

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

MURILO MARQUES PIRES

**ADESÃO AO TRATAMENTO ENTRE PACIENTES HIPERTENSOS DA
UNIDADE DE SAÚDE VILA PÉROLA – EQUIPE 84, CONTAGEM -
MINAS GERAIS**

BELO HORIZONTE- MINAS GERAIS

2018

MURILO MARQUES PIRES

**ADESÃO AO TRATAMENTO ENTRE PACIENTES HIPERTENSOS DA
UNIDADE DE SAÚDE VILA PÉROLA – EQUIPE 84, CONTAGEM -
MINAS GERAIS**

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

Orientadora: Profa. Virgiane Barbosa de Lima

BELO HORIZONTE- MINAS GERAIS

2018

MURILO MARQUES PIRES

**ADESÃO AO TRATAMENTO ENTRE PACIENTES HIPERTENSOS DA
UNIDADE DE SAÚDE VILA PÉROLA – EQUIPE 84, CONTAGEM,
MINAS GERAIS**

Banca Examinadora

Profa. Virgiane Barbosa de Lima - orientadora

Profa. Dra. Maria Rizioneide Negreiros de Araújo - UFMG

Aprovado em Belo Horizonte, em: 18/03/2018

AGRADECIMENTOS

Aos meus professores e a minha família.

A minha orientadora Profa. Virgiane Barbosa de Lima, por sua excelente orientação.

A todos os que de uma forma ou de outra me ajudaram na realização deste trabalho.

RESUMO

A Equipe de Saúde da Família 84 da Unidade Básica de Saúde Vila Pérola no município Contagem é responsável por 3000 usuários cadastrados. A equipe vem prestando atendimento para portadores de hipertensão arterial que procuram os serviços da equipe apresentando queixas relacionadas à doença. O objetivo deste trabalho foi elaborar uma proposta de intervenção voltada para o acompanhamento de hipertensos que não aderem aos tratamentos farmacológico e não farmacológico na 84 localizada no município de Contagem - Minas Gerais. Para fundamentar este plano realizou-se pesquisa bibliográfica na Biblioteca Virtual em Saúde, na SciELO, e Biblioteca Virtual da Universidade Federal de Minas Gerais, com os descritores: Atenção Primária à Saúde; hipertensão; adesão ao tratamento. O plano de ação foi proposto após a realização da análise situacional e reconhecimento dos principais problemas de saúde existentes no território. Assim, foram planejadas ações em saúde, utilizando o método de Planejamento Estratégico Situacional e com as informações coletadas nos registros da equipe, consulta médica e durante as visitas domiciliares. O método da Estimativa proporcionou conhecer as condições de vida da população do território da equipe 84, suas características e ambiente onde vive a população e a maneira como se distribui no território. Os nós críticos identificados foram: Baixo nível de conhecimento; Estilos de vida inadequados; Baixa autoestima e Processo de trabalho da equipe de saúde de família inadequado para enfrentar o problema. O sucesso desta intervenção necessita da participação de toda a equipe e do aumento de orientações sobre o problema, visando a melhoria da qualidade de vida dos hipertensos que até o momento não aderiram ao tratamento farmacológico e não farmacológico.

Palavras Chave: Atenção Primária à Saúde. Hipertensão. Adesão ao tratamento.

ABSTRACT

The Family Health Team 84 of the Vila Pérola Basic Health Unit in Contagem municipality is responsible for 3000 registered users. The team has been providing care for people with hypertension who seek the services of the team presenting complaints related to the disease. The objective of this work was to elaborate a proposal of intervention aimed at the follow up of hypertensive patients who do not adhere to the pharmacological and non - pharmacological treatments in the 84 located in the city of Contagem - Minas Gerais. To support this plan, a bibliographic research was carried out in the Virtual Health Library, SciELO, and Virtual Library of the Federal University of Minas Gerais, with the following descriptors: Primary Health Care; hypertension; adherence to treatment. The action plan was proposed after the situational analysis and recognition of the main health problems in the territory. Thus, actions were planned in health, using the Strategic Situational Planning method and with the information collected in the team records, medical consultation and during home visits. The estimative method provided an understanding of the living conditions of the population of the territory of team 84, its characteristics and environment where the population lives and the way it is distributed in the territory. The critical nodes identified were: Low level of knowledge; Inadequate lifestyles; Low self-esteem and inadequate family health team work process to address the problem. The success of this intervention requires the participation of all the staff and the increase of guidelines on the problem, aimed at improving the quality of life of hypertensive individuals who have not adhered to pharmacological and non-pharmacological treatment to date.

Keywords: Primary Health Care. Hypertension. adherence to treatment.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

SUS	Sistema Único de Saúde
ACS	Agente Comunitário de Saúde
AB	Atenção Básica
DCV	Doença cardiovascular
HAS	Hipertensão arterial sistêmica
HIPERDIA	Hipertensão arterial e Diabetes Mellitus
PA	Pressão Arterial
RMBH	Região Metropolitana de Belo Horizonte
UBS-	Unidades Básicas de Saúde

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

- Quadro 1 – Grau de importância, urgência, viabilidade, enfrentamento dos problemas e recursos..... 25
- Quadro 2 – Operações sobre a falta de adesão ao tratamento e ao medicamento anti-hipertensivo pelos usuários hipertensos adscritos à equipe 84, da Unidade Básica de Saúde da Família Vila Pérola, município de Contagem, MG.....26
- Quadro 3 – Operações sobre o “nó crítico 2” “Estilos de vida inadequados” entre usuários hipertensos adscritos à equipe ‘84’, da Unidade Básica de Saúde da Família Vila Pérola, Contagem/MG..... 28
- Quadro 4 – Operações sobre “nó crítico 3” “ Processo de trabalho da equipe de saúde de família inadequado para alterar o problema da falta de adesão ao tratamento” entre usuários hipertensos adscritos à equipe 84, da Unidade Básica de Saúde da Família Vila Pérola, município de Contagem, MG..... 29

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	9
1.1 Caracterização do Município de Contagem.....	9
1.2 Área de Abrangência da UBS Vila Pérola.....	10
1.3 O processo de trabalho na UBS Vila Pérola.....	10
2 JUSTIFICATIVA.....	14
3 OBJETIVO	15
4 REVISÃO DE LITERATURA	16
5 METODOLOGIA	17
6 PROJETO DE INTERVENÇÃO	22
6.1 Descrição do problema.....	22
6.2 Explicação do problema selecionado.....	22
6.3 Priorização do problema.....	23
6.4 Seleção dos “nós” críticos.....	23
6.5 Desenho das operações.....	24
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	30
REFERÊNCIAS.....	31

1 INTRODUÇÃO

1.1 Caracterização do Município de Contagem

Contagem é um município do estado de Minas Gerais, situado na região metropolitana do estado. Possui 658.580 habitantes conforme estimativa realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística para o ano de 2017 (IBGE, 2017). Sua localização na região central do estado e a proximidade da capital Belo Horizonte, proporcionou ao município um crescimento significativo se transformando num importante centro urbano e industrial. O município ocupa 195.045 km² de área territorial e faz limite com Belo Horizonte, Betim, Esmeraldas, Ribeirão das Neves e Ibirité.

