

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

Natália Godoi Torres de Sousa

**PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA MULHERES OBESAS E HIPERTENSAS
COM RISCO CARDIOVASCULAR ATENDIDAS NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE
SANTA TEREZINHA NA CIDADE DE CORONEL FABRICIANO, MINAS GERAIS**

**Ipatinga
2020**

Natália Godoi Torres de Sousa

**PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA MULHERES OBESAS E HIPERTENSAS
COM RISCO CARDIOVASCULAR ATENDIDAS NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE
SANTA TEREZINHA NA CIDADE DE CORONEL FABRICIANO, MINAS GERAIS**

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

Orientadora: Dr^a Maria Marta Amâncio Amorim

**Ipatinga
2020**

Natália Godoi Torres de Sousa

**PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA MULHERES OBESAS E HIPERTENSAS
COM RISCO CARDIOVASCULAR ATENDIDAS NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE
SANTA TEREZINHA NA CIDADE DE CORONEL FABRICIANO, MINAS GERAIS**

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

Orientadora: Dr^a Maria Marta Amancio Amorim

Banca examinadora

Professora Dr^a Maria Marta Amancio Amorim. (orientadora). Centro Universitário Unifacvest

Professora Dr^a Alba Otoni - UFSJ

Aprovado em Belo Horizonte, em 19 de outubro de 2020.

Dedico este trabalho à toda a equipe da Unidade Básica de Saúde Santa Terezinha de Coronel Fabriciano, Minas Gerais, que compartilhou comigo todos os momentos e alegrias e que contribuíram para que nosso trabalho fosse o melhor possível.

AGRADECIMENTOS

Agradeço aos meus pais, por todo amor e carinho, pelos momentos juntos, pelos caminhos percorridos, pela compreensão e pelo amor a mim dedicado.

Aos meus amigos, pela convivência, pela troca de conhecimentos e experiências, por todos os momentos em que lutamos e conquistamos nossos sonhos.

À equipe de saúde da Unidade Básica de Saúde Santa Terezinha, da cidade de Coronel Fabriciano, Minas Gerais, pelo ótimo trabalho realizado.

A todos aqueles que contribuíram direta ou indiretamente para a construção deste projeto.

Aprendi...

Que ouvir uma palavra de carinho...

Faz bem à saúde!

Que um gesto de amor...

Sempre aquece o coração!

Que o julgamento alheio...

Não é importante!

Que se deve ser criança...

A vida toda!

Que é preciso...

Cultivar a paz interior!

Que sonhar é preciso!

E que o mais importante de tudo...

É que somos livres para as nossas escolhas!

Não podemos viver apenas para nós mesmos!

Mil fibras nos conectam com outras pessoas

E por essas fibras nossas ações vão como causas...

E voltam para nós como efeito!

Aproveite ao máximo cada instante de sua vida,

Pois ele é único e é nosso dever dividi-lo com os outros!

Autor desconhecido

RESUMO

A realização deste projeto se deve à necessidade de intervenções em mulheres portadoras de hipertensão arterial e obesidade com riscos cardiovasculares atendidas na Unidade Básica de Saúde Santa Terezinha de Coronel Fabriciano, Minas Gerais. Percebeu-se em Coronel Fabriciano que muitas mulheres sofrem com hipertensão arterial, e estão em idade fértil ainda, na faixa etária entre 35 e 60 anos de idade. Percebeu-se também que muitas sofrem com a obesidade, outro fator de risco para as doenças cardiovasculares. A adesão ao tratamento não farmacológico tem sido a grande preocupação, já que a maioria das mulheres não mudaram seus hábitos alimentares e não praticam atividade física, tendo o ganho ponderal como um dos fatores de risco para o aumento dos níveis pressóricos e riscos de diabetes mellitus tipo 2. O projeto tem como objetivo elaborar um plano de ação para aumentar a adesão ao tratamento não farmacológico da obesidade e da hipertensão arterial em mulheres com risco cardiovascular que são atendidas na Unidade Básica de Saúde Santa Terezinha II, município de Coronel Fabriciano em Minas Gerais. Para a realização deste projeto foi feito o diagnóstico situacional através do planejamento estratégico situacional, onde, foram detectados os problemas mais prevalentes como obesidade, sedentarismo, uso de contraceptivo oral sem acompanhamento, gravidez próxima uma da outra, baixa adesão ao tratamento da hipertensão arterial, baixa adesão ao tratamento do sobrepeso e da obesidade. Em um segundo momento, foi feita uma revisão de alguns estudos já publicados sobre a obesidade e a hipertensão, nas bases de dados utilizadas foram: Biblioteca Virtual em Saúde, *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* e *Scientific Electronic Library Online*. Após a avaliação dos problemas encontrados na comunidade em relação às mulheres com hipertensão, chegou-se à conclusão de que há necessidade de intervenção por parte da equipe de saúde multidisciplinar para aumentar a adesão ao tratamento não farmacológico da obesidade e consequentemente da hipertensão arterial.

Descritores: Hipertensão. Saúde da mulher. Atenção primária à saúde. Obesidade.

ABSTRACT

The realization of this project is due to the need for interventions in women with arterial hypertension and obesity with cardiovascular risks seen at the Basic Health Unit Santa Terezinha in Coronel Fabriciano, Minas Gerais. It was noticed in Coronel Fabriciano that many women suffer from high blood pressure, many of them of childbearing age. However, most are in the age group between 35 and 60 years old. It was also noticed that many suffer from obesity, another risk factor for cardiovascular diseases. Adherence to non-pharmacological treatment has been a major concern, since most women have not changed their eating habits and do not practice physical activity, with weight gain as one of the risk factors for the increase in blood pressure levels and risks of diabetes mellitus type 2. The project aims to develop an action plan to increase adherence to non-pharmacological treatment of obesity and hypertension in women at cardiovascular risk who are attended at the Basic Health Unit Santa Terezinha II, municipality of Coronel Fabriciano in Minas Gerais. For the realization of this project, a situational diagnosis was made through strategic situational planning, where the most prevalent problems were detected, such as obesity, physical inactivity, use of uncontrolled oral contraceptives, pregnancy close to each other, low adherence to the treatment of arterial hypertension, low adherence to the treatment of overweight and obesity. In a second step, a review of some studies already published on obesity and hypertension was made, in the databases used were: Virtual Health Library, Medical Literature Analysis and Retrieval System Online and Scientific Electronic Library Online. After assessing the problems found in the community in relation to women with hypertension, it was concluded that there is a need for intervention by the multidisciplinary health team to increase adherence to non-pharmacological treatment of obesity and consequently arterial hypertension.

