

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS**  
**CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO GESTÃO DO CUIDADO SAÚDE DA FAMÍLIA**

**NITZA LLORENTE RIVERA**

**PLANO DE INTERVENÇÃO PARA CONTROLE DA  
HIPERTENSÃO ARTERIAL PELA EQUIPE DE SAÚDE DA  
FAMÍLIA CARLOS MARTINS DE FREITAS, OURO VERDE DE  
MINAS/MINAS GERAIS**

**TEÓFILO OTONI / MINAS GERAIS**  
**2018**

**NITZA LLORENTE RIVERA**

**PLANO DE INTERVENÇÃO PARA CONTROLE DA  
HIPERTENSÃO ARTERIAL PELA EQUIPE DE SAÚDE DA  
FAMÍLIA CARLOS MARTINS DE FREITAS, OURO VERDE DE  
MINAS/MINAS GERAIS**

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

Orientador: Prof. Ms. Ricardo Luiz Silva  
Tenório.

**TEÓFILO OTONI / MINAS GERAIS  
2018**

**NITZA LLORENTE RIVERA**

**PLANO DE INTERVENÇÃO PARA CONTROLE DA  
HIPERTENSÃO ARTERIAL PELA EQUIPE DE SAÚDE DA  
FAMÍLIA CARLOS MARTINS DE FREITAS, OURO VERDE DE  
MINAS/MINAS GERAIS**

**Banca Examinadora**

Prof. Ms. Ricardo Luiz Silva Tenório - orientador

Profa. Dra. Maria Marta Amancio Amorim – Centro Universitário Una. Belo Horizonte

Aprovado em Belo Horizonte, em

de 2018.

## RESUMO

Existe um número expressivo de hipertensos no território adscrito à Estratégia Saúde da Família (ESF) Carlos Martins de Freitas que são passíveis de intervenções e ações estratégicas para prevenção e promoção em saúde. Este estudo tem como objetivo elaborar um projeto de intervenção para melhoria da qualidade de vida de hipertensos atendidos na Estratégia Saúde da Família Carlos Martins de Freitas do município de Ouro Verde de Minas. Realizou-se o diagnóstico situacional, conhecendo os principais problemas enfrentados pela equipe de saúde da família, utilizando-se como norteador o método de Planejamento Estratégico Situacional. Foi utilizado o método da Estimativa Rápida Participativa, além de informações adquiridas através de instrumentos de registro da equipe, prontuários de pacientes, Sistema de Informação da Atenção Básica, grupos operativos, visitas domiciliares e observação ativa do processo de trabalho. Para a construção desse projeto foram utilizados trabalhos científicos, disponíveis na base de dados como: Biblioteca Virtual em Saúde, *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE), Biblioteca Virtual da Universidade Federal de Minas Gerais, dentre outros, com os DeCS Hipertensão, complicações, prevenção e controle. Espera-se que, com essa proposta de intervenção, a equipe multiprofissional consiga através de práticas educativas e ações de prevenção e promoção em saúde, controlar e reduzir o alto índice de hipertensos, bem como os determinantes e condicionantes do processo saúde doença.

Palavras-chave: Hipertensão. Saúde da Família. Educação em saúde.

## **ABSTRACT**

There is an expressive number of hypertensive individuals in the territory assigned to the Family Health Strategy (ESF) Carlos Martins de Freitas that are subject to interventions and strategic actions for prevention and health promotion. This study aims to develop an intervention project to improve the quality of life of hypertensive patients assisted in the Family Health Strategy Carlos Martins de Freitas of the municipality of Ouro Verde de Minas. The situational diagnosis was made, knowing the main problems faced by the family health team, using as a guide the Strategic Situational Planning method. The Participatory Rapid Estimate method was used, as well as information acquired through team registration instruments, patient charts, Basic Attention Information System, operating groups, home visits and active observation of the work process. For the construction of this project, scientific papers were used, available in the database as: Virtual Health Library, Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE), Virtual Library of the Federal University of Minas Gerais, among others, with DeCS Hypertension, complications, prevention and control. It is hoped that with this proposal of intervention, the multiprofessional team will achieve through educational practices and actions of prevention and promotion in health, control and reduce the high index of hypertensive, as well as the determinants and conditioners of the disease health process.

