIC *et al.*, 2014, p.552)

### **3 OBJETIVO**

Elaborar um plano de intervenção para aumento da adesão às mudanças no estilo de vida e controle da pressão arterial em pacientes atendidos na UBS São João 2 – Alexandrina de Conselheiro Lafaiete em Minas Gerais.

## 4 METODOLOGIA

O plano de intervenção seguiu três etapas:

Primeiro: fez-se o diagnóstico situacional da área de abrangência atendida pela equipe de saúde da UBS São João 2 – Alexandrina com vistas à identificação dos problemas de saúde mais prevalentes e seleção daquele considerado prioritário no momento;

Segundo: o plano seguiu os passos do Planejamento Estratégico Situacional (PES) com base no problema prioritário, nos nós críticos e nas ações, de acordo com Faria, Campos e Santos (2018).

Para a fundamentação teórica deste estudo foi consultada a Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Cadernos do Ministério da Saúde e Diretrizes da Sociedade Brasileira de Cardiologia.

Antes de se desenvolver o projeto, vários textos sobre a temática proposta foram lidos e, em seguida foi feita uma análise interpretativa.

Para redação do texto foram aplicadas as normas da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT).

A busca dos artigos que compuseram este trabalho se deu mediante os descritores: Hipertensão, tratamento e educação em saúde.

## 5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

### 5.1. Hipertensão Arterial Sistêmica

A HAS é um grave problema de saúde pública no Brasil e no mundo. Sua prevalência no Brasil varia entre 22% e 44% para adultos (32% em média), chegando a mais de 50% para indivíduos com 60 a 69 anos e 75% em indivíduos com mais de 70 anos (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

Desde o início do século XX triplicou o percentual de indivíduos acima de 60 anos de idade. Além disso, a própria população idosa está envelhecendo e cada vez mais observamos indivíduos chegando à oitava década de vida. No idoso, a hipertensão arterial se apresenta de duas maneiras: (1) a forma combinada: hipertensão sistólica (PAS > 140mmHg) e diastólica (PAD > 90 mmHg); (2) a hipertensão sistólica isolada (HSI) (PAS > 140mmHg e PAD < 90mmHg). A HSI é mais comum com o envelhecimento em consequência das mudanças estruturais das artérias, mormente as de grosso calibre. Porém, nada impede que adultos jovens também sejam acometidos deste tipo de hipertensão (LONGO; MARTELLI; ZIMMERMANN, 2011).

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) tem alta prevalência e baixas taxas de controle. A HAS é considerada um dos principais fatores de risco (FR) modificáveis e um dos mais importantes problemas de saúde pública. A mortalidade por doença cardiovascular (DCV) aumenta progressivamente com a elevação da PA a partir de 115/75 mmHg de forma linear, contínua e independente (BRASIL, 2014).

A Hipertensão arterial é uma comorbidade bem mais frequente nos diabéticos que na população em geral para a mesma faixa etária. A coexistência de diabetes e hipertensão aumenta significativamente o risco de complicações micro e macrovasculares. A prevalência de obesidade e, conseqüentemente, de diabetes do tipo 2 tem aumentado de forma alarmante em todo o mundo (BRASIL, 2014).

Os principais fatores de risco para HAS são: idade principalmente acima de 50 anos; prevalência parecida entre ambos os sexos, sendo mais comum em homens até 50 anos, invertendo esta relação nas décadas subseqüentes; indivíduos não brancos; excesso de peso; sedentarismo; ingesta aumentada de sal e álcool; fatores socioeconômicos e genéticos (MALACHIAS *et al.*, 2016).

Segundo a Sociedade Brasileira de Cardiologia, a hipertensão arterial sistêmica (HAS) é conceituada como uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial (PA), ou seja, PA  $\geq 140 \times 90$  mmHg. Associa-se, frequentemente, às alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo (coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos) e às alterações metabólicas, com aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais como doenças decorrentes de aterosclerose e trombose, que se manifestam, predominantemente, por doença isquêmica cardíaca, cerebrovascular, vascular periférica e renal (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

Ghelman *et al.* (2018, p. 1274) asseguram que a HAS

[...] é uma doença crônica que funciona como o principal fator de risco para as complicações como acidente vascular cerebral, infarto agudo do miocárdio e doença renal crônica. É a mais frequente doença cardiovascular no mundo acometendo, no Brasil, mais de 50% dos indivíduos com 60 a 69 anos e 75% da população com mais de 70 anos.

“O diagnóstico de HAS é fundamental, mas deverá ser sempre acompanhado de uma estratificação do risco inerente a cada paciente e que transcende o valor absoluto obtido com a medida da PA (NOBRE *et al.*, 2013, p. 262).