Descriptors: Hypertension. Women's health. Primary health care. Obesity

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
DAC	Doença Arterial Coronariana
DCV	Doença Cardiovascular
DPOC	Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica
eSF	Equipe de Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
HERS	<i>Heart and Estrogen Progestin Replacement Study</i>
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IC	Insuficiência Cardíaca
IDEB	Índice de Desenvolvimento da Educação Básica
IMC	Índice de Massa Corporal
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciência da Saúde
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OMS	Organização Mundial da Saúde
PES	Planejamento Estratégico Situacional
RCQ	Relação Cintura Quadril
SciELO	<i>Scientific Eletronic Library Online</i>
SUS	Sistema único de Saúde
TRH	Terapia de Reposição Hormonal
UBS	Unidade Básica de Saúde
UBSF	Unidade Básica de Saúde da Família
UNIMED	Confederação das Cooperativas Médicas
UPA	Unidade de Pronto Atendimento

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1	Classificação de prioridades para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade da UBS Santa Terezinha na cidade de Coronel Fabriciano, Minas Gerais, 2019	18
Figura 1	Situação clínica das mulheres atendidas na UBS Santa Terezinha em Coronel Fabriciano, Minas Gerais	28
Quadro 2	Desenho das operações (6º passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo) sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema “Alta prevalência de mulheres hipertensas e obesas com riscos cardiovasculares com baixa adesão ao tratamento”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da UBS Santa Terezinha, do município de Coronel Fabriciano, estado de Minas Gerais	30
Quadro 3	Desenho das operações (6º passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo) sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema “Alta prevalência de mulheres hipertensas obesas com riscos cardiovasculares com baixa adesão ao tratamento”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da UBS Santa Terezinha, do município de Coronel Fabriciano, estado de Minas Gerais	31
Quadro 4	Desenho das operações (6º passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo) sobre o “nó crítico 3” relacionado ao problema “Alta prevalência de mulheres hipertensas obesas com riscos cardiovasculares com baixa adesão ao tratamento”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da UBS Santa Terezinha, do município de Coronel Fabriciano, estado de Minas Gerais	32

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	13
1.1	Aspectos Gerais do Município	13
1.2	Sistema Municipal de Saúde	14
1.3	Aspectos Gerais da Comunidade	14
1.4	Unidade Básica de Saúde Santa Terezinha	15
1.5	Equipe de Saúde da Família Verde	16
1.6	O funcionamento da Unidade de Saúde da equipe Verde	16
1.7	O dia a dia da equipe Verde	16
1.8	Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade (primeiro passo)	17
1.9	Priorização dos problemas – a seleção de problemas para plano de intervenção (segundo passo)	17
2	JUSTIFICATIVA	19
3	OBJETIVOS	20
3.1	Objetivo Geral	20
3.2	Objetivos Específicos	20
4	METODOLOGIA	21
5	REFERENCIAL TEÓRICO	22
5.1	Obesidade	22
5.2	Alterações fisiológicas decorrentes da obesidade	23
5.3	Hipertensão arterial sistêmica	23
5.4	Baixa adesão ao tratamento da hipertensão arterial sistêmica e complicações	25
6	PLANO DE INTERVENÇÃO	27
6.1	Descrição dos problemas selecionados (terceiro passo)	27
6.2	Explicação do problema selecionado (quarto passo)	28
6.3	Seleção dos nós críticos (quinto passo)	29
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)	29
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	33

1 INTRODUÇÃO

1.1 Aspectos Gerais do Município

O município de Coronel Fabriciano em Minas Gerais está localizado no Vale do Rio Doce, Região Metropolitana do Vale do Aço, ocupando uma área de aproximadamente 221 km², com população de 109.405 habitantes. Os municípios limítrofes são: Joanésia, Mesquita, Ferros, Antônio, Ipatinga e Timóteo (CORONEL FABRICIANO, 2018).

Comemorações religiosas como a festa de São Sebastião, padroeiro da cidade, são muito comuns, além de outros eventos culturais. Tradições culturais como as marujadas (dança típica) atraem muitos turistas para a cidade (CORONEL FABRICIANO, 2018).

O município conserva seus casarões e arquitetura de algumas construções como a Igreja Matriz de São Sebastião, uma das primeiras igrejas da cidade. O Colégio Angélica, fundado em 1950 também foi preservado, conservando sua arquitetura original. O turismo ecológico também se destaca na região, principalmente para visitação às cachoeiras e trilhas localizado na Serra dos Cocais, onde são praticados esportes radicais (CORONEL FABRICIANO, 2018).

Em Coronel Fabriciano, em tempos de chuva, sofre com deslizamentos e enchentes, ocasionados pelas construções de residências em encostas de morros e áreas de risco, além do lixo e do esgoto despejado nos córregos e ribeirões na cidade, que não possui estação de tratamento de águas residuais (CORONEL FABRICIANO, 2018).

Quanto à economia do município, destaca-se a área de prestação de serviços, sendo que a pecuária e a agricultura são setores menos relevantes para o município (CORONEL FABRICIANO, 2018).

As siderúrgicas da região são abastecidas com a madeira de reflorestamento “eucalipto”, muito cultivado na região e que contribui com matéria prima para a

fábrica de celulose e carvão para siderúrgicas e usinas locais (CORONEL FABRICIANO, 2018).