**Keywords:** Hypertension. Family Health. Health education.

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABS	Atenção Básica em Saúde
ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária a Saúde
CRAS	Centro de Referência de Assistência Social
DCV	Doença cardiovascular
ESF	Estratégia Saúde da Família
FR	Fator de risco
FUNASA	Fundação Nacional de Saúde
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e estatística
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
HIPERDIA	Hipertensão arterial \ Diabetes mellitus
MG	Minas Gerais
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NESCON	Núcleo de Educação em Saúde Coletiva
PA	Pressão Arterial
PES	Planejamento Estratégico Situacional
PSF	Programa Saúde da Família
UBS	Unidade Básica de Saúde
UPA	Unidade de Pronto Atendimento

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Tabela 1- Classificação da Pressão Arterial de acordo com a medição casual ou no consultório a partir de 18 anos de idade.....	18
Tabela 2- Modificações do estilo de vida no controle da pressão arterial .....	19
Quadro 1 - Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade da Equipe Saúde da Família Carlos Martins de Freitas Ouro Verde Minas, 2018.....	11
Quadro 2 – Operações sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema “Baixo controle da hipertensão arterial sistêmica”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Carlos Martins de Freitas município de Ouro Verde de Minas-MG.....	21
Quadro 3 – Operações sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema “Baixo controle da hipertensão arterial sistêmica ”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Carlos Martins de Freitas município de Ouro Verde de Minas-MG .....	23
Quadro 4 – Operações sobre o “nó crítico 3” relacionado ao problema “Baixo controle da hipertensão arterial sistêmica ”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Carlos Martins de Freitas município de Ouro Verde de Minas-MG .....	25
Quadro 5- Operações sobre o “nó crítico 4” relacionado ao problema “Baixo Controle da hipertensão arterial sistêmica”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Carlos Martins de Freitas município de Ouro Verde de Minas .....	26

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>08</b>
1.1 Identificação dos problemas de saúde do território e comunidade.....	10
<b>2 JUSTIFICATIVA.....</b>	<b>12</b>
<b>3 OBJETIVOS.....</b>	<b>13</b>
3.1 Objetivo Geral.....	13
3.2 Objetivos Específicos.....	13
<b>4 METODOLOGIA.....</b>	<b>14</b>
<b>5 REFERENCIAL TEÓRICO.....</b>	<b>16</b>
<b>6 PLANO DE INTERVENÇÃO.....</b>	<b>21</b>
6.1 Descrição do problema selecionado.....	21
6.2 Explicação do problema.....	21
6.3 Seleção dos “nós críticos”.....	21
6.4 Desenho das operações.....	22
<b>7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>29</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>30</b>

## 1 INTRODUÇÃO

Ouro Verde de Minas é um município mineiro com uma área territorial de 175.482 Km<sup>2</sup>, e uma população estimada em 6.118 habitantes (IBGE, 2017). Os municípios limítrofes são Frei Gaspar, Ataléia, São José do Divino. Está situada a 35 km a sudeste de Teófilo Otoni e 941 km da capital, Belo Horizonte.

A população vive basicamente do trabalho agrícola, pecuária e comércio. O município possui um número alto de desempregado e subempregado. Poucas são as alternativas de lazer da cidade. A estrutura de saneamento básico na comunidade é precária por tratar-se de zona rural. Em observação ativa nas visitas domiciliares verificou-se que o saneamento básico ainda é um problema sério na comunidade, por haver várias famílias com práticas de destino final do esgoto com estrutura de fossa ou a céu aberto, o que torna uma situação muito perigosa para determinantes do processo saúde doença, pelo fato do abastecimento de água não ser totalmente pelo sistema público. Observou-se também, a existência de poços artesianos em domicílios de várias famílias, onde o tratamento é realizado pelas próprias famílias que utiliza a água de seu poço e por isso há possibilidade de risco e transmissão de patologias pela possível contaminação da água.