No Brasil, os desafios do controle e prevenção da HAS e suas complicações são, sobretudo, das equipes de Atenção Básica (AB). As equipes são multiprofissionais, cujo processo de trabalho pressupõe vínculo com a comunidade e a clientela adscrita, levando em conta a diversidade racial, cultural, religiosa e os fatores sociais envolvidos. Nesse contexto, o Ministério da Saúde preconiza que sejam trabalhadas as modificações de estilo de vida, fundamentais no processo terapêutico e na prevenção da hipertensão (BRASIL, 2014).

## **5.2 Tratamento da HAS**

No que diz respeito ao tratamento e acompanhamento das pessoas com Hipertensão Arterial Sistêmica na Atenção Básica, o Ministério da Saúde diz que “Um dos desafios para as equipes da Atenção Básica é iniciar o tratamento dos casos diagnosticados e manter o acompanhamento regular dessas pessoas motivando-as à adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso” (BRASIL, 2014, p.55).

Quanto ao tratamento não medicamentoso, o Ministério da Saúde tece as seguintes recomendações: redução de peso e manutenção do peso saudável adoção de hábitos saudáveis, como alimentação, diminuição do consumo de álcool, prática de atividade física e abandono do tabagismo ( BRASIL, 2014)

### 5.2.1 Redução de peso e manutenção do peso saudável

O aumento de peso corporal passou a ser considerado um fator de risco independente para doenças cardiovasculares após análise do estudo de Framingham em 1983, que demonstrou, após 26 anos de acompanhamento, uma correlação entre o grau de obesidade e a incidência de doenças cardiovasculares. Hoje, diversos estudos observacionais e clínicos demonstraram a correlação da obesidade com a HA, dislipidemia, resistência à insulina e diabetes mellitus, mesmo em graus pequenos de sobrepeso (LESSA, 2018).

Segundo a VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010), em relação à dieta, qualquer mudança nos hábitos alimentares pode auxiliar no controle da hipertensão arterial.

A obesidade é ainda fator de risco para dislipidemia, aumentando o colesterol LDL e os triglicérides e reduzindo o HDL, além de ser associada a outros fatores que promovem aterogênese e o aparecimento da diabetes *mellitus*, aumentando em três vezes o risco desse aparecimento (CUPPARI, 2015).

Dessa forma, para Cuppari (2015), a redução de peso é um dos tratamentos não medicamentosos mais efetiva para controle da HAS, mesmo em se tratando de reduções menores , tem-se obtido resultados significativos na redução da pressão e dos riscos cardiovasculares.

Estudos da Sociedade Brasileira de Cardiologia (2010) e do Ministério da Saúde (2006) tecem como objetivos para prevenção primária e secundária da HAS os seguintes destaques relativos à nutrição da pessoa hipertensa: reduzir níveis pressóricos e assim, reduzir o número de medicamentos utilizados na terapia medicamentosa; reduzir a obesidade visceral e o peso, quando pessoas obesas ou com sobrepeso; promover ações de reeducação alimentar, com vistas à mudança de hábitos alimentares saudáveis e sustentáveis além de valorizar a cultura alimentar.



A meta para um paciente hipertenso com sobrepeso ou obesidade é atingir um índice de massa corporal (IMC) inferior a 25 Kg/m<sup>2</sup> e uma circunferência abdominal inferior a 94 cm para homens e 80 cm para mulheres (CUPPARI, 2015).

A recomendação das diretrizes é redução da ingestão calórica, consumo de alimentos de alto teor em gordura saturada, carboidratos simples e complexos e aumento no consumo energético pela implementação de atividade física aeróbica regular, visando uma perda ponderal média de 5% a 7% em 6 a 12 meses de tratamento (CUPPARI, 2015).

### 5.2.2 Diminuição da ingestão de sal

A metanálise de estudos experimentais demonstra que a PA varia diretamente com o consumo de sal em indivíduos normotensos e hipertensos, levando-se à suposição de que uma dieta com baixo teor de sódio deveria ser recomendada para qualquer indivíduo, mesmo para normotensos, especialmente para aqueles com outros fatores de risco cardiovasculares associados ou para filhos de hipertensos (LEITE; VASCONCELOS, 2013).

A resposta da redução da PA à restrição de sal depende de diversos fatores, entre eles a sensibilidade individual ao sal, a idade do paciente, o valor da PA e a intensidade da restrição (LEITE; VASCONCELOS, 2013).

Contudo, fica um alerta para os profissionais de saúde ao orientarem acerca da dieta saudável e restrição de sal, pois o Ministério da Saúde (BRASIL, 2014, p.89):

A dificuldade de seguir continuamente as recomendações de restringir sal em condições reais – até porque a maior parte do sal contido nos alimentos é adicionada na fase industrial – é o maior limitante da efetividade dessa abordagem terapêutica.