1.2 Sistema Municipal de Saúde

Em relação ao sistema municipal de saúde, Coronel Fabriciano tem hoje 78 estabelecimentos de saúde distribuídos entre hospitais, Unidade de Pronto Atendimento (UPA), Unidades Básicas de Saúde (UBS), clínicas de serviços odontológicos e psicológicos. O município tem reservado para os usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) 98 leitos para internação (BRASIL, 2018).

Um dos hospitais mais importantes de Coronel Fabriciano é o hospital Doutor José Maria Morais que oferece 98 leitos para internação para os usuários do SUS. O Hospital Metropolitano Unimed Vale do Aço, atende somente conveniados da Confederação Nacional das Cooperativas Médicas (UNIMED) e atendimento particular (CORONEL FABRICIANO, 2018).

A rede de saúde municipal inclui atenção primária com 20 UBS para atender a demanda espontânea e agendada. Essa rede de serviços conta ainda com atenção especializada no único hospital público da cidade, porém, possui uma extensa fila de demanda reprimida (pediatria, ortopedia, cardiologia, oftalmologia, entre outras). A atenção de urgência e emergência conta com uma UPA e hospital público.

O município possui apoio diagnóstico como tele saúde e a cidade de referência é Belo Horizonte, onde são enviados os casos mais complexos ou que carecem de vagas para internação. Em cada UBS tem uma farmácia, que, às vezes tem déficit de medicamentos e materiais. O município possui também vigilância epidemiológica e consórcio em saúde. Os modelos de atenção são o primário e o secundário.

1.3 Aspectos Gerais da Comunidade

A comunidade de Santa Terezinha é um bairro bem estruturado, com pequenos comércios, UBS, farmácias, padarias, escola e igreja. Por este bairro passam linhas de ônibus urbanas e interurbanas.

A população atendida na UBS Santa Terezinha de Coronel Fabriciano é em torno de 1.800 habitantes, sendo composta por mulheres na faixa etária de 19 a 59 anos de idade (32%), homens na faixa etária de 19 a 59 anos de idade (27%), idosos na faixa etária de 60 a 89 anos de idade (29%) e crianças entre 0 a 18 anos de idade (12%). Percebe-se que as mulheres e os idosos são os que mais procuram a UBS e os problemas mais detectados, entre eles são: diabetes, hipertensão, síndrome depressiva, infecções do trato urinário, dor crônica, dengue, chicungunha, tuberculose e alguns casos de sífilis. As crianças, em geral, são acometidas de viroses, resfriados, pneumonia e doenças respiratórias.

Segundos dados da Prefeitura de Coronel Fabriciano (2018), 100% da comunidade deste bairro tem energia elétrica e abastecimento de água tratada. A coleta do lixo é feita diariamente. O bairro sofre com enchentes nos períodos de chuva, pois é cortado pelo Ribeirão Caladão (CORONEL FABRICIANO, 2018).

1.4 A Unidade Básica de Saúde Santa Terezinha

A UBS Santa Terezinha é específica para a realização de atendimento de atenção básica e integral a uma população de forma agendada (80%) e de forma espontânea (20%), podendo oferecer assistência com classificação de risco e acolhimento.

Esta UBS enfrenta alguns problemas como: falta de infraestrutura adequada para receber os usuários, de sala destinada a pequenos procedimentos, de equipamentos para a realização de alguns exames, de medicamentos, de recursos humanos para um atendimento mais humanizado e com acolhimento, de recursos financeiros para melhorias nas unidades de saúde de toda a região, de investimentos por parte da Prefeitura e do Estado para melhorias nas campanhas e ações voltadas para a saúde da comunidade, de investimento em campanhas contra doenças crônicas não transmissíveis e de campanhas contra infecções sexualmente transmissíveis, principalmente a sífilis, que tem aumentado consideravelmente, de recursos tecnológicos para fazer rastreamento de tuberculose e casos de dengue (na unidade tem somente dois computadores, dificultando o desenvolvimento do trabalho).

1.5 Equipe de Saúde da Família “Verde”

A Equipe Verde é composta por três médicas, três enfermeiros, dois técnicos de enfermagem e dez agentes comunitários de saúde (ACS), um gerente e uma faxineira. A equipe contribui 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. A equipe está sobrecarregada, pois, faltam na unidade, técnico de enfermagem e três ACS.

Esta unidade assiste a oito microáreas. Assim a cobertura da equipe de saúde Santa Terezinha é ampla, contribuindo por boa parte dos atendimentos do município, ou seja, atendem 1.550 pacientes ao mês e todos eles estão cadastrados. São feitas dez visitas domiciliares ao mês, em casos mais complexos, as visitas são feitas pelo médico, mas na maioria dos casos são os enfermeiros que fazem as visitas e renovam os cadastros anualmente.

1.6 O funcionamento da Unidade de Saúde Santa Terezinha da equipe “Verde”

A Unidade de Saúde Santa Terezinha II funciona das 07:00 horas às 17:00 horas e, para tanto, é necessário o apoio dos ACS, que se revezam durante a semana, segundo uma escala, em atividades relacionadas à assistência que é feita mensalmente.

1.7 O dia a dia da equipe “Verde”

O trabalho da equipe é baseado no atendimento diário à população de Coronel Fabriciano, sendo que o fluxo não é muito grande, porém, temos déficit de recursos humanos, o que dificulta nosso trabalho, já que a equipe Verde atende em média 550 pessoas ao mês.

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. 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. Há uma grande preocupação com gestantes portadoras de sífilis. A demanda de pacientes com dengue tem aumentado nos últimos meses.

Realizamos grupos operativos de hipertenso, diabético e gestantes, mas devido à enorme demanda espontânea estamos com dificuldades de marcar esses grupos.

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

O primeiro passo da equipe foi detectar os problemas de saúde encontrados na comunidade para em seguida, trabalhar com os cuidados individualizados. Os problemas dentro de uma comunidade são inúmeros, é fundamental que a equipe de saúde da família (eSF) conheça sua área de abrangência como um todo, dando ênfase aos problemas de saúde, para que se possa realizar um planejamento de melhoria na qualidade de vida dos pacientes.

Desta forma os problemas de saúde do território e da comunidade encontrados foram os seguintes.