Em termos percentuais, a população urbana soma cerca de 90% do total de habitantes e a população rural aproximadamente 10%. Esta população em relação a faixa de idade a população de Contagem em sua maioria possui idade entre 15 e 64 anos, seguida dos menores de 15 anos, sendo a população idosa em menor número no município.

O município tem como principal atividade econômica a indústria e o comércio. A partir da visualização disponibilizada pelo Ministério do Desenvolvimento Social e Combate a Fome tem-se um quantitativo de famílias pobres no município de 31.779. A Secretaria Municipal de Saúde tem por finalidade coordenar os programas, projetos e atividades voltados para a promoção do atendimento integral à saúde da população do Município, na condição de gestora municipal do Sistema Único de Saúde (SUS). O município é composto por sete distritos sanitários: Eldorado, Industrial, Nacional, Ressaca, Sede, Petrolândia e Vargem das Flores (PORTAL DA PREFEITURA DE CONTAGEM, 2011).

A rede de atenção à saúde é composta por:

► **Atenção Primária à Saúde:**

- equipes de saúde da família: responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias, desenvolvendo ações de promoção, prevenção, recuperação e ações de reabilitação da saúde para assegurar um ótimo padrão da saúde as comunidades.

► **Atenção Secundária à Saúde:**

- Centros de Consultas Especializadas (UCER e CCE IRIA DINIZ);
- Centro de Referência à Saúde do Homem;
- Centro de Referência à Saúde do Trabalhador (CEREST);
- Centro de Testagem e Aconselhamento HIV/AIDS (CTA);
- Unidades de Pronto Atendimento (UPA);
- Serviços de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU);
- Centros de Especialidades Odontológicas (CEO);
- Centros de Apoio Psicossocial (CAPS)
- Centro de Apoio Psicossocial Infanto-Juvenil (CAPSI);
- Centro de Apoio Psicossocial Álcool e Outras Drogas (CAPS AD);
- Centro de Convivência;
- Serviços Residenciais Terapêuticos.
- Casa da Gestante.

► Atenção Terciária à Saúde:

- Hospital Municipal de Contagem (HMC);
- Maternidade Municipal de Contagem (MMC).

1.2 Área de Abrangência da UBS Vila Pérola

A Unidade Básica de Saúde (UBS) Vila Pérola fica localizada à Rua Campina Verde, número 18, Bairro Vila Pérola no distrito Ressaca. Abrange os bairros Cabral, Campina Verde, Colorado, Jardim Laguna, Novo Progresso, Parque Recreio, dentre outros. Na sua área de abrangência e para cuidados em saúde estão uma Unidade de Pronto Atendimento UPA (Ressaca), uma Farmácia da Rede básica de saúde, uma academia ao ar livre em frente à UBS e um Centro de Consultas Especializadas.

1.3 O processo de trabalho na UBS Vila Pérola

Na UBS Vila Pérola funcionam duas Equipes de Saúde da Família (eSF) a 84 e 36 e em relação à equipe 84, a mesma é responsável por um território composto por seis microáreas e está composta por um médico, uma enfermeira, um técnico de enfermagem e quatro agentes comunitários de saúde. Aproximadamente 3000 usuários estão sob responsabilidade da equipe 84 os quais vivem na zona urbana e um dos fatores que alteram o processo de trabalho da equipe são as vias de acesso à UBS, pois, a mesma se localiza nos limites de uma comunidade de carência

extrema (equipe 36) e os moradores temem a falta de segurança para atravessar os becos da comunidade e chegar a Unidade Básica de Saúde onde são cadastrados. Entre os outros fatores está a falta de rampas de acesso, corrimões nem escadas para cadeirantes e demais portadores de necessidades especiais. Não existe prontuário eletrônico, sendo o controle feito através das fichas de cadastro dos pacientes demarcados por ruas e arquivados em envelopes; A contrarreferência é enviada somente quando o especialista acha relevante. A demanda espontânea excessiva; A demora nos agendamentos para consultas de referência e marcação de exames laboratoriais são problemas constantes.

Por outro lado, a equipe realiza um bom trabalho porque existem fatores que contribuem com o processo de trabalho como: Saneamento básico em funcionamento completo; Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF), que atua na UBS e nas reuniões mensais são realizados encontros, que são importantes pois ajudam a redirecionar as ações realizadas pela equipe e ainda organiza a demanda por consultas especializadas através de discussões de caso clínico sendo um bom momento para desenvolver a educação permanente entre os profissionais da equipe e do NASF que é formado por um psicólogo, um fisioterapeuta e por um fonoaudiólogo. Também participam das reuniões representantes do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS).

Na UBS os grupos operativos são dirigidos para a promoção da saúde como hiperdia e controle da fecundidade e o terapêutico para pacientes tabagistas. A vigilância epidemiológica é ativa e contribui enviando à Secretaria Municipal de Saúde informações epidemiológicas, demográficas, socioeconômicas, físico-ambientais e outras informações relevantes principalmente durante epidemias de doenças infectocontagiosas. A equipe que trabalha unida, realiza grupos de prevenção em saúde além de reuniões periódicas para discutir ideias sobre como melhorar o trabalho da equipe. A presença de uma equipe de saúde completa com técnico de enfermagem, administrativo, enfermeiro e gerente da UBS contribui para a realização das atividades da UBS em dia e a facilidade em realizar testes rápidos como HIV, Sífilis e Hepatite B.