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2006; 2014) e a Sociedade Brasileira de Cardiologia (2010) recomendam, em relação às orientações de dieta hipossódica que informe ao paciente o uso moderado de sal no preparo da comida, indicando a quantidade a ser utilizada e mostrando por meio de mediadas caseiras, além de esclarecer sobre os alimentos industrializados ricos em sódio como os enlatados, embutidos, conservas, macarrão instantâneo, caldos de carnes, temperos prontos, defumados, dentre outros. Estimular o uso de temperos naturais para substituir o sal

como o alho, cebola, coentro, folhas de louro, limão, orégano, pimentão, salsinha, tempero verde, vinagre, limão, etc. Orientar acerca de não usar o sal à mesa e, ainda, dizer sobre a importância de se ler os rótulos dos alimentos industrializados, para conhecer a quantidade de sódio presente neles, com especial atenção para os alimentos diet e light.

### 5.2.3 Atividades físicas

A atividade física promove uma melhora no risco cardiovascular global, pois reduz não só os níveis tensionais, como também a incidência de doença coronariana, acidente vascular encefálico e mortalidade global (BARRETO; SANTELLO, 2012).

O exercício físico aeróbico regular reduz a PA sistólica em torno de 3,84 mmHg e a PA diastólica em torno de 2,72 mmHg, independentemente da redução de peso (XAVIER; GAGLIARDI, 2015).

Medina et al. (2010) falam sobre a importância e relevância da prática regular de exercícios físicos tanto para a prevenção quanto para o tratamento da hipertensão. Destacam que o adulto deve fazer exercícios físicos pelo menos 30 minutos ao dia durante cinco da semana.

Nogueira *et al.* (2012, p.599) afirmam que o

[...] Exercício Físico aeróbico é uma ferramenta eficaz no tratamento da população de hipertensos idosos. O treinamento supervisionado, com frequência semanal de três vezes por semana, e com intensidade moderada parece gerar mais benefícios do que os de alta intensidade, para tais reduções na Pressão Arterial.

Todo exercício físico realizado pelo paciente hipertenso deve ser orientado por programa de reabilitação cardiovascular e individualizado e só iniciado com níveis tensionais controlados (XAVIER; GAGLIARDI, 2015).

### 5.2.4 Redução ou interrupção do consumo de álcool e cessação do tabagismo

Entre as mudanças no estilo de vida (MEV) para o tratamento do paciente com hipertensão, encontra-se a redução no uso de bebidas alcoólicas tendo em

vista que o álcool é fator de risco para a HAS bem como pode dificultar o seu controle (BRASIL, 2014).

A cessação do hábito de fumar é a medida de modificação dos hábitos de vida, que, isoladamente, tem maior efeito na prevenção de doenças cardiovasculares. Evidências epidemiológicas indicam um aumento de mortalidade entre os fumantes em qualquer nível de PA. O risco de doença coronária é de 80% maior nos tabagistas ativos e 30% maior nos passivos, em relação aos não tabagistas (CUPPARI, 2015).

Para Rahman e Laher (2007) citados por Fleury *et al.* (2020, p.301), “o tabagismo aumenta a rigidez dos vasos sanguíneos por diferentes vias, incluindo estresse oxidativo, aumento da produção de endotelina-1 e formação de células musculares lisas.” Aos exames, encontram-se metabolismo lipoproteico alterado e níveis aumentados de lipoproteína de baixa densidade (LDL) e que podem colaborar para a vasoconstrição (FLEURY *et al.*, 2020).

Segundo o Instituto Nacional de Câncer (BRASIL, 2020), o tratamento de tabagismo no Brasil se baseia nas diretrizes do Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT) e, desde 2002, o Ministério da Saúde tem publicado e atualizado portarias que incluem o tratamento do tabagismo na rede do Sistema Único de Saúde, abrangendo da atenção básica até a média e alta complexidade. Dentre suas premissas, ressaltam-se as ações educativas têm promovido cessação ou diminuição do tabagismo e grande número de pessoas tenham como meta parar de fumar.

Silva e Souza (2004, p.333) afirmam que “os efeitos do tabagismo são maléficos em curto ou longo prazo para saúde”. E apontam a vasoconstrição como o fator mais relevante, além de acelerar o processo de arteriosclerose.

Outro efeito devastador para a pessoa hipertensa fumante é que o “tabagismo também aumenta o risco de complicações cardiovasculares secundárias em hipertensos e aumenta a progressão da insuficiência renal” (BRASIL, 2014, p. 58).