- ✓ Alta prevalência de tabagistas.
- ✓ Inatividade física.
- ✓ Alta prevalência de mulheres hipertensas com risco cardiovascular.
- ✓ Alta prevalência de diabetes tipo 2.
- ✓ Alta prevalência de doenças cardiovasculares.
- ✓ Falta de conhecimento da população em relação aos perigos relacionados às Doenças Crônicas não Transmissíveis.
- ✓ Baixa adesão ao tratamento.
- ✓ Baixa adesão às mudanças dos hábitos alimentares.

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

Dos problemas detectados, houve uma priorização das ações com o intuito de melhorar a qualidade de vida da população, descritos no quadro 1.

Quadro 1 - Classificação de prioridades para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade da UBS Santa Terezinha na cidade de Coronel Fabriciano, Minas Gerais, em 2019.

Problemas	Importância*	Urgência**	Capacidade de enfrentamento***	Seleção/Priorização****
Baixa adesão ao tratamento não farmacológico da hipertensão arterial nas mulheres obesas com riscos cardiovasculares	Alta	7	Parcial	1
Alta prevalência de doenças cardiovasculares	Alta	6	Parcial	5
Alta prevalência de diabéticos	Alta	4	Parcial	6
Baixa adesão ao tratamento	Alta	5	Total	2
Baixa adesão às mudanças de hábitos alimentares	Alta	5	Parcial	3
Falta conhecimento da população em relação aos perigos da hipertensão	Alta	3	Total	4

Fonte: Autoria própria (2020)

*Alta, média ou baixa;

** Total dos pontos distribuídos até o máximo de 30;

***Total, parcial ou fora;

****Ordenar considerando os três itens.

2 JUSTIFICATIVA

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), em 2025, estima-se que 300 milhões de pessoas sofram com a obesidade no mundo. No Brasil, as estatísticas são assustadoras, ou seja, 40% dos indivíduos adultos já se encontram com sobrepeso, e 22% já são obesos, sendo que 8,9% são homens e 13,1% são mulheres, o que revela que as mulheres são as que mais sofrem com a obesidade (ROSA *et al.*, 2011).

De acordo com estudos de Rosa *et al.* (2011), o sobrepeso e a obesidade se tornaram uma epidemia, principalmente nos países desenvolvidos. Esta condição é importante fator de risco para as doenças crônicas não transmissíveis como diabetes tipo 2, hipertensão arterial, doença coronariana, dislipidemias, síndrome metabólica, entre outras, assim como para diversos tipos de câncer, doenças estas que podem levar ao comprometimento da qualidade de vida e ao aumento da mortalidade.

Para Ferreira e Benício (2015), a obesidade em mulheres está relacionada, na maioria dos casos com as desigualdades socioeconômicas e obesidade materna. No estudo desses autores, eles relatam que houve aumento da prevalência de obesidade com a idade e a paridade e redução da prevalência de obesidade entre as mulheres com maior escolaridade e nas classes de poder aquisitivo mais altas (A+B) e na mais baixa (E).

Para os autores acima a relação entre desigualdades sociodemográficas e obesidade materna indica que intervenções direcionadas à obesidade nas mulheres sejam necessárias para mudar este quadro. Assim, o desenvolvimento destas ações deve estar voltado para programas de saúde pública que estimulem uma dieta saudável, mudanças no estilo de vida como a prática de atividade física.

Assim, a redução moderada de peso mediante a restrição calórica e atividade física programada induz significativa melhora no quadro de obesidade, o que justifica um projeto de intervenção para melhorar a adesão ao tratamento não medicamentoso para melhoria da qualidade de vida destas mulheres e prevenção de complicações cardiovasculares.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Elaborar um plano de ação para aumentar a adesão ao tratamento não farmacológico da obesidade e da hipertensão arterial em mulheres com risco cardiovascular que são atendidas na UBS Santa Terezinha no município de Coronel Fabriciano, Minas Gerais.

3.2 Objetivos específicos

Identificar os fatores de risco para a obesidade e para a hipertensão.

Orientar a prática da alimentação saudável e a atividade física para mulheres com obesidade e hipertensas.

Acompanhar pacientes com risco cardiovascular durante o tratamento para verificar a evolução dos mesmos.

4 METODOLOGIA

Foi realizado o diagnóstico situacional no território de abrangência da eSF da UBS Santa Terezinha de Coronel Fabriciano, Minas Gerais, por meio do método da estimativa rápida onde foram identificados os problemas mais relevantes que afetam a população (FARIA; CAMPOS; SANTOS, 2018).

Foi realizado planejamento estratégico situacional (PES), seguindo os passos de proposta de intervenção que se referem ao levantamento dos problemas (primeiro passo), priorização do problema “Hipertensão arterial e alto risco cardiovascular em mulheres” (segundo passo), 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) e por fim o desenho das operações (sexto ao décimo passo) (FARIA; CAMPOS; SANTOS, 2018).

Para subsidiar a elaboração do plano de intervenção foi feita uma revisão de literatura nas bases de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e no *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), bem como nos manuais do Ministério da Saúde. Optou-se por utilizar como material, artigos científicos em língua portuguesa, espanhola e inglesa produzidos entre 2000 e 2019 e livros científicos. Para a busca das publicações foram utilizados os seguintes descritores: Hipertensão. Saúde da mulher. Atenção primária à saúde. Obesidade.

5 REFERENCIAL TEÓRICO

5.1 Obesidade

A obesidade se caracteriza, principalmente pelo acúmulo excessivo de gordura resultante do menor gasto energético e maior consumo de alimentos altamente calóricos. Para Lima *et al.* (2018) esse acúmulo de gordura acarreta tanto o aumento do volume corporal como uma exacerbação das funções do tecido em questão, o que configura o principal fator responsável pelas desordens fisiológicas decorrentes da obesidade. A gordura excessiva representa comprometimento da saúde e o surgimento de outras doenças crônicas como hipertensão, diabetes tipo 2, dislipidemias, síndrome metabólica, doenças cardiovasculares (DCV) entre outras (XAVIER; RIBEIRO, 2009).