Avaliando a estrutura predial das moradias da população em geral, predomina-se casas com construção de adobe e estrutura simples. Os costumes e hábitos culturais, associados a baixa escolarização das pessoas fazem com que haja uma resistência de algumas pessoas em realizar o tratamento da Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), dificultando o processo de trabalho da equipe. O meio de transporte urbano mais utilizado da área rural ao centro da cidade de Ouro Verde de Minas é o ônibus escolar, fretamento de carros e utilização de motocicletas.

O sistema de saúde do município possui duas Unidades Básicas de Saúde (UBS), uma urbana e uma rural mista. Existe também no município um centro de Fundação Nacional de Saúde (FUNASA), uma unidade da Farmácia municipal, um Centro de Referência de Assistência Social (CRAS), uma Casa de Apoio e uma Unidade Mista de Saúde, que possuem profissionais nas áreas de clínica geral e atendimento odontológico. As consultas de ginecologia, pediatria e fisioterapia são encaminhadas para a Unidade Mista de Saúde Fundadora Carlos Martins de Freitas. O município

não possui laboratório clínico e quase todos os exames devem ser feitos em outros municípios ou em laboratórios particulares. São realizados eletrocardiogramas, e duas vezes por semanas fazem ultrassonografia.

O município possui um hospital onde se atende os pacientes com emergência médica. Os casos de atendimento de maior complexidade são encaminhados para outras cidades como Teófilo Otoni-MG e Belo Horizonte dependendo da complexidade do quadro clínico do paciente.

A Unidade Básica de Saúde (UBS) Carlos Martins de Freitas, foi inaugurada em 2002 e está localizada no centro do município. É uma construção moderna e bem conservada com uma área de recepção, sala de espera, consultórios para médico, dentista e enfermagem, sala de curativo, sala de esterilização, uma sala de reuniões para as atividades de planejamento da equipe e outras atividades de promoção da e grupos operativos. Apresenta adequadas condições de iluminação, ventilação. O atendimento é realizado por meio de consultas programadas (pré-natal, puericultura, e outros) e atendimento ao agudo por demanda espontânea.

A equipe de saúde da família (ESF) Carlos Martins de Freitas, atende a área rural com 3.227 habitantes e 1.750 famílias, sendo que há 410 hipertensos cadastrados e 120 diabéticos adscrito no território.

A equipe é formada por (01) médica, Dra. Nitzia Liorente Rivera, especialista em Medicina Geral Integral; (01) Enfermeira, Andreia Teles Martins; (01) Técnica de enfermagem, Geralda Resende; (01) Recepcionista Alessandra Vieira e (10) Agentes Comunitários de Saúde (ACS).

A Unidade de Saúde funciona das 8 horas às 17 horas, a maioria das pessoas comparecem através das consultas agendadas pessoalmente e com apoio dos agentes de saúde, também são atendidas as pessoas da demanda espontânea, nossa equipe oferece atenção médica e de enfermagem todos os dias com consultas para atenção ao adulto, criança, idosos e gestantes de forma geral e o cronograma tem concebido todas as atividades de promoção e prevenção, tendo a

formação da equipe completa. A recepção e arquivo é realizada pela recepcionista e pela técnica de enfermagem.

É uma construção moderna e bem conservada com uma área de recepção, sala de espera, três consultórios para médico, dentista e enfermagem, sala de curativo, dois banheiros de pacientes e de pessoal, cozinha, sala de esterilização. Bem aproveitado o espaço físico. Boas condições nas consultas já que contam com adequadas condições de iluminação, ventilação, existe nebulizador, material cirúrgico para pequenas suturas não profundas além de uma sala de reuniões para as atividades de planejamento da equipe e outras atividades de promoção de saúde para a comunidade, os grupos operativos, por exemplo. A população vai frequentemente a unidade de Saúde, apesar de ser longe, mas a equipe procura garantir as consultas agendadas e as de demandas espontâneas. Nossa área consta com 10 micro áreas.