#### 5.2.5 Suplementação de cálcio e magnésio e aumento na ingestão de fibras

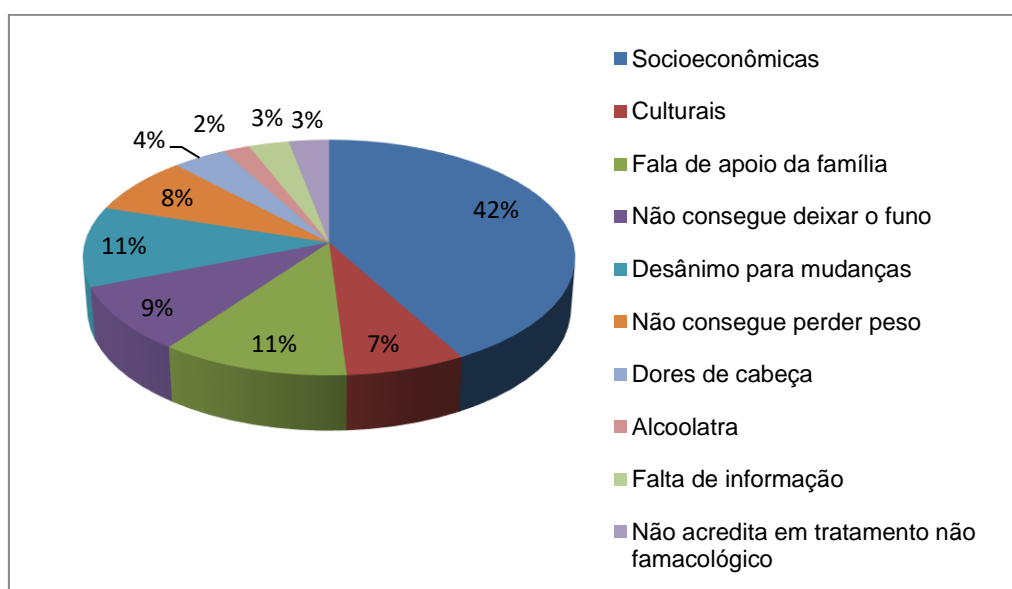
Conforme mencionam Appel *et al.* (1997 *apud* SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2007) uma dieta com quantidades desejáveis de cálcio, magnésio e potássio proporciona redução da pressão arterial e de acidente vascular cerebral. Tanto as frutas e verduras quanto produtos lácteos de baixo teor de gordura são ricos em cálcio e magnésio.

Bernaude e Rodrigues (2013) em relação à ingestão de fibras, recomendam –na tendo em vista que reduzem, de forma significativa, os níveis de glicose, pressão arterial e de lipídeos séricos. Associam-se à ingestão de fibras, redução das doenças crônicas, como as doenças cardiovasculares e o diabetes.

A hipertensão representa uma das condições clínicas mais incidentes em nosso país. Seu tratamento inclui, além do tratamento medicamentoso o não medicamentoso, como a mudança no estilo de vida, incluindo a prática regular de exercícios físicos e hábitos alimentares mais saudáveis.

Porém, muitos pacientes enfrentam dificuldades na adesão às mudanças no estilo de vida, principalmente quanto ao abandono do tabaco e à prática de exercícios físicos. Em vários estudos as principais dificuldades foram:

Gráfico 1 – Principais dificuldades enfrentadas pelos pacientes para as mudanças no estilo de vida e controle da hipertensão arterial



Fonte: Unidade São João 2 – Alexandrina (2020)

Os dados do Gráfico 1 revelam que os fatores socioeconômicos abrangem 42% das dificuldades para mudar estilo de vida, seguido dos hábitos culturais e apoio familiar. Chama atenção que a falta de informação e o não acreditar no tratamento não medicamentoso dificultam mudar hábitos não saudáveis. Consequentemente, baixa adesão às mudanças desejáveis.

Nesse sentido, vale destacar que uma das estratégias para adesão ao tratamento está a educação do paciente, de forma horizontal, com linguagem compreensível entre paciente e equipe de saúde. Resultados de uma pesquisa na modalidade de revisão sistemática apontaram que os métodos usados para melhoria da adesão ao tratamento são pouco eficazes (TAVARES *et al.*, 2016).

Entretanto, Pereira, Lanza e Viegas (2019, p.116) mostram não ser tão complexa a educação em saúde, uma vez que “a equipe multiprofissional deve estar preparada para lidar com essas pessoas, orientando-as. O tratamento da HAS e DM só será efetivo caso a pessoa entenda a história da doença e a importância de seguir as orientações para o autocuidado”

## 6 PLANO DE INTERVENÇÃO

Essa proposta refere-se ao problema priorizado “Dificuldade de mudanças no estilo de vida e controle da pressão arterial”, para o qual se registra uma descrição do problema selecionado (terceiro passo), a explicação (quarto passo) e a seleção de seus nós críticos (quinto passo).

Os quadros seguintes mostram o desenho das operações – para cada causa selecionada como “nós crítico”, a (s) operação (ões), projeto, os resultados esperados, os produtos esperados, os recursos necessários para a concretização das operações (estruturais, cognitivos, financeiros e políticos). Aplica-se a metodologia do Planejamento Estratégico Simplificado (FARIA: CAMPOS; SANTOS, 2018).