Segundo Tavares, Nunes e Santos (2010, p. 359):

A Organização Mundial de Saúde (OMS) classifica a obesidade baseando-se no índice de massa corporal (IMC) definido pelo cálculo do peso corporal, em quilogramas, dividido pelo quadrado da altura, em metros quadrados ($IMC = \text{kg}/\text{h}^2(\text{m})$), e também pelo risco de mortalidade associada. A obesidade é caracterizada quando o IMC encontra-se acima de $30 \text{ kg}/\text{m}^2$. A OMS define a gravidade da obesidade em: grau I (moderado excesso de peso) quando o IMC situa-se entre 30 e $34,9 \text{ kg}/\text{m}^2$; a obesidade grau II (obesidade leve ou moderada) com IMC entre 35 e $39,9 \text{ kg}/\text{m}^2$ e, por fim, obesidade grau III (obesidade mórbida) na qual IMC ultrapassa $40 \text{ kg}/\text{m}^2$.

Ainda segundo Tavares, Nunes e Santos (2010), a obesidade tem causa multifatorial, havendo interação entre os fatores genéticos, metabólicos, sociais, comportamentais e culturais do ser humano. Os fatores comportamentais e culturais são os que mais contribuem para o aumento da obesidade. Dentre os fatores comportamentais destaca-se o abuso da ingestão calórica e o sedentarismo que provoca o excesso de calorias armazenadas formando o tecido adiposo, gerando um balanço energético positivo.

5.2 Alterações fisiológicas decorrentes da obesidade

As alterações fisiológicas decorrentes da obesidade, acometem o sistema endocrinometabólico (obesidade mórbida, diabetes mellitus tipo 2) e o sistema cardiovascular podendo levar ao acidente vascular encefálico e infarto agudo do miocárdio (TAVARES; NUNES; SANTOS, 2010)

Outros sistemas sofrem alterações fisiológicas também com a obesidade, como os sistemas nervoso, respiratório e imunológico. Em pessoas obesas é muito comum ocorrer distúrbios do humor e distúrbios do sono, além de vários tipos de câncer tanto em homens como em mulheres (LIMA *et al.*, 2018).

Segundo Cuppari (2009), a obesidade é um dos importantes fatores que aumentam o risco cardiovascular. As estratégias voltadas para diminuição do tabagismo, controle do peso, melhora dos hábitos alimentares, prática regular de atividade física e moderação do consumo de sal, são válidas para todas as partes do mundo para a redução dos riscos cardiovasculares.

Para Tavares, Nunes e Santos (2010) a obesidade pode gerar disfunções gastrointestinais, dermatológicos, geniturinários, músculos-esqueléticos, psicossociais e neoplasias, como câncer de mama ou próstata e outras implicações, como o aumento do risco cirúrgico e anestésico e também a diminuição da agilidade física.

5.3 Hipertensão arterial sistêmica

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é considerada fator de risco para as doenças cardiovasculares, principalmente, acidentes vascular cerebral e infarto agudo do miocárdio, doença renal crônica e diabetes mellitus. Magrini e Martini (2012) relatam que 60% dos hipertensos estão com sobrepeso ou obesidade, condição que leva ao aumento dos níveis de pressão arterial (PA) e, conseqüentemente às DCV.

Os fatores de risco para a HAS são:

- Idade: 70% dos indivíduos com HAS possuem mais de 70 anos de idade (CIPULLO *et al.*, 2010 *apud* MAGRINI; MARTINI, 2012; COSTA, *et al.*, 2009 *apud* MAGRINI; MARTINI, 2012).
- Fatores genéticos: Existe uma correlação entre fatores genéticos e HAS, mas sem variantes que comprovem risco individual (ÁVILA *et al.*, 2010 *apud* MAGRINI; MARTINI, 2012).
- Gênero e etnia: quanto ao gênero, a prevalência é mais levada em homens até 50 anos de idade. Quanto à etnia, a HAS é mais prevalente em negros (ÁVILA *et al.*, 2010; FERREIRA *et al.*, 2009 *apud* MAGRINI; MARTINI, 2012).
- Fatores socioeconômicos: melhores condições socioeconômicas quer dizer mais acesso às informações, por isso, a prevalência é maior em grupo socioeconômico mais baixo (CIPULLO *et al.*, 2010 *apud* MAGRINI; MARTINI, 2012).
- Excesso de peso/ obesidade: excesso de peso associa-se à maior prevalência de HAS (ÁVILA *et al.*, 2010 *apud* MAGRINI; MARTINI, 2012).
- Sedentarismo: atividade física reduz a incidência de HAS e consequentemente, reduz riscos para DCV (ÁVILA *et al.*, 2010 *apud* MAGRINI; MARTINI, 2012).
- Ingestão de álcool: ingestão prolongada aumenta a PA (ÁVILA *et al.*, 2010 *apud* MAGRINI; MARTINI, 2012).
- Tabagismo: riscos aumentados para as DCV, mas sua cessação não reduz níveis de PA (COSTA *et al.*, 2009 *apud* MAGRINI; MARTINI, 2012).
- Hábitos alimentares: hábitos saudáveis como ingestão de frutas, hortaliças e alimentos com baixo teor de gordura reduzem a PA e riscos de DCV (COSTA *et al.*, 2009 *apud* MAGRINI; MARTINI, 2012).

Silva, Oliveira e Pierin (2016) destacam que a falta de controle da HAS se deve, em sua maior parte, à baixa adesão ao tratamento e identificação precoce dos fatores de risco. Um fator que deve ser levado em consideração é o estresse emocional do paciente que influencia o desencadeamento e na manutenção da hipertensão, podendo até mesmo, constituir-se em barreira para a adesão ao tratamento.