A organização da agenda de trabalho é feita da seguinte maneira: organização na escala de atendimentos priorizando a livre demanda na parte da manhã e consultas agendadas como pré natal, puericultura e retorno de exames, na parte da tarde.

Temos facilidade de solicitarem realização de determinados exames de imagem e laboratoriais de rotina, de urgência e exames de imagem como ultrassom, endoscopia digestiva alta e radiografias.

O serviço na UBS é organizado de forma que os exames clínicos são coletados e encaminhados para a Santa Casa de Belo Horizonte, com tempo de espera do retorno dos resultados variando conforme a demanda de pedidos, mas geralmente retornam em 30 dias. Já em relação às consultas especializadas, quando é necessário o médico faz o encaminhamento através do preenchimento da guia de referência e contrarreferência disponível na unidade, respeitando a escala de 0 a 3 no que se refere ao grau de prioridade da consulta sendo P0 prioridade mais urgente e P3 menos urgente. Assim, especialistas de baixa demanda são marcados diretamente pela internet. Entretanto, para qualquer encaminhamento é necessário que o médico preencha a guia de referência informando todos os dados do paciente bem como motivo do encaminhamento e número do cartão SUS. Existe um profissional que faz as marcações e agendamentos das consultas.

A rotina da equipe é feita de acordo com a agenda do profissional de enfermagem e do médico, onde na agenda do último é de segunda a quinta, sendo que, no período da manhã é priorizado os atendimentos de demanda espontânea. No período da tarde são destinados atendimentos agendados como avaliação dos resultados de exames, consultas de Pré-Natal, visitas domiciliares, puericultura, sempre priorizando nos dois turnos atendimentos de urgência.

Nas urgências o primeiro atendimento é feito pelo médico da equipe e, se achar necessário é feito encaminhamento para a UPA. No caso das visitas domiciliares o transporte é feito pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), sendo que o primeiro atendimento é feito pelo médico acompanhado da equipe de saúde. Quanto ao trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde(ACS), os mesmos trabalham visitando as casas do território, fazendo cadastramento de novas famílias, informando sobre ações de promoção à saúde e prevenção. No caso das áreas descobertas há uma redistribuição entre as ACS para que o território descoberto não fique sem suporte.

Após a realização do diagnóstico situacional da área de abrangência da equipe 84 realizou-se reuniões específicas com a comunidade onde foram discutidos os problemas mais relevantes e ficaram claras as doenças mais prevalentes que acometem os usuários que são: A Hipertensão Arterial, Transtorno de Ansiedade, Dor Crônica e Diabetes. A equipe observou que, durante os atendimentos feito através do enfermeiro, médico e técnico de enfermagem ser constante o número de pacientes que chegam à unidade com crise hipertensiva, demandando medicamento hipotensor de imediato. Caso não exista medicação ou o paciente apresente piora do quadro ele será encaminhado à UPA mais próxima, através de um encaminhamento médico.

Em qualquer das situações anteriores, observou-se a alteração significativa no serviço, pois são pessoas que já foram diagnosticadas previamente e que voltam com o mesmo problema para a equipe ajudar na solução, demonstrando nitidamente a baixa qualidade de vida provocada pela doença. Assim, para este trabalho e, a partir de uma reunião entre a equipe onde foram discutidas as principais queixas dos usuários, pois, quando os mesmos procuram a unidade os hipertensos que são grande parcela, é que, na maioria dos casos, não há um tratamento demandando o controle pressórico de imediato desses pacientes. Por outro lado, frente à um paciente com hipertensão é necessário saber se o paciente está fazendo uso ou não de medicamentos anti hipertensivos e se tais medicamentos estão sendo tomados de maneira regular. Diante de uma situação em que a medicação está irregular e a pressão está descontrolada é fundamental o ajuste da medicação e uma avaliação do cardiologista, caso o paciente apresente comorbidades ou está em uso crônico da medicação. Para enfrentar este problema a equipe propôs um plano de ação para intervir na adesão ao tratamento da hipertensão, através de ações educativas e com a finalidade de melhorar a qualidade de vida dos acometidos pela hipertensão. A proposta de intervenção é realizada após realizada a análise da governabilidade e a viabilidade do plano proposto , contemplando os nós críticos que impedem o bom andamento das situações(CAMPOS, FARIA, SANTOS, 2010).

2 JUSTIFICATIVA

“A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é um problema grave de saúde pública no Brasil e no mundo e um agravo de grande magnitude em termos econômicos, sociais e de qualidade de vida” (LOPES; MARCON, 2009, p. 344).

No Brasil, em “Revisão sistemática quantitativa de 2003 a 2008, de 44 estudos em 35 países, revelou uma prevalência global de 37,8% em homens e 32,1% em mulheres”(PEREIRA *et al.*, 2009 apud SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010, p. 1). Ainda de acordo com a Sociedade brasileira de cardiologia para o ano de 2007

[...] A hipertensão arterial apresenta custos médicos e socioeconômicos elevados, decorrentes principalmente das suas complicações, tais como: doença cerebrovascular, doença arterial coronariana, insuficiência cardíaca, insuficiência renal crônica e doença vascular de extremidades (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2007, p. 30).

De acordo com Kohlmann Jr. *et al.* (1999) a HAS caracteriza-se por apresentar elevados níveis de pressão arterial, associados à alterações metabólicas e hormonais, com características multifatoriais além de fator de risco para doenças cardiovasculares.

Na UBS Vila Pérola do município Contagem, a equipe 84 presta serviço a um número significativo de pacientes hipertensos que estão sob responsabilidade da equipe de saúde da família cerca de 30% de pessoas maiores de 20 anos que apresentam HAS, com muitos casos descompensados da doença, apresentando estilos de vida inadequados, irregularidades no tratamento medicamentoso e baixa percepção de risco. Assim, o tema selecionado para este trabalho se justifica pela necessidade de se estimular a adesão ao tratamento da hipertensão, inclusive o uso do medicamento anti-hipertensivo pelo usuário hipertenso e que não adere ao tratamento proposto na UBS Vila Pérola no município de Contagem em Minas Gerais.

3 OBJETIVO

Elaborar uma proposta de intervenção visando estimular a adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso pelos hipertensos adscritos à equipe 84, da Unidade Básica de Saúde da Família Vila Pérola, município de Contagem, MG.