### 6.1 Descrição do problema selecionado (terceiro passo)

As questões que levantamos mais relevantes para justificar esse desajuste é o fato de que dos pacientes que frequentam a unidade de saúde São João<sup>2</sup> – Alexandrina em Conselheiro Lafaiete e que somam 4500 usuários cadastrados, 415 são hipertensos, 180 são obesos, 13 sofrem de síndrome metabólica; destes, 134 aderiram totalmente ao tratamento medicamentoso e nove aderiram parcialmente e 272 não aderiram ao tratamento medicamentoso e nem à terapia nutricional.

Dos 134 pacientes que aderiam totalmente ao tratamento medicamentoso, 58 mudaram seus hábitos alimentares e 45 aderiram à atividade física. Sendo que 76 não mudaram seus hábitos alimentares e 89 não aderiram à atividade física.

Dos 415 pacientes hipertensos, 52 são tabagistas, 11 são alcoólatras e dois fazem uso de drogas ilícitas.

### 6.2 Explicação do problema selecionado (quarto passo)

A hipertensão arterial é um dos mais importantes fatores de risco para o desenvolvimento das doenças cardiovasculares. O diagnóstico de HAS qualifica-se

como um relevante item a ser considerado na estratificação do risco cardiovascular. Além da forte associação demonstrada em diversos estudos epidemiológicos, a redução do risco de DCV com seu controle foram documentados em inúmeros estudos clínicos de intervenção, objetivando a redução da pressão arterial e de eventos cardiovasculares.

A adoção de um estilo de vida saudável é o principal fator na prevenção do aumento da pressão arterial na população e é indispensável no tratamento de indivíduos hipertensos.

A maior parte das modificações de estilo de vida está relacionada ao controle alimentar, tanto quantitativa como qualitativamente. O controle da hipertensão por meio de medidas dietéticas específicas visa não apenas a redução de níveis tensionais, mas também a incorporação de hábitos alimentares permanentes. A dietoterapia faz parte de um conjunto de medidas terapêuticas, não farmacológicas, que tem como principal objetivo diminuir a morbidade e mortalidade por meio de modificações do estilo de vida. Porém o mais difícil de ser seguido.

Na Unidade Básica de Saúde São João 2 – Alexandrina é encontrada uma alta prevalência de hipertensos com riscos cardiovasculares e pelo acompanhamento feito pela equipe de saúde, a maioria não segue as recomendações quanto às mudanças no estilo de vida, principalmente nas mudanças de hábitos alimentares e prática de atividade física o que dificulta as ações que são implantadas para a redução de casos de hipertensão e complicações como as doenças cardiovasculares entre outras.

### 6.3 Seleção dos nós críticos (quinto passo)

Dos nós críticos encontrados, foram selecionados três:

1. Nível de informação da população insuficiente quanto à necessidade de mudanças no estilo de vida e do controle da pressão arterial;
2. Baixa adesão ao retorno das consultas para acompanhamento da doença e da evolução do tratamento;
3. Baixa adesão ao tratamento medicamentoso.

6.4 Desenho das operações sobre nó crítico – operações, projeto, resultados e produtos esperados, recursos necessários e críticos (sexto passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo). Os passos sexto a décimo são apresentados nos quadros 5, 6 e 7 a seguir:



Quadro 5 - Desenho das operações (6º passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo) sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema “Dificuldade de mudanças no estilo de vida e controle da pressão arterial”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Unidade Básica de Saúde São João 2 – Alexandrina do município de Conselheiro Lafaiete, estado de Minas Gerais