5.4 Baixa adesão ao tratamento da hipertensão arterial sistêmica e complicações

De acordo com a pesquisa realizada por Remondi, Cabrera e Souza (2014) *apud* Lima *et al.* (2016) realizada em dez países da América Latina, chegou-se aos resultados: 48,3% dos adultos diagnosticados com HAS, apenas 15,5% têm suas cifras pressóricas controladas. No Brasil, parte dos hipertensos que mantêm valores da PA elevados (36,5%) utilizaram de forma correta a medicação e aderiu às mudanças nos hábitos alimentares, prática de atividade física e cessação do tabaco e do álcool, ou seja, 63,5 hipertensos não usaram corretamente seus medicamentos e não mudaram seus estilos de vida e hábitos alimentares.

Raymundo e Pierin (2014 *apud* Lima *et al.* (2016) relataram que 25,1% dos hipertensos relatados em seus estudos apresentavam complicações devido à baixa adesão ao tratamento. As complicações mais citadas em seus estudos foram: acidentes vasculares encefálico (AVE), infarto agudo do miocárdio (IAM), doença arterial coronariana (DAC), revascularização e insuficiência cardíaca congestiva (TUESCA *et al.*, 2006 *apud* LIMA *et al.* (2016).

Lima *et al.* (2016, p. 6) citam:

A adesão ao tratamento é um dos principais fatores que minimiza o risco de complicações da HAS, pois tem como resultado o controle da PA. Portanto, em pessoas aderentes ao tratamento anti-hipertensivo espera-se redução na incidência ou retardo na ocorrência de complicações cardiovasculares, bem como melhoria da qualidade de vida.

Conforme literatura acima descrita, a obesidade e a HAS são fatores de risco para as DCV, como também para outras complicações como síndrome metabólica, dislipidemias entre outras que podem comprometer a qualidade de vida dos pacientes, como também, levar à óbito.

Na UBS Santa Terezinha de Coronel Fabriciano há um grande o número de pacientes com obesidade e hipertensão e que estão com alto risco para

desenvolvimento de DCV, assim, a seguir será apresentado um plano de intervenção que propõe alterar o quadro clínico destes pacientes.

6 PLANO DE INTERVENÇÃO

Essa proposta refere-se ao problema priorizado “Alta prevalência de mulheres obesas, hipertensas com risco cardiovascular”, 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 passos seguintes mostram o desenho das operações – para cada causa selecionada como “nó 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 PES (FARIA: CAMPOS; SANTOS, 2018).

6.1 Descrição dos problemas selecionados (terceiro passo)

O tema que escolhemos para ser abordado é a alta prevalência de mulheres hipertensas obesas com riscos cardiovasculares com baixa adesão ao tratamento não farmacológico. A baixa adesão ao tratamento teve como razões: esquecimento de tomar o remédio; falta de tempo para a prática de atividades físicas; dificuldades para as mudanças nos hábitos alimentares; efeitos colaterais dos fármacos; medo da mistura de alguns fármacos (interação); não acompanhar a hipertensão e/ou outras doenças de base.

A UBS Santa Terezinha em Coronel Fabriciano, Minas Gerais, possui um total de 496 mulheres na faixa etária de 19 a 59 anos de idade cadastradas, sendo que 45% delas são hipertensas, ou seja, 223 mulheres. Destas 223, 53% estão com obesidade e 12% com diabetes mellitus. Muitas dessas mulheres não aderiram ao tratamento medicamentoso, não mudaram seus hábitos alimentares e estilo de vida, não aderiram à prática de atividade física e já possuem outras doenças como dislipidemias, doença renal crônica e síndrome metabólica. Muitas delas são tabagistas e fazem uso de contraceptivo oral e outras fazem reposição hormonal após menopausa.

Na figura 1 pode-se ter uma visão da situação das mulheres hipertensas e obesas atendidas na UBS Santa Terezinha de Coronel Fabriciano.

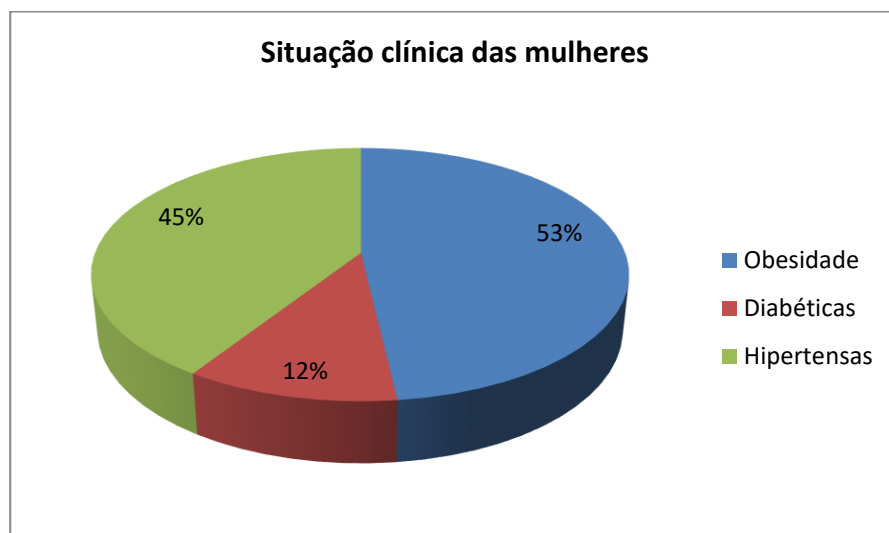


Figura 1 – Situação clínica das mulheres atendidas na UBS Santa Terezinha em Coronel Fabriciano, Minas Gerais

Fonte: UBS Santa Terezinha (2019)

6.2 Explicação do problema selecionado (quarto passo)

Conforme lido nos artigos encontrados para a realização deste projeto de intervenção, a prevalência da obesidade aumenta com a idade, tem como fatores de risco a ingestão de alimentos calóricos e pouco gasto energético, assim como o sedentarismo. A obesidade também tem sido a razão do aumento de casos de hipertensão, de diabetes do tipo 2, de dislipidemias, de síndrome metabólica e, principalmente no aumento de casos de doenças cardiovasculares.

A grande preocupação da equipe de saúde da UBS Santa Terezinha é que há um número grande de mulheres se encontram obesas, hipertensas e com risco para as DCV. Muitas não aderiram ao tratamento farmacológico e não farmacológico, gerando complicações que podem comprometer a qualidade de vida e levar ao óbito.