### **1.1 Identificação problemas de saúde do território e da comunidade**

Ao realizar a estimativa rápida para a identificação dos principais problemas existentes no território adscrito a ESF Carlos Martins de Freitas, utilizou informações através da observação ativa da equipe e instrumentos de registros da equipe (prontuários). Foi realizado diagnóstico situacional, que proporcionou a identificação e priorização dos principais problemas de saúde da comunidade, como: baixa adesão dos pacientes no tratamento da Hipertensão Arterial (HAS); alta prevalência de Diabetes Mellitus; farmacodependência; automedicação; gravidez na adolescência, conforme descrito no quadro 1.

**Quadro 1 - Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade da Equipe Saúde da Família Carlos Martins de Freitas Ouro Verde Minas, 2018.**

<b>Principais problemas</b>	<b>Importância</b>	<b>Urgência.</b>	<b>Capacidade de enfrentamento.</b>	<b>Seleção.</b>

Baixa adesão dos hipertensos ao tratamento.	Alta	7	Parcial	1
Alta prevalência de diabetes.mellitus.	Alta	7	Parcial	2
Farmacodependencia.	Alta	6	Parcial	3
Automedicação.	Alta	5	Parcial	3
Gravidez na adolescência.	Alta	4	Parcial	4

Fonte: ESF Carlos Martins de Freitas (2018).

Após a identificação dos problemas foi priorizado a alta prevalência de pacientes hipertensos.

A demanda significativa de consultas com sinais e sintomas característicos da hipertensão tem relação com o grande número de pacientes hipertensos com dificuldades de adesão ao tratamento e com fatores que aumentam os riscos para problemas cardiovasculares causadores de maior mortalidade no município.

Medidas que visem instruir os pacientes hipertensos quanto aos fatores de risco, mudança no estilo de vida, adesão ao tratamento e prevenção de complicações, com intuito de melhorar a qualidade de vida desses usuários são fundamentais.

Portanto, a implementação de ações e medidas de prevenção na comunidade para HAS poderá representar um grande desafio para a equipe multiprofissional. É de grande relevância acadêmica, social e clínica intervir nos determinantes e condicionantes do processo saúde-doença destes hipertensos que levam ao descontrole dos níveis pressóricos.

## 2 JUSTIFICATIVA

As Doenças Cardiovasculares (DCV) são, atualmente, a maior causa de mortes no mundo. Elas foram responsáveis por mais de 17 milhões de óbitos em 2008, dos quais três milhões ocorreram antes dos 60 anos de idade, e grande parte poderia ter sido evitada. (RADOVANOVIC et. al, 2014).

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é fator de risco para patologias cardíacas, doença cerebrovascular, doença vascular periférica, insuficiência cardíaca e doença renal terminal (ARAÚJO; GUIMARÃES, 2007).

Segundo Brasil (2013) a HAS é um grave problema de saúde pública no Brasil e no mundo. Sua prevalência no Brasil varia entre 22% e 44% para adultos, chegando a mais de 50% para indivíduos com 60 a 69 anos e 75% em indivíduos com mais de 70 anos.

Costa (2010) afirma que a HAS tem alta prevalência e baixas taxas de controle, sendo principal fator de risco modificável e um dos mais importantes problemas de saúde pública.

Esse trabalho justifica-se pela necessidade de intervenção no alto número de pacientes hipertensos no território adscrito a equipe Carlos Martins de Freitas, onde a alta prevalência e incidência torna-se um desafio para a equipe iniciar o tratamento dos casos diagnosticados para manter o acompanhamento regular dessas pessoas motivando-as à adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso.

### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 Objetivo geral**

Elaborar uma proposta de Intervenção para melhoria da qualidade de vida de hipertensos atendidos pela equipe Saúde da Família Carlos Martins de Freitas no município de Ouro Verde de Minas

#### **3.2 Objetivos específicos**

- Desenvolver ações de educação em saúde para sensibilização da população sobre os riscos e complicações da hipertensão arterial sistêmica (HAS).
- Promover grupos operativos para estimular melhor adesão dos hipertensos ao tratamento e controle da patologia.