<b>Nó crítico 1</b>	Nível de informação da população insuficiente quanto à necessidade de mudanças no estilo de vida e do controle da pressão arterial.
<b>6º passo: operação (operações)</b>	Promover ações que informe a população quanto às necessidades de mudanças no estilo vida; aumentar a adesão ao tratamento não farmacológico através de palestras e cursos; promover reuniões com grupos operativos para informar a população sobre a gravidade da hipertensão e suas complicações.
<b>6º passo: projeto</b>	<b>Estilo de vida saudável</b>
<b>6º passo: resultados esperados</b>	Pacientes informados e conscientes da necessidade de tratamento não farmacológico como mudanças nos hábitos alimentares, cessação do álcool e do tabaco, prática de atividade física entre outras mudanças; adesão à uma alimentação saudável; adesão à prática de atividades físicas e à redução de peso.
<b>6º passo: produtos esperados</b>	Fornecer aos pacientes cursos e palestras sobre hipertensão e suas complicações; implementar ações de acompanhamento mais rígidas para o tratamento da hipertensão; adesão da equipe de saúde para controle e acompanhamento de pacientes com dificuldades de mudanças.
<b>6º passo: recursos necessários</b>	Cognitivo: Informação sobre o tema e estratégias de comunicação para o público alvo; Financeiro: Verbas para cursos e atividades educativas; verbas para mudanças na unidade de atendimento para oferecer cursos e palestras; verbas para reuniões com nutricionistas e lanche especial para conscientizar a população sobre a importância da boa alimentação. Político: Conseguir espaço para as palestras; mobilização para as campanhas contra a obesidade e o diabetes; Conseguir aprovação do projeto para implantação das ações.
<b>7º passo: viabilidade do plano - recursos críticos</b>	Cognitivo: Adesão da equipe de saúde para o processo educativo em saúde para a população adulta e idosa. Político: Conseguir espaço para as palestras; Financeiro: Liberação da verba para as ações contidas neste projeto.
<b>8º passo: controle dos recursos críticos - ações estratégicas</b>	Secretário Municipal de Saúde (motivação favorável) Secretário Municipal de Educação (motivação favorável); Diretor das UBS (motivação favorável). Reuniões com toda a equipe de saúde; reuniões com o secretário de saúde; reuniões com a associação da comunidade; formação de grupos operativos para se trabalhar o problema.
<b>9º passo; acompanhamento do plano - responsáveis e prazos</b>	Médicos/ Enfermeiros/ Técnicos de Enfermagem. Dois meses para o início das atividades e cinco meses para finalizar as estratégias.
<b>10º passo: gestão do plano: monitoramento e avaliação das ações</b>	Reuniões quinzenalmente para avaliar todas as ações da quinzena e os resultados alcançados; Planejamento de novas ações para a próxima quinzena; avaliação dos recursos utilizados.

Quadro 6 - Desenho das operações (6º passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo) sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema “Dificuldade de mudanças no estilo de vida e controle da pressão arterial”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família da Unidade Básica de Saúde São João 2 – Alexandrina, do município de Conselheiro Lafaiete, estado de Minas

<b>Nó crítico 2</b>	Baixa adesão ao retorno das consultas para acompanhamento da doença e da evolução do tratamento.
<b>6º passo: operação</b> (operações)	Ligar para os pacientes confirmando as consultas de retorno; planejar as visitas domiciliares aos pacientes hipertensos em tratamento que não comparecerem às consultas; elaborar recomendações médicas por escrito quanto à mudanças no estilo de vida durante as consultas e visitas domiciliares; formar grupos específicos para hipertensos com risco cardiovascular; avaliar o tratamento de todos os hipertensos cadastrados na unidade.
<b>6º passo: projeto</b>	<b>Aderindo ao tratamento</b>
<b>6º passo: resultados esperados</b>	Adesão total às consultas de retorno; adesão aos grupos operativos; adesão às mudanças no estilo de vida.
<b>6º passo: produtos esperados</b>	Adesão da equipe de saúde para acompanhamento de pacientes; aumento do número de visitas domiciliares para fazer acompanhamento de pacientes que não retornam às consultas; manter cadastro atualizado para melhor acompanhamento.
<b>6º passo: recursos necessários</b>	Cognitivo: Informação sobre o tema e estratégias de comunicação para o público alvo; Financeiro: Verbas para cursos e atividades educativas; verbas para mudanças na unidade de atendimento para oferecer cursos e palestras; verbas para reuniões com nutricionistas e lanche especial para conscientizar a população sobre a importância da boa alimentação. Político: Conseguir espaço para as palestras; mobilização para as campanhas contra a obesidade e o diabetes; Conseguir aprovação do projeto para implantação das ações.
<b>7º passo: viabilidade do plano - recursos críticos</b>	Cognitivo: Adesão da equipe de saúde para o processo educativo em saúde para a população adulta e idosa. Político: Conseguir espaço para as palestras; Financeiro: Liberação da verba para as ações contidas neste projeto.
<b>8º passo: controle dos recursos críticos - ações estratégicas</b>	Secretário Municipal de Saúde (motivação favorável) Secretário Municipal de Educação (motivação favorável); Diretor das UBS (motivação favorável). Reuniões com toda a equipe de saúde; reuniões com o secretário de saúde; reuniões com a associação da comunidade; formação de grupos operativos para se trabalhar o problema.
<b>9º passo; acompanhamento do plano - responsáveis e prazos</b>	Médicos/ Enfermeiros/ Técnicos de Enfermagem. Dois meses para o início das atividades e cinco meses para finalizar as estratégias.
<b>10º passo: gestão do plano: monitoramento e avaliação das ações</b>	Reuniões quinzenalmente para avaliar todas as ações da quinzena e os resultados alcançados; Planejamento de novas ações para a próxima quinzena; avaliação dos recursos utilizados.