A adoção de um estilo de vida sem vícios, com prática de atividades físicas e alimentação saudável pode reduzir os riscos das DCV, já que a perda de peso

também reflete na redução dos níveis pressóricos. Assim é indispensável a adesão aos tratamentos disponíveis.

Assim, é importante estar sempre atento para a quantidade de mulheres que sofrem de hipertensão e com riscos cardiovasculares, sendo necessário verificar os fatores de risco, principalmente da obesidade.

O tratamento é fator primordial, principalmente o tratamento não farmacológico que inclui mudanças radicais no estilo de vida como prática de atividade física, redução do consumo de álcool, cessação do tabagismo; incluir alimentação saudável à dieta diária e rever medicamentos que fazem uso diariamente.

De 100 mulheres que foram detectadas com obesidade e estão com HAS, 72% não aderiram ao tratamento não farmacológico e 11% aderiram parcialmente, ou seja, mudou alguns hábitos alimentares, mas não aderiu à prática de atividade física ou vice-versa. Porém, não há resultados positivos em relação à obesidade e hipertensão se não houver uma junção entre prática de atividade física e alimentação saudável. O uso abusivo de sal (sódio) também inclui nas mudanças dos hábitos alimentares, pois esta substância eleva os níveis pressóricos.

6.3 Seleção dos nós críticos (quinto passo)

Dos nós críticos encontrados, foram selecionados três, descritos em seguida.

1. Desinformação da população quanto aos problemas causados pela hipertensão arterial e suas complicações.
2. Dificuldade em mudar estilo de vida e hábitos alimentares.
3. Baixa adesão ao tratamento não 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 2 a 4, descritos em seguida, separadamente para cada nó crítico:

Quadro 2 - Desenho das operações (6º passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo) sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema “Alta prevalência de mulheres hipertensas e obesas com riscos cardiovasculares com baixa adesão ao tratamento”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da UBS Santa Terezinha, do município de Coronel Fabriciano, estado de Minas Gerais

Nó crítico 1	Desinformação da população quanto aos problemas causados pela obesidade e pela hipertensão arterial.
6º passo: operação (operações)	Oferecer palestras sobre a obesidade e hipertensão; oferecer informação quanto à importância do tratamento farmacológico para melhorias positivas que impactem na saúde; remarcar consultas para acompanhamento; formação de grupos operativos e visitas domiciliares para acompanhamento.
6º passo: projeto	Saúde da Mulher
6º passo: resultados esperados	População informada sobre as complicações da hipertensão e da obesidade; sobre a necessidade de tratamento; aumento na adesão ao tratamento; aumento na adesão à terapia nutricional; adesão às mudanças comportamentais.
6º passo: produtos esperados	Reeducação alimentar; campanhas educativas sobre boa alimentação e perigos das doenças crônicas não transmissíveis, principalmente a hipertensão e a obesidade.
6º passo: recursos necessários	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, diabetes e hipertensão; Conseguir aprovação do projeto para implantação das ações.
7º passo: viabilidade do plano - recursos críticos	Cognitivo: Adesão da equipe de saúde para o processo educativo em saúde para a população feminina. Político: Conseguir espaço para as palestras; Financeiro: Liberação da verba para as ações contidas neste projeto.
8º passo: controle dos recursos críticos - ações estratégicas	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.
9º passo; acompanhamento do plano - responsáveis e prazos	Médicos/ Enfermeiros/ Técnicos de Enfermagem. Dois meses para o início das atividades e cinco meses para finalizar as estratégias.
10º passo: gestão do plano: monitoramento e avaliação das ações	Reuniões quinzenalmente para avaliar todos os resultados alcançados.

Fonte: Autoria própria (2020)

Quadro 3 - Desenho das operações (6º passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo) sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema “Alta prevalência de mulheres hipertensas obesas com riscos cardiovasculares com baixa adesão ao tratamento”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da UBS Santa Terezinha, do município de Coronel Fabriciano, estado de Minas Gerais

Nó crítico 2	Dificuldade em mudar estilo de vida e hábitos alimentares
6º passo: operação (operações)	Palestras sobre hábitos de vida saudável; palestras sobre boa alimentação e prevenção de doenças; reuniões com grupo operativo campanhas para adesão à prática de atividade física.
6º passo: projeto	Terapia nutricional e Exercícios
6º passo: resultados esperados	Adesão total às mudanças no estilo de vida e dos hábitos alimentares.
6º passo: produtos esperados	Reeducação alimentar; atividades de educação em saúde para mudanças no estilo de vida.
6º passo: recursos necessários	Cognitivo: Informação sobre o tema e estratégias de comunicação para o público alvo; Financeiro: Verbas para cursos e atividades educativas; 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, diabetes e hipertensão; Conseguir aprovação do projeto para implantação das ações.
7º passo: viabilidade do plano - recursos críticos	Cognitivo: Adesão da equipe de saúde para o processo educativo em saúde para a população feminina. Político: Conseguir espaço para as palestras; Financeiro: Liberação da verba para as ações contidas neste projeto.
8º passo: controle dos recursos críticos - ações estratégicas	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.
9º passo; acompanhamento do plano - responsáveis e prazos	Médicos/ Enfermeiros/ Técnicos de Enfermagem. Dois meses para o início das atividades e cinco meses para finalizar as estratégias.
10º passo: gestão do plano: monitoramento e avaliação das ações	Reuniões quinzenalmente para avaliar os resultados alcançados.