## 4 METODOLOGIA

Para a realização do presente trabalho, foram aplicadas as normas e orientações do módulo Planejamento Estratégico Situacional (PES): CAMPOS, F.C.C.; FARIA H. P.; SANTOS, M.A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. Nescon/UFMG. 2ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2018, onde realizou-se a estimativa rápida dos problemas observados e definição do problema prioritário, dos nós críticos e das ações propostas para intervenção. A metodologia do Planejamento Estratégico Situacional (PES) percorreram os seus seguintes passos: estimativa rápida dos problemas, priorização de problema principal (sua importância, urgência de solução e capacidade real da equipe para seu enfrentamento), sua descrição e explicação, seleção de nós críticos e desenho das operações.

Após diagnóstico situacional, foi realizada a revisão de literatura a respeito do tema proposto utilizando bases de dados online pela Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), bem como acervo da biblioteca virtual do Núcleo de Educação em Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina da UFMG (NESCON), manuais, diretrizes, livros de textos e materiais oferecidos pelo curso de especialização disponibilizados na Plataforma do curso. Os seguintes descritores foram utilizados: hipertensão, saúde da família e educação.

A partir dos dados coletados, todo o material passou pela análise do autor e foi feita a identificação e avaliação dos problemas através do diagnóstico situacional utilizando-se informantes-chaves, observação ativa da equipe, reuniões com a equipe multidisciplinar, registros da equipe e dados do Sistema de Informação da Atenção Básica.

Os encontros obedeceram a um roteiro pré-estruturado. A partir do primeiro encontro, foram traçadas as metas e divisão de funções a cada responsável.

O plano operativo seguiu um cronograma de dois meses, conforme a complexidade e demanda do nó crítico relacionado à classificação de prioridade para os problemas

identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à equipe. No segundo encontro serão planejadas as estratégias para a proposta de intervenção da equipe. As atividades desenvolvidas a partir do presente trabalho também deverão ter seus resultados avaliados e verificados junto a equipe para correção de rumos e efetivas intervenções dos condicionantes e determinantes do processo saúde doença da população.

## 5 REFERENCIAL TEÓRICO

### 5.1 Estratégia de Saúde da Família

A Estratégia Saúde da Família (ESF) tem o propósito de reorganizar a prática da Atenção Básica à Saúde (ABS) rompendo com a visão da saúde fragmentada, considerando permanentemente a organização social em que o indivíduo está inserido na ação e produção de saúde. (LACERDA; PIRES, 2013, p.29).

A atenção primária à saúde tem sido considerada, no contexto atual, como fundamental para a reorientação do modelo de atenção à saúde (SOUZA, et. al, 2011. p. 1).

A Atenção Primária à Saúde (APS) pressupõe um conjunto de ações individuais e coletivas relacionadas à promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento e reabilitação – constituindo-se em uma das principais portas de entrada para o sistema de saúde, devendo resolver 80% dos problemas de saúde da população. Ela está centrada na família e na participação ativa da comunidade e dos profissionais responsáveis pelo seu cuidado (CAMPOS e GUERRERO, 2010, p. 12).

Já Matuda (2012) relata que no Brasil, as discussões para a adesão às propostas da Atenção Primária a Saúde tiveram início na década de 1970, acompanhando o movimento internacional.

Reforça-se que a APS tem se caracterizado como um aspecto central na organização do sistema de saúde, podendo ser utilizadas pelas esferas governamentais como uma política capaz de organizar e orientar o modelo de atenção à saúde. Essa atribuição correlaciona-se à maior aproximação que a APS tem das famílias e da comunidade, a capacidade em reconhecer e solucionar a maioria dos problemas de saúde em uma determinada população, além de orientar outros níveis de complexidade do sistema de saúde [...] (AQUINO et al., 2014, p.37).

Conforme Garnelo et al. (2014), cita a Resolução n. 439 do Ministério da Saúde 2011 que informa que o Sistema Único de Saúde (SUS) vem “ampliando as responsabilidades municipais para a garantia de acesso aos serviços de saúde, com

prioridade para a Atenção Básica em Saúde, que tem na Saúde da Família a estratégia prioritária à sua expansão e consolidação”

Dessa forma, através da atuação de equipes multidisciplinares de saúde (compostas por médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e agentes comunitários de saúde), em território e com clientela adscritos, preconiza a produção social da saúde, a partir da coresponsabilidade e estabelecimento de vínculos entre os diferentes atores sociais que participam da intrincada e complexa rede de relações que sustentam a dinâmica social (CUNHA, 2012, p.47).