4 METODOLOGIA

Para a realização do diagnóstico situacional do território de abrangência da equipe '84' da UBS Vila Pérola utilizou-se o método de estimativa rápida de forma a obter informações sobre um conjunto de problemas e recursos potenciais para o enfrentamento dos mesmos, num curto período de tempo e sem altos gastos, constituindo importante ferramenta para apoiar um processo de planejamento participativo. Este processo objetiva envolver a população na identificação de suas necessidades e problemas e, também, identificar os atores sociais, autoridades municipais, organizações governamentais e não governamentais, etc., que controlam recursos para o enfrentamento dos problemas.

Outra ferramenta utilizada foi a observação ativa do território para complementar informações sintetizadas durante a estimativa rápida que foram pertinentes e necessários no processo da avaliação. Posteriormente, desenvolveu-se o projeto de intervenção para o problema priorizado utilizando-se o método de Planejamento Estratégico Situacional (PES) conforme orientado na disciplina Planejamento e Avaliação das ações em saúde (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010) o qual permitiu desenvolver os seguintes passos: Identificação e definição do problema; Priorização, descrição do problema principal e explicação da sua origem; Seleção dos "nos críticos"; Desenho das operações; Identificação dos recursos críticos; Análise da viabilidade do plano e gestão do plano.

Para subsidiar a elaboração do projeto de intervenção foi realizada uma revisão bibliográfica da literatura sobre o tema para melhor compreendê-lo e elaborar a proposta de intervenção. A busca foi realizada através dos bancos de dados do Scientific Electronic Library Online (SciELO) e publicações do Ministério de Saúde. A pesquisa nos bancos de dados foi feita por meio dos seguintes descritores:

Atenção Primária à Saúde.

Hipertensão.

Adesão ao tratamento.

3 REVISÃO DE LITERATURA

A Atenção primária à Saúde (APS) através dos profissionais de saúde procura organizar serviços visando a promoção, proteção e recuperação de saúde, atendendo aos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) de forma continuada configurando o primeiro nível de atenção ao usuário ao serviço (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013). As autoras ainda descrevem claramente os principais conceitos que envolvem o tema, destacando,

[...] A organização dos serviços de saúde da Atenção Primária por meio da ESF prioriza ações. Em expansão por todo o território nacional, a ESF define-se por um conjunto de ações e serviços que vão além da assistência médica, estruturando-se com base no reconhecimento das necessidades da população, apreendidas a partir do estabelecimento de vínculos entre os usuários dos serviços e os profissionais de saúde, em contato permanente com o território. A ESF propõe que a atenção à saúde centre-se na família, entendida e percebida a partir de seu ambiente físico e social, o que leva os profissionais de saúde a entrar em contato com as condições de vida e saúde das populações, permitindo-lhes uma compreensão ampliada do processo saúde-doença e da necessidade de intervenções que vão além das práticas curativas. Para tanto, os profissionais que nela atuam deverão dispor de um arsenal de recursos tecnológicos bastante diversificados e complexos (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013, p. 159).

Sob o formato de programa, “o Programa Saúde da Família (PSF) surge no Brasil como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial a partir da atenção básica, em conformidade com os princípios do Sistema Único de Saúde(SUS)” (ROSA; LABATE, 2005, p. 1028).

Por ocasião da criação do SUS e atendendo uma de suas solicitações, no ano de 1994 criou-se o PSF que foi o primeiro nome dado à Estratégia em Saúde da Família (ESF), a qual propunha a mudança do modelo tradicional de assistência em saúde, que até o momento baseava-se no modelo biomédico, hospitalocêntrico e centrado na doença, para uma inovação tecnológica centrada em compreender o objeto do trabalho em saúde e de forma assistencial(SORRATO *et al.*, 2015).

Quanto ao modelo assistencial então proposto, uma equipe de saúde da família passou a ter caráter multiprofissional, dentre eles o médico generalista, o

enfermeiro, o auxiliar de enfermagem e o agente comunitário de saúde (ESCOREL *et al.*, 2007). Os autores consideram ainda que,

[...]a unidade de saúde da família constitui a porta de entrada ao sistema local e o primeiro nível de atenção, o que supõe a integração à rede de serviços mais complexos. Recomenda-se que cada equipe fique responsável por entre 600 e 1 000 famílias (2 400 a 4 500 habitantes). A equipe deve conhecer as famílias do seu território de abrangência, identificar os problemas de saúde e as situações de risco existentes na comunidade, elaborar um programa de atividades para enfrentar os determinantes do processo saúde/doença, desenvolver ações educativas e intersetoriais relacionadas com os problemas de saúde identificados e prestar assistência integral às famílias sob sua responsabilidade no âmbito da atenção básica(ESCOREL *et al.*, 2007, p. 165).

O processo de trabalho auxilia no sucesso da promoção da saúde e para atingir o objetivo previsto pelas equipes de saúde da família é necessário a atuação da equipe multidisciplinar, a realização do diagnóstico da realidade vivenciada pelos seus usuários bem como a organização de ações, planejamento e organização do serviço e da tomada de decisões e do controle social. Além disso, é importante considerar o estabelecimento do vínculo com os usuários do serviço de saúde reconhecendo e valorização do sujeito capaz de se expressar e ser participativo no seu processo saúde-doença (CHAGAS; VASCONCELLOS, 2013). Assim, ressalta-se a proposta da equipe de saúde de propor assistência à saúde visando a integralidade da assistência e para isto considera o usuário como parte de uma coletividade, família e de sua particular cultura. Esta prática, utiliza de tecnologias materiais e não materiais variadas e de diferentes complexidades resultando num modelo de baixa densidade tecnológica quando comparados à estrutura das instituições relacionadas às redes de atenção à saúde (SORATTO *et al.*, 2015).

Ainda conforme os autores, os aspectos materiais e não materiais estão relacionadas ao trabalho humano como,

[...] Ao aplicar essa teoria ao setor saúde encontra-se que o trabalho em saúde ocorre no setor de serviços e tem como finalidade a ação terapêutica de saúde, motivada por necessidades de cuidado apresentadas por pessoas individualmente ou por grupos populacionais. O objeto de trabalho consiste naquilo sobre o que incide a atividade, o que será transformado pela ação dos trabalhadores da área da saúde, ou seja, os seres humanos em todo seu ciclo vital. Os meios e instrumentos de trabalho podem ser máquinas, ferramentas ou equipamentos em geral, mas também, em

uma visão mais ampla, inclui conhecimentos, tecnologias de cuidado e assistenciais e tecnologias de organização do trabalho. E, por fim, o produto é a própria prestação da assistência em saúde, que é consumida no ato da sua realização (PIRES, 2008 apud SORATTO *et al.*, 2015, p. 587).