Fonte: Autoria própria (2020)

Quadro 4 - Desenho das operações (6º passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo) sobre o “nó crítico 3” relacionado ao problema “Alta prevalência de mulheres hipertensas obesas com riscos cardiovasculares com baixa adesão ao tratamento”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da UBS Santa Terezinha, do município de Coronel Fabriciano, estado de Minas Gerais

Nó crítico 3	Baixa adesão ao tratamento não medicamentoso.
6º passo: operação (operações)	Palestras sobre a importância do tratamento; reuniões com grupos operativos para compartilhamento de ideias e resultados com o tratamento; campanhas de incentivo ao tratamento.
6º passo: projeto	Estilo e saúde
6º passo: resultados esperados	Aumento da adesão ao tratamento não medicamentoso.
6º passo: produtos esperados	Adesão da equipe de saúde às campanhas e palestras para aumentar a adesão ao tratamento.
6º passo: recursos necessários	Cognitivo: Informação sobre o tema e estratégias de comunicação para o público alvo. Financeiro: Verbas para cursos e atividades educativas; 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, diabetes e hipertensão; Conseguir aprovação do projeto para implantação das ações.
7º passo: viabilidade do plano - recursos críticos	Cognitivo: Adesão da equipe de saúde para o processo educativo em saúde para a população feminina. Político: Conseguir espaço para as palestras; Financeiro: Liberação da verba para as ações contidas neste projeto.
8º passo: controle dos recursos críticos - ações estratégicas	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.
9º passo; acompanhamento do plano - responsáveis e prazos	Médicos/ Enfermeiros/ Técnicos de Enfermagem. Dois meses para o início das atividades e cinco meses para finalizar as estratégias.
10º passo: gestão do plano: monitoramento e avaliação das ações	Reuniões quinzenalmente para avaliar os resultados alcançados.

Fonte: Autoria própria (2020)

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A redução do peso corporal e o controle da HAS através do tratamento não farmacológico são de suma importância para as mulheres, pois além de melhorar a qualidade de vida, aumenta a autoestima, evita problemas como a depressão e a ansiedade e complicações como doenças cardiovasculares, dislipidemias, diabetes, entre outras doenças e previne complicações que podem levar a internações e até mesmo ao óbito.

Através deste estudo ficou clara a necessidade das seguintes ações.

- Identificar os fatores de risco para HAS nas mulheres atendidas na UBS Santa Terezinha que estão com sobrepeso e obesidade.
- Identificar as dificuldades que as mulheres enfrentam para as mudanças nos hábitos alimentares e no estilo de vida.
- Promover grupos operativos para ajudar no processo educativo para aumentar a adesão ao tratamento.
- Criar plano de ação para tratamento e acompanhamento destas mulheres.

Acredita-se que o envolvimento da equipe de saúde no tratamento de hipertensão arterial sistêmica e obesidade possa melhorar a qualidade de vida destas mulheres, bem como aumentar a adesão ao tratamento não medicamentoso através de informações sobre a importância de uma boa alimentação e da atividade física diária.

REFERÊNCIAS

BRASIL, Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS. Indicadores e Dados Básicos. Brasil. 2018: **IDB-2018**. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=02>. Acesso em 23 set 2020.

CORONEL FABRICIANO, **Prefeitura Municipal**. 2018. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/coronel-fabriciano/panorama>. Acesso 23 set 2020.

CUPPARI, L. **Nutrição nas doenças crônicas não transmissíveis**. Barueri, São Paulo: Manole, 2009.

FARIA H. P.; CAMPOS, F. C. C. SANTOS, M. A. **Planejamento, avaliação e programação das ações em saúde**. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2018. Disponível em: https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/PLANEJAMENTO_AVALIACAO_PROGRAMACAO_Versao_Final.pdf. Acesso em: 6 set 2020.

FERREIRA, R. A. B.; BENÍCIO, M. H. D. Obesidade em mulheres brasileiras: associação com paridade e nível socioeconômico. **Rev Panam Salud Publica**, v. 37, n. 4, p. 18-29, 2015

LIMA, R. C. A. *et al.* Principais alterações fisiológicas decorrentes da obesidade: um estudo teórico. **Sanaré – Revista de Políticas Públicas**, v. 17, n. 26, p. 56-65, 2018. Disponível em: <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/1262> Acesso em 01 out 2020.

LIMA, D. B. S *et al.* Associações entre adesão ao tratamento e tipos de complicações cardiovasculares em pessoas com hipertensão arterial. **Texto e Contexto em Enferm**, v. 25, n. 3, p. 1-9, 2016. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/tce/v25n3/pt_0104-0707-tce-25-03-0560015.pdf Acesso em 02 out 2020.

LIMA JÚNIOR *et al.*, Variações da pressão arterial em usuários de Terapia de Reposição Hormonal. **Revista Bras. Ginecol. Obstet.**, v. 22, n. 5, p. 9-15, 2000.

MAGRINI, W. D., MARTINI, G.J Hipertensão arterial: principais fatores de risco modificáveis na estratégia de saúde da família. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 17, n. 26, p. 54-62, 2012. Disponível em: http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v11n26/pt_revision5.pdf Acesso em 01 out 2020.

ROSA, M. I. *et al.* Prevalência e fatores associados à obesidade em mulheres usuárias de serviço de pronto atendimento do sistema único de saúde no sul do Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 16, n. 5, p. 2.559-2.566, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v16n5/a26v16n5.pdf> Acesso em 2 out 2020.

SILVA, S. S. B. E.; OLIVEIRA, S. F. S. B.; PIERIN, A. M. G. O controle da hipertensão arterial em mulheres e homens: uma análise comparativa. **Revista Esc. Enfermagem USP**, v. 50, n. 1, p. 50-58, 2016. Disponível em:

https://www.scielo.br/pdf/reeusp/v50n1/pt_0080-6234-reeusp-50-01-0050.pdf Acesso em 01 out 2020.

TAVARES, T. B.; NUNES, S. M.; SANTOS, M. O. Obesidade e qualidade de vida: revisão de literatura. **Revista Medicina Minas Gerais**, v. 20, n. 3, p. 359-366, 2010. Disponível em: <http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:tmoFJDh66AoJ:rmmg.org/exportar-pdf/371/v20n3a13.pdf+&cd=1&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br> Acesso em 02 out 2020.

XAVIER, N. L.; RIBEIRO, P. L. J. Obesidade na população feminina – Município de Xangri-lá: perfil de risco. **Rev. HCPA**, v. 29, n. 2, p. 109-114, 2009. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/hcpa/article/view/9797> Acesso em 01 out 2020.