A ESF tem papel fundamental no primeiro contato, na longitudinalidade e na coordenação do cuidado, devendo operar como base de estruturação das redes de atenção, com suporte dos serviços de apoio diagnóstico, assistência especializada e hospitalar (MALTA et. al; 2013).

A pressão arterial (PA) é uma variável importante para avaliação do risco cardiovascular, sendo que a relação entre morte por doença cérebro-vascular e PA é significativa quando os níveis estão superiores a 115/75 mmHg para todas as faixas etárias (ROSARIO, 2009).

A HAS é uma condição clínica caracterizada por níveis continuamente elevados da PA e que possui influência multifatorial. A elevação contínua da PA pode provocar alterações funcionais e/ou estruturais de alguns órgãos importantes (coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos) e/ou alterações metabólicas, possibilitando o aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

Vários estudos descrevem que os índices de hipertensos com níveis pressóricos a partir de 140/90 mmHg, aumentou consideravelmente nos últimos 40 anos, havendo um avanço deste fenômeno, principalmente na Ásia e na África (IBRAHIM;DAMASCENO 2012).

Inquéritos populacionais em cidades brasileiras nos últimos 20 anos apontaram uma prevalência de HAS acima de 30%. Em valores de PA  $\geq$  140/90 mmHg, 22 estudos indicam prevalências entre 22,3% e 43,9%, (média de 32,5%), com mais de 50% entre 60 e 69 anos e 75% acima de 70 anos. (BRASIL, 2011).

Rosário (2009) afirma que a HAS é a doença crônica não transmissível mais frequente na população brasileira. Estima-se que aproximadamente 30 milhões de brasileiros são atingidos pela patologia.

De acordo com a VII Diretrizes Brasileira de Hipertensão (2016), existem limites pressóricos que são considerados normais e valores considerados alterados por meio de medidas casuais, como descrito na tabela 1:

**Tabela 1- Classificação da PA de acordo com a medição casual ou no consultório a partir de 18 anos de idade**

<b>Classificação</b>	<b>PAS (mm Hg)</b>	<b>PAD (MM Hg)</b>
<b>Normal</b>	<b><math>\_ &lt; 120</math></b>	<b><math>\_ &lt; 80</math></b>
<b>Pré-hipertensão</b>	<b>121-139</b>	<b>81-89</b>
<b>Hipertensão estágio 1</b>	<b>140-159</b>	<b>90-99</b>
Hipertensão estágio 2	160-179	100-109
Hipertensão estágio 3	$> \_ 180$	$> \_ 110$

Quando a PAS e a PAD situam-se em categorias diferentes, a maior deve ser utilizada para classificação da PA.

Considera-se hipertensão sistólica isolada se PAS  $> \_ 140$  mm Hg e PAD  $< 90$  mm Hg devendo a mesma ser classificada em estágios 1,2 e 3.

Fonte: Sociedade Brasileira de Cardiologia (2016).

A VII Diretrizes Brasileiras de Hipertensão (2016) mostra que no Brasil, a hipertensão arterial (HAS) acomete 32,5% das pessoas adultas e é responsável por 50% dos óbitos

por patologias cardíacas. Será apresentado na tabela 2, às recomendações e modificações do estilo de vida no controle da pressão arterial.