O meio onde o indivíduo vive influencia em seu estado de saúde, assim como suas relações sociais, econômicas e culturais resultando muitas vezes na hipertensão. O diagnóstico desta sendo consideravelmente fácil e os medicamentos acessíveis, mesmo assim, existem indivíduos que não sabem que possuem a doença e mantêm os níveis pressóricos relativamente descontrolados (CASTRO; ROLIM; MAURICIO, 2005). Os autores observam também que,

[...]No mundo do trabalho, a hipertensão arterial sistêmica é mais encontrada entre os trabalhadores não especializados, que ganham menores salários, dos setores secundários e terciários da economia. As pessoas menos favorecidas não possuem acesso a informações, não tendo, portanto, conhecimento sobre a hipertensão (CORDEIRO, 1991 apud CASTRO; ROLIM; MAURICIO, 2005, p. 185).

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma doença crônica e um problema de saúde pública, responsável por comorbidades decorrentes de suas complicações como a doença coronariana, acidentes vasculares cerebrais (AVC), insuficiência renal, doenças vasculares periféricas, etc. (MACHADO; PIRES; LOBÃO, 2012).

A doença ocorre por fatores constitucionais como idade, sexo, contribuição genética e ambientais como a ingestão de sal em excesso, álcool, gordura, tabagismo, trabalho e inclusive classe social (SIMÃO *et al.*, 2008). Assim, a doença demanda prevenção e controle bem como a identificação dos indivíduos em situação de risco (RADOVANOVIC *et al.*, 2014).

Sabe-se que em países em desenvolvimento, o crescente aumento da população idosa associado às mudanças do modo de vida e alimentação vem modificando o estado de saúde das pessoas resultando na prevalência de doenças crônicas como a hipertensão (PASSOS; ASSIS; BARRETO, 2006). Esta pode ser classificada em primária e secundária conforme o trabalho de Piccini *et al.* (2011),

[...] A elevação da pressão arterial é um sinal de manifestação de doença específica na hipertensão arterial (HAS) secundária, que responde por 5% dos casos. Nos casos de HAS primária ou essencial, é sinal de que um conjunto de fatores

compromete o sistema cardiovascular e responde pelos demais 95% dos casos de HAS (PICCINI *et al.*, 2011, p. 544).

Assim, é necessário que os profissionais de saúde saibam estimular o autoconhecimento e responsabilidade para assumir seu papel ativo, modificar comportamentos e manutenção de expectativas (CASTRO; ROLIM; MAURICIO, 2005).

Para conceituar adesão, utilizou-se o trabalho de Bezerra; Lopes; Barros (2014), propondo que,

[...] adesão ao tratamento é a extensão pela qual o comportamento de uma pessoa reflete mudanças significativas no estilo de vida e está diretamente associada ao cumprimento de hábitos de vida saudáveis, conforme as recomendações feitas pelo provedor de cuidados da saúde (DAL-FABBRO, 2005 apud BEZERRA; LOPES; BARROS, 2014, p. 551).

Pelo fato de se tratar de uma doença crônica e assintomática, muitas vezes o hipertenso encerra o tratamento, deixando de cultivar um estilo de vida adequado, além de deixar o tratamento com medicamentos anti-hipertensivos pelo fator de os mesmos apresentarem efeitos adversos, horário para administração, entre outros (MANFROI; OLIVEIRA, 2006).

Considerando que adesão do tratamento

[...] do paciente a uma determinada terapia depende de vários fatores que incluem, dentre outros, os relativos à relação médico-paciente, às questões subjetivas do paciente, às questões referentes ao tratamento, à doença, ao acesso ao serviço de saúde, à obtenção do medicamento prescrito e à continuidade do tratamento (CHIZZOLA *et al.*, 1996 apud MANFROI; OLIVEIRA, 2006, p. 167)

A não adesão ao tratamento medicamentoso também está sob influência da expectativa do hipertenso em relação ao tratamento, sua colaboração, sentimentos e forma de adoecimento e convívio com a doença (BEZERRA; LOPES; BARROS, 2014). Assim, considera-se importante a relação médico-paciente, onde o primeiro deve acompanhar o paciente esclarecendo sobre a doença com linguagem adequada, transmitindo conhecimentos sobre a hipertensão, suas consequências e seguimento para que o tratamento seja produtivo, através do vínculo entre médico e paciente o qual assume juntamente do médico o compromisso com seu tratamento e cuidados necessários (MANFROI; OLIVEIRA, 2006).

Cabe portanto aos gestores e profissionais de saúde enfrentar este problema, embora desafiador propondo ações recomendadas na prevenção primária da hipertensão com indivíduos com pressão arterial limítrofe (VI DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO, 2010). Este trabalho propõe medidas não medicamentosas como,

[...] Hábitos saudáveis de vida devem ser adotados desde a infância e adolescência, respeitando-se as características regionais, culturais, sociais e econômicas dos indivíduos. As principais recomendações não medicamentosas para prevenção primária da HAS são: alimentação saudável, consumo controlado de sódio e álcool, ingestão de potássio, combate ao sedentarismo e ao tabagismo (DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO, 2010, p. 3).

De acordo com Kohlmann Jr *et al.* (1999), pessoas com valores de pressão arterial normais se conseguirem a redução destes poderão reduzir o risco de doença cardíaca. A adesão ao tratamento da hipertensão pode ser comprometida no caso do tratamento não farmacológico devido a falta de persistência e interrupção do mesmo. Já o tratamento farmacológico, apesar de atualmente os medicamentos apresentem baixos índices de efeitos indesejáveis e mesmo assim, seu uso muitas vezes é não é contínuo (MION; PIERIN; GUIMARÃES, 2001). Para estes autores, em relação ao tratamento,

[...] Do ponto de vista farmacológico, é recomendada, no início do tratamento para hipertensos leves, uma droga pertencente a uma das 6 classes de anti-hipertensivos, a saber: diuréticos, betabloqueadores, simpatomolíticos de ação central, antagonistas dos canais de cálcio, inibidores da enzima conversora da angiotensina e antagonistas do receptor da angiotensina II. Quando não há controle da pressão arterial com monoterapia ou surgem efeitos adversos, pode-se aumentar a dose da droga em uso, adicionar uma segunda droga ou substituir a monoterapia (MION; PIERIN; GUIMARÃES, 2001, p. 249).