Quadro 7 - Desenho das operações (6º passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo) sobre o “nó crítico 3” relacionado ao problema “Dificuldade de mudanças no estilo de vida e controle da pressão arterial”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família da Unidade Básica de Saúde São João 2 – Alexandrina, do município de Conselheiro Lafaiete, estado de Minas Gerais

<b>Nó crítico 3</b>	Baixa adesão ao tratamento medicamentoso.
<b>6º passo: operação</b> (operações)	Cursos e palestras sobre a importância do tratamento medicamentoso; inserir a família no programa de tratamento e conscientizá-los da importância do mesmo; acompanhar o tratamento medicamentoso para verificar as razões da falta de adesão; fazer as visitas domiciliares para verificar se os medicamentos estão sendo usados de acordo com as recomendações.
<b>6º passo: projeto</b>	<b>Remédio na dose certa</b>
<b>6º passo: resultados esperados</b>	Adesão total ao tratamento medicamentoso.
<b>6º passo: produtos esperados</b>	Adesão da equipe de saúde para acompanhar o tratamento; planejamento de ações para aumentar a adesão ao tratamento; aumento do número de visitas domiciliares para aumentar a adesão ao tratamento.
<b>6º passo: recursos necessários</b>	Cognitivo: Informação sobre o tema e estratégias de comunicação para o público alvo; Financeiro: Verbas para cursos e atividades educativas; verbas para mudanças na unidade de atendimento para oferecer cursos e palestras; verbas para reuniões com nutricionistas e lanche especial para conscientizar a população sobre a importância da boa alimentação. Político: Conseguir espaço para as palestras; mobilização para as campanhas contra a obesidade e o diabetes; Conseguir aprovação do projeto para implantação das ações.
<b>7º passo: viabilidade do plano - recursos críticos</b>	Cognitivo: Adesão da equipe de saúde para o processo educativo em saúde para a população adulta e idosa. Político: Conseguir espaço para as palestras; Financeiro: Liberação da verba para as ações contidas neste projeto.
<b>8º passo: controle dos recursos críticos - ações estratégicas</b>	Secretário Municipal de Saúde (motivação favorável) Secretário Municipal de Educação (motivação favorável); Diretor das UBS (motivação favorável). Reuniões com toda a equipe de saúde; reuniões com o secretário de saúde; reuniões com a associação da comunidade; formação de grupos operativos para se trabalhar o problema.
<b>9º passo; acompanhamento do plano - responsáveis e prazos</b>	Médicos/ Enfermeiros/ Técnicos de Enfermagem. Dois meses para o início das atividades e cinco meses para finalizar as estratégias.
<b>10º passo: gestão do plano: monitoramento e avaliação das ações</b>	Reuniões quinzenalmente para avaliar todas as ações da quinzena e os resultados alcançados; Planejamento de novas ações para a próxima quinzena; avaliação dos recursos utilizados.

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

As decisões no tratamento de um paciente devem ser baseadas na sua singularidade, ou seja, no nível de cada fator que apresenta, estilo de vida, hábitos culturais, dentre outros adotando-se, assim, uma abordagem mais ampla e humanizada com vistas, também, à redução de riscos cardiovasculares.

O tratamento deve englobar, além do uso de fármacos, medidas não farmacológicas que requerem mudanças nos hábitos de vida, como dieta, atividade física, perda de peso, controle da dislipidemia e diabetes e cessação do fumo, álcool, etc.

Embora o planejamento das medidas educativas para mudanças nos hábitos inadequados de vidas e orientação correta da medicação requeiram tempo e atenção da equipe multiprofissional, elas são possíveis e desejáveis.

Acredita-se que as operações e projetos propostos no plano de intervenção, realizados com linguagem acessível aos pacientes, compreensão do tempo de aprendizagem e mudança de cada um e envolvimento de todos os membros da equipe de saúde Alexandrina, os objetivos serão alcançados e nossa população terá melhor qualidade de vida.

## REFERENCIAS

BARRETO, A. C. P.; SANTELLO, J. L. **Manual de Hipertensão**: entre a evidência e a prática clínica. São Paulo: Lemos, 2012.

BERNAUD, F. S.R.; RODRIGUES, T. C.. Fibra alimentar: ingestão adequada e efeitos sobre a saúde do metabolismo. **Arq Bras Endocrinol Metab**, São Paulo , v. 57, n. 6, p. 397-405, Aug. 2013

BRICARELLO, L.P. *et al.* Abordagem dietética para controle da hipertensão: reflexões sobre adesão e possíveis impactos para a saúde coletiva. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 25, n. 4, p. 1421-1432, Apr. 2020

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. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. (Cadernos de Atenção Básica, n. 37)

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Programa Nacional de Controle do Tabagismo. **Tratamento do tabagismo**, 2020. Disponível em: <[www.inca.gov.br](http://www.inca.gov.br) > tratamento>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação-Geral da Política de Alimentação e Nutrição. **Guia alimentar para a população brasileira**: promovendo a alimentação saudável. Brasília: Ministério da Saúde, 2006

CONSELHEIRO LAFAIETE. Prefeitura Municipal de Conselheiro Lafaiete. **História**. 2019. Disponível em: <https://www.conselheirolafaiete.mg.gov.br/economia/>

CUPPARI, L. **Nutrição nas doenças crônicas não transmissíveis**. Barueri, SP: Manole, 2015.