**Tabela 2- Modificações do estilo de vida no controle da pressão arterial**

<b>Modificações/Redução</b>	<b>Recomendação</b>	<b>Redução aproximada na PAS*</b>
<b>Controle de peso Kg</b>	Manter o peso corporal na faixa normal (índice de massa corporal entre 18,5 a 24,9 Kg/m <sup>2</sup> )	<b>5 a 20 mmHg para cada 10 de peso reduzido</b>
<b>Padrão alimentar</b>	Consumir dieta rica em frutas e vegetais e alimentos com baixa densidade calórica e baixo teor de gorduras saturadas e totais. Adotar dieta DASH (rica em vegetais e frutas, rica em laticínios não-gordurosos, pobre em gorduras saturada).	<b>8 a 14 mmHg</b>
<b>Redução do consumo de sal</b>	Reduzir a ingestão de sódio para não mais de 100 mmol/dia = 2 g de sódio (6 g de sal/ dia=4 colheres de café rasas de sal= 4g +2 g de sal próprio dos alimentos).	<b>2 a 8 mmHg</b>
<b>Moderação no consumo de álcool</b>	Limitar o consumo a 30g/dia de 3 etanol para os homens e 15 g/dia para mulheres.	<b>2 a 4 mmHg</b>
<b>Exercício físico</b>	<b>Habituar-se à prática</b> regular de atividade física aeróbica, como caminhadas por, pelo menos, 30 minutos por dia, 3 a 5 vezes/semana.	<b>4 a 9 mmHg</b>

Fonte: Sociedade Brasileira de Cardiologia (2016).

O autor Britto (2008), relata que a HAS atinge a população brasileira de forma silenciosa e cerca de 30% das pessoas não tem informação sobre o seu processo saúde-doença e não fazem tratamento da forma correta por ausência de recursos ou estimulação.

Os fatores de riscos associados à HAS classificam-se em não modificáveis: idade avançada, história familiar de doença coronariana, raça negra; e os modificáveis são:

glicemia elevada, obesidade, sedentarismo, dislipidemia, tabagismo, etilismo, estresse e outros (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

É evidente que a atividade física é essencial na prevenção de patologias crônicas e óbitos precoces. O sedentarismo, atrelado a hábitos alimentares não saudáveis, constitui-se fator de risco para o desenvolvimento de patologias como o câncer, diabetes e doenças cardiovasculares (BORFE et. al, 2015, p.14).

O tratamento não medicamentoso traz benefícios para a saúde por meio de ações de promoção à saúde em relação aos riscos modificáveis, como: estilo de vida saudável, exercícios físicos, uma boa alimentação, além de orientações contra o tabagismo e alcoolismo (RODRIGUES, 2016).

O tratamento medicamentoso com anti-hipertensivo também atua como método para prevenir comorbidades cardiovasculares associadas à hipertensão arterial sistêmica (HAS). A eficiência dos fármacos anti-hipertensivos disponíveis já está bem determinada (NOBRE, 2013).

Nos últimos anos, conforme estudos, a adesão terapêutica tornou-se um dos maiores problemas enfrentados pela equipe de saúde devido à sua complexidade. Estudos mostram que aproximadamente 40% a 60 % dos pacientes não fazem uso da medicação prescrita. Havendo crescente aumento associado ao sedentarismo e maus hábitos alimentares e de vida (RODRIGUES, 2016, p 117).

Já Brasil (2011) a prevenção primária, a detecção precoce, o tratamento e o controle da HAS são as formas mais efetivas de evitar a doença e reduzir eventos cardiovasculares e devem ser metas prioritárias dos serviços e profissionais de saúde.

A falta de conhecimento e adaptação ao uso das medicações e mudanças de hábitos de vida, tanto do hipertenso quanto de sua família são os responsáveis pela enorme resistência para a adesão ao tratamento anti-hipertensivo que os profissionais encontram (BARRETO; MARCONI, 2014).

Deve-se estimular a busca de soluções coletivas para os problemas provenientes da hipertensão (HAS) e a participação ativa do usuário e da família no acompanhamento dessa patologia. O trabalho em saúde envolve todos os sujeitos no controle das doenças crônicas (LOPES, 2015).

## **6 PLANO DE INTERVENÇÃO**

### **6.1 Descrição do problema selecionado**

A população de Ouro verde de Minas, além das dificuldades de acesso aos serviços de saúde não possui conhecimento sobre a temática de HAS. A maioria deles possuem baixo nível educacional, desconhece que a doença é crônica, não tem apoio da família em alguns casos, não possuem hábitos de vida saudáveis e apresentam preconceitos sobre os remédios e as doenças.

O baixo nível de informação, as influências culturais e sociais da população em relação aos hábitos de vida, nível de informação, sedentarismo, tabagismo, alcoolismo, dentre outros fatores, prejudicam o tratamento, controle e promoção da saúde e criam uma