6 PROJETO DE INTERVENÇÃO

Este projeto de intervenção foi construído após reuniões da equipe '84', da Unidade Básica de Saúde da Família Vila Pérola, município de Contagem, MG, nas quais foram estabelecidas diretrizes para guiar o desenvolvimento do estudo. Buscou-se, também, cooperação dos líderes comunitários, moradores e pessoas que vivem na comunidades para aportar informações relevantes e que juntamente com a observação ativa do território usando o método da estimativa rápida permitiu conhecer os problemas mais comuns vivenciados pelos usuários adscritos.

Na construção da proposta de intervenção utilizou-se o princípio do Planejamento Estratégico Situacional (PES), que é um método flexível, por sua possibilidade e capacidade de se adaptar às constantes mudanças que o indivíduo enfrenta na sua realidade, relacionando às funções de planejamento e execução, permitindo análises situacionais que auxiliam na orientação do responsável no momento da ação, sendo possível ajustar situações caso seja necessário mudança de situação naquele momento podendo adequar novas decisões (IIDA, 1993).

Baseado na disciplina de Planejamento e avaliação das ações em saúde, parte do Curso de Especialização Estratégia em Saúde da Família (CEESF) construiu-se o diagnóstico situacional da equipe 84, através do qual foi possível selecionar o problema a ser enfrentado neste primeiro momento. Assim, a equipe verificou a capacidade de enfrentamento do problema selecionado, a sua importância para o indivíduo, família e reflexo na comunidade e em seguida propor formas de enfrentamento para o problema que naquele momento considerou-se prioritário (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

6.1 Descrição do problema

A equipe 84, da Unidade Básica de Saúde da Família Vila Pérola observou que durante os atendimentos de enfermagem, médico e técnico de enfermagem o número significativo de pacientes que chegam à unidade com crise hipertensiva, demandando medicamento hipotensor de imediato. Se na unidade faltar medicação ou o paciente apresentar piora do quadro o mesmo é encaminhado à UPA mais próxima através de um encaminhamento médico.

Em qualquer das situações anteriores, observou-se a alteração significativa no serviço, pois são pessoas que já foram diagnosticadas previamente e que voltam

com o mesmo problema para a equipe ajudar na solução, demonstrando nitidamente a baixa qualidade de vida provocada pela doença. Assim, para este trabalho e a partir de uma reunião entre a equipe onde foi discutido as principais queixas dos usuários, pois, quando procuram a unidade os pacientes hipertensos que representam várias demandas, e que na maioria dos casos não faz o tratamento, sem controle pressórico necessitando tratamento medicamentoso imediato desses pacientes. Assim, para esta proposta a partir de várias reuniões entre a equipe, foram feitas atividades como examinar os registros dos usuários existentes na Unidade, entrevistas dos ACS com os usuários e visitas em cada microárea para observar as condições de vida das famílias.

Por outro lado, frente à um paciente com hipertensão é necessário saber se o paciente está fazendo uso ou não de medicamentos anti hipertensivos e se tais medicamentos estão sendo tomados de maneira regular. Diante de uma situação em que a medicação está irregular e a pressão está descontrolada é fundamental o ajuste das medicações e uma avaliação do cardiologista caso o paciente apresente comorbidades ou está em uso crônico das medicações. Para enfrentar este problema a equipe propôs um plano de ação para intervir na adesão ao tratamento da hipertensão, através de ações educativas e com a finalidade de transformar hábitos melhorar a qualidade de vida dos acometidos pela hipertensão. Depois de se reunir para discutir os principais problemas de saúde que atingem a população, a equipe 84 de saúde apresentou os seguintes problemas:

- Predomínio de pacientes hipertensos, que não tem adesão ao tratamento anti-hipertensivo.
- Predomínio de pacientes com Diabetes Mellitus.
- Alta frequência de pacientes alcoólatras.
- Alto consumo de medicamentos antidepressivos,
- Alta frequência de tabagismo.

6.2 Explicação do problema selecionado

Os fatores político, cultural, ambiental e socioeconômico interferem no estilo de vida de uma população. No Brasil, considerando a dimensão territorial, os costumes

alimentares nível social, costumes, pressão social, nível educacional e de informação, cultura, entre outras determinam as características da população. No entanto, as políticas públicas de saúde são determinadas para toda a extensão territorial. Assim, existe um programa que brinda um adequado acompanhamento da HAS com protocolo para a mesma, apoio farmacológico, referência e contrarreferência das complicações e capacitação do pessoal de saúde. No território da equipe foi detectado pouco conhecimento sobre a doença e do tratamento não farmacológico pelos acometidos, falta de adesão ao tratamento medicamentoso, além de inadequados hábitos alimentares que constitui risco cardiovascular, falta de saneamento básico, e pouca atenção pela equipe e saúde.

Foram detectados em consultas realizadas pelos profissionais da equipe 84, muitos pacientes sem contrarreferência de cardiologia, falta de informação sobre o uso do medicamento, e autocuidado precário. Portanto, é preciso fomentar sobre a adequada adesão do paciente ao tratamento para que se possam evitar as complicações da doença.

O problema priorizado é predominante na área de abrangência da UBS, pois se registram 584 hipertensos cadastrados e aproximadamente 30% destes não estão com a doença controlada.

6.3 Priorização do problema

Após a identificação e seleção do problema prioritário, trabalhou-se na e priorização dos mesmos. Para critérios de seleção dos problemas, considerou-se: a importância do problema, sua urgência, capacidade para enfrentamento, viabilidade e os recursos, distribuindo pontos conforme sua urgência; e a capacidade de enfrentamento do problema pela equipe responsável pelo projeto (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

Para a importância os valores atribuídos foram alto (3), médio (2) ou baixo (1).

O quadro 1 apresenta os problema selecionados para avaliação de prioridades.

Quadro 1 – Grau de importância, urgência, viabilidade, enfrentamento dos problemas e recursos.