FLEURY, C. A. *et al* . Passive Cigarette Smoking Impact on Blood Pressure Response to Epinephrine and Felypressin in 1K1C Hypertensive Rats Treated or not with Atenolol. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo , v. 114, n. 2, p. 295-303, fev. 2020

GHELMAN, L. G. *et al.* Adesão ao tratamento medicamentoso da Hipertensão Arterial e fatores associados. **Rev enferm UFPE on line.**, Recife, v.12, n.5, p. 1273-80, maio., 2018

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. IBGE cidades, Conselheiro Lafaiete. **Panorama**. 2020. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/conselheirolafaiete/panorama>

LESSA, I. **O adulto brasileiro e as doenças da modernidade**: epidemiologia das doenças crônicas não transmissíveis. São Paulo: Hucitec; 2018. 284p

LEITE, S.N.; VASCONCELLOS, M. P. C. Adesão à terapêutica medicamentosa: elementos para a discussão de conceitos e pressupostos adotados na literatura. **Ciênc. saúde coletiva**, São Paulo , v. 8, n. 3, p. 775-782, 2003.

LONGO, M. A. T.; MARTELLI, A.; ZIMMERMANN, A. Hipertensão arterial sistêmica: aspectos clínicos e análise farmacológica no tratamento dos pacientes de um setor de psicogeriatría do Instituto de psiquiatria no município de Itapira SP. **Rev. bras. geriatr. gerontol.**, Rio de Janeiro , v. 14, n. 2, p. 271-284, June, 2011

MALACHIAS, M.V.B. *et al.* 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial: Capítulo 2 – Diagnóstico, Classificação e Prevenção Primária. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo , v. 107, n. 3, supl. 3, p. 1-6, 2016.

MALTA, D. C *et al.* . A vigilância e o monitoramento das principais doenças crônicas não transmissíveis no Brasil-Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Rev. bras. epidemiol.**, São Paulo , v. 18, supl. 2, p. 3-16, Dec., 2015

MEDINA, N. G. *et al.* Promoção da saúde e prevenção de doenças crônicas não transmissíveis: o que fazem as equipes de saúde da família? **Saúde Debate**, v. 38, n. spe, p. 69-82, Oct. 2014.

MEDINA, F. L. *et al.* Atividade física: impacto sobre a pressão arterial. **Rev Bras Hipertens.** v.17, n.2, p. 103-106, 2010

NOBRE, F. *et al.* Hipertensão arterial sistêmica primária. *Revista Medicina de Ribeirão Preto*, v. 46, n. 3, p.256-272, 2013.

NOGUEIRA, I. C. *et al.* Efeitos do exercício físico no controle da hipertensão arterial em idosos: uma revisão sistemática. **Rev. bras. geriatr. gerontol.**, Rio de Janeiro , v. 15, n. 3, p. 587-601, Sept. 2012

PEREIRA, N. P. A.; LANZA, F. M.; VIEGAS, S.M.F. Vidas em tratamento para Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus: sentimentos e comportamentos. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília , v. 72, n. 1, p. 102-110, Feb. 2019

RADOVANOVIC, C.A.T. *et al.* Hipertensão arterial e outros fatores de risco associados às doenças cardiovasculares em adultos. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto , v. 22, n. 4, p. 547-553, Aug. 2014

SANTOS, Z. M. S. A., SILVA, R. M. **Hipertensão arterial**: modelo de educação em saúde para o autocuidado. Fortaleza: Unifor; 2012

SILVA, J. V. M. MANTOVANI, M. F.; KALINKE, L. P.; ULBRICH, E. M. Avaliação do programa de hipertensão arterial e diabetes mellitus na visão dos usuários. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 68, n. 4, 2015.

SILVA, J. L. L.; SOUZA, S. L. Fatores de risco para hipertensão arterial sistêmica versus estilo de vida docente. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 06, n. 03, p. 330-335, 2004. Disponível em [www.fen.ufg](http://www.fen.ufg)

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo , v. 95, n. 1, supl. 1, p. I-III, 2010

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo , v. 89, n. 3, p. e24-e79, Sept. 2007 . Available from <<http://www.scielo.br/scielo.php>

TAVARES, N. U. L. *et al.* Fatores associados à baixa adesão ao tratamento farmacológico de doenças crônicas no Brasil. **Rev. Saúde Pública**, v. 50, n. 2, p. 1-11, 2016.

XAVIER, H. T.; GAGLIARDI, A. R. T. **Cardiometabolismo**: uma visão prática da síndrome metabólica. São Paulo: BBS Editora, 2015.