Problemas	Importância			Urgência		Viabilidade		Enfrentamento			Recursos			Total
	A	M	B	SI	NO	SI	NO	A	M	B	A	M	B	
Predomínio de pacientes hipertensos sem adesão ao tratamento anti-hipertensivo	3	-	-	2	-	2	-	3	-	-	3	-	-	13
Predomínio de pacientes com Diabetes Mellitus	3		-	2	-	-	1	-	2	-	-	2	-	10
Alta frequência de pacientes alcoólatras	3			2			1			1			1	8
Alto consumo de medicamentos antidepressivos	3	-	-	2	-	-	1	-	-	1	-	2		9
Alta frequência de tabagismo	3	-	-	2	-	-	1	-	-	1	-	-	-	7

Urgência do problema: Sim (2) ou Não (1).

Viabilidade: Sim (2) ou Não (1).

Enfrentamento: Alta (3), Média (2), Baixa (1) ou Nula (0)

Recursos: Alta (3), Média (2), Baixa (1) ou Nula (0)

A equipe tomou como problema prioritário, o predomínio de pacientes hipertensos sem adesão ao tratamento anti-hipertensivo.

6.4 Seleção dos “nós” críticos

Após análise do problema, a equipe selecionou os “nós” críticos:

- Baixo nível de conhecimento.
- Estilos de vida inadequados.
- Baixa autoestima.
- Processo de trabalho da equipe de saúde de família inadequado para enfrentar o problema.

6. 5 Desenho das operações

“Quadro 2 – Operações sobre “nó crítico 1” “falta de adesão ao tratamento e ao medicamento anti-hipertensivo pelos usuário hipertensos adscritos à equipe ‘84’, da Unidade Básica de Saúde da Família Vila Pérola, município de Contagem, MG.

Nó crítico 1	Pouco nível de conhecimento sobre o tema
Operação	Sobre Hipertensão
Projeto	Aumentar o nível de informação aos pacientes sobre a importância do adesão ao tratamento para evitar as complicações da doença.
Resultados esperados	Aumentar a adesão dos pacientes ao tratamento
Produtos esperados	Avaliação do nível de informação da população sobre riscos da HAS
Atores sociais/ responsabilidades	Médico e enfermeiro
Recursos necessários	Estimular os pacientes hipertensos na adesão ao tratamento anti-hipertensivo
Recursos críticos	Estrutural: UBS Cognitivo: Folhetos explicativos, recursos audiovisuais Financeiro: Aprovar o projeto Político: Mobilização social
Controle dos recursos críticos / Viabilidade	Ator que controla: Secretária de Saúde Motivação: Favorável
Ação estratégica de motivação	Apresentação do projeto na Secretaria de Saúde, capacitação dos profissionais da equipe, campanhas educativas na rádio local, palestras nos grupos de intervenção.
Responsáveis:	Médico e enfermeira
Cronograma / Prazo	3 meses após iniciado o projeto
Gestão, acompanhamento e avaliação	Equipe de saúde e coordenador da UBS

Fonte: Próprio autor

Quadro 3 – Operações sobre o “nó crítico 2” “Estilos de vida inadequados “ entre MG usuários hipertensos adscritos à equipe ‘84’Vila Pérola, Contagem.

Nó crítico 1	Estilos de vida inadequados
Operação	Hipertensão zero
Projeto	Aumentar o nível de informação aos pacientes sobre a importância da alimentação adequada, exercício físico proposto e participação no passeio de lazer para reduzir as complicações da hipertensão.
Resultados esperados	Aumentar a qualidade de vida dos pacientes hipertensos com consequente controle dos níveis pressóricos
Produtos esperados	Hipertensos cientes de uma alimentação adequada, que pratica exercício físico e lazer para reduzir as complicações da hipertensão
Atores sociais/ responsabilidades	Profissionais da equipe de saúde
Recursos necessários	Estimular os pacientes hipertensos na adesão ao novo estilo de vida
Recursos críticos	Estrutural: UBS e demais localidades de lazer Cognitivo: Folhetos explicativos, recursos audiovisuais Financeiro: Aprovar o projeto Político: Mobilização social e multiprofissional
Controle dos recursos críticos / Viabilidade	Ator que controla: Secretária de Saúde Motivação: Favorável
Ação estratégica de motivação	Apresentação do projeto na Secretaria de Saúde, participação dos profissionais da equipe e equipe multidisciplinar, campanhas educativas na rádio local, palestras nos grupos de intervenção.
Responsáveis:	Médico e enfermeira
Cronograma / Prazo	3 meses após iniciado o projeto
Gestão, acompanhamento e avaliação	Equipe de saúde e coordenador da UBS

Quadro 4 – Operações sobre “nó crítico 3” “ Processo de trabalho da equipe de saúde de família inadequado para alterar o problema da falta de adesão ao tratamento” entre usuário hipertensos adscritos à equipe ‘84’, da Unidade Básica de Saúde da Família Vila Pérola, município de Contagem, MG.

Nó crítico 1	Processo de trabalho da equipe de saúde de família inadequado para alterar o problema da falta de adesão ao tratamento
Operação	Hipertensão controlada
Projeto	Aumentar o nível de informação dos profissionais da equipe sobre a hipertensão e da importância da adesão ao tratamento para evitar as complicações da doença.
Resultados esperados	Estimular e conseguir a adesão dos pacientes ao tratamento
Produtos esperados	Nível de informação da equipe maior que anterior e capacidade de informação da população sobre riscos/ enfrentamento da HAS
Atores sociais/ responsabilidades	Médico e enfermeiro
Recursos necessários	Estimular os pacientes hipertensos na adesão ao tratamento anti-hipertensivo
Recursos críticos	Estrutural: UBS Cognitivo: Folhetos explicativos, recursos audiovisuais Financeiro: Aprovar o projeto Político: Mobilização social
Controle dos recursos críticos / Viabilidade	Ator que controla: Secretária de Saúde e profissionais da equipe de saúde Motivação: Favorável
Ação estratégica de motivação	Apresentação do projeto na Secretaria de Saúde, capacitação dos profissionais da equipe, campanhas educativas na rádio local, palestras nos grupos de intervenção.
Responsáveis:	Médico e enfermeira
Cronograma / Prazo	3 meses após iniciado o projeto
Gestão, acompanhamento e avaliação	Equipe de saúde e coordenador da UBS

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O controle da hipertensão arterial sistêmica, assim como as complicações que pode ocasionar, de fato, depende do grau de adesão do paciente ao tratamento terapêutico. Verificou-se a necessidade de intervir junto à comunidade assistida pela equipe 84 de saúde Vila Pérola para melhor adesão ao tratamento anti-hipertensivo.

O conhecimento dos hipertensos sobre a doença e os seus fatores de risco é de grande relevância para que os profissionais de saúde delimitem o tratamento adequado, seja este medicamentoso ou não; ou até mesmo apenas para redução de danos, através da adoção de medidas que visem minimizar o impacto da hipertensão na vida de seus portadores, com a melhoria da condição de vida a fim de preservar os órgãos alvo (coração, vasos sanguíneos, cérebro e rins), levando em conta o seu perfil e as suas atitudes no momento das crises.

A equipe de saúde deve fornecer uma melhor educação e informação sobre a doença e os fatores de risco a fim de evitar o desenvolvimento da hipertensão e de quadros cardiovasculares mais complexos e facilitar a adesão ao tratamento por parte do hipertenso. Finalmente é importante ressaltar que o trabalho em equipe para ser efetivo torna-se necessário que os membros que a compõem compartilhem saberes, responsabilidades, e desenvolvam atividades humanizadas criando vínculos com a comunidade de forma a estimular e possibilitar a adesão dos pacientes ao tratamento e promover o compromisso com a saúde.

Espera-se com este projeto que a equipe de saúde se envolva no desenvolvimento das ações estimulando os usuários hipertensos na adesão ao tratamento.

REFERÊNCIAS

- BEZERRA, A. S. M.; LOPES, J. L.; BARROS, A. L. B. L. Adesão de pacientes hipertensos ao tratamento medicamentosos. **Rev Bras Enferm.** v. 67, n. 4, p. 550-5, jul- ago. 2014
- CAMPOS, F. C. C.; FARIA, H. P.; SANTOS, M. A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde.** 2 ed . NESCON/UFMG. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010.
- CASTRO, M. E.; ROLIM, M. O.; MAURICIO, T., F. Prevenção da hipertensão e sua relação com o estilo de vida de trabalhadores. **Acta paul. enferm.,** São Paulo , v. 18, n. 2, p. 184-189, Jun. 2005 .
- CHAGAS, H. M. A.; VASCONCELLOS, M. P. C.. Quando a porta de entrada não resolve: análise das unidades de saúde da família no município de Rio Branco, Acre. **Saúde soc.,** São Paulo , v. 22, n. 2, p. 377-388, Jun. 2013 .
- SCOREL, S.; GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. H. M.; SENNA, M. C. M. O Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. **Rev Panam Salud Publica,** Washington , v. 21, n. 2-3, p. 164-176, Mar. 2007 .
- IIDA, I. Planejamento Estratégico Situacional. **Prod.,** São Paulo, v. 3, n.2, p. 113-125. Dez.1993.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE) para o ano de 2017(IBGE, 2017).
- KOHLMANN JR, O.; GUIMARÃES, A. C.; CARVALHO, M. H. C.; CHAVES JR, H. C.; MACHADO, C. A.; PRAXEDES, J. N.; SANTELLO, J. L. III Consenso Brasileiro de Hipertensão Arterial. **Arq Bras Endocrinol Metab,** São Paulo , v. 43, n. 4, p. 257-286, Ago. 1999 .
- LOPES, M. C. L.; MARCON, S. S. A hipertensão arterial e a família: a necessidade do cuidado familiar. **Rev. esc. enferm. USP,** São Paulo, v. 43, n. 2, p. 343-350, junho. 2009.
- 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, 2012.
- MANFROI, A.; OLIVEIRA, F. A. Dificuldades de adesão ao tratamento na hipertensão arterial sistêmica: considerações a partir de um estudo qualitativo em uma unidade de Atenção Primária à Saúde. **Rev Bras Med Fam e Com.** Rio de Janeiro, v.2, n. 7, p. 11, out / dez. 2006.
- MION JR., D.; PIERIN, A.,M.,G.; GUIMARÃES, A. Tratamento da hipertensão arterial - respostas de médicos brasileiros a um inquérito. **Rev Ass Med Bras.** v. 47, n.3, p. 249-54. 2001.

OLIVEIRA, M. A. C.; PEREIRA, I. C.. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 66 (esp), n. 158-64, 2013.

PASSOS, V. M. A.; ASSIS, T. D.; BARRETO, S. M. Hipertensão arterial no Brasil: estimativa de prevalência a partir de estudos de base populacional. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v.15, n. 1, p. 35 – 45, jan/mar de 2006.

PICCINI, R. X.; FACCHINI, L. A.; TOMASI, E.; SIQUEIRA, F. V.; SILVEIRA, D. S.; THUMÉ, E.; SILVA, M. S.; DILELIO, A. S. Promoção, prevenção e cuidado da hipertensão arterial no Brasil. **Rev Saúde Pública**. v. 46, n. 3, p. 543-50. 2012.

PREFEITURA MUNICIPAL DE CONTAGEM. Disponível em:
http://www.contagem.mg.gov.br/?og=527684&te=informacao_ao_cidadao. Acesso em 18/03/2018

RADOVANOVIC, C. A. T.; SANTOS, L., A.; CARVALHO, M. D. B.; MARCON, S. S. Hipertensão arterial e outros fatores de risco associados às doenças cardiovasculares em adultos. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 22, n. 4, p. 547-53, 2014.

ROSA, W. A. G.; LABATE, R. C. Programa saúde da família: a construção de um novo modelo de assistência. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto , v. 13, n. 6, p. 1027-1034, 2005 .

SIMÃO, M.; HAYASHIDA, M.; SANTOS, C. B.; CESARINO, E. J.; NOGUEIRA, M. S. Hipertensão arterial entre universitários da cidade de Lubango, Angola. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto , v. 16, n. 4, p. 672-678, 2008.

SORATTO, J.; PIRES, D. E. P.; DORNELLES, S.; LORENZETTI, J. Estratégia saúde da família: uma inovação tecnológica em saúde. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis , v. 24, n. 2, p. 584-592, 2015 .

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo , v. 89, n. 3, p. e24-e79, Set. 2007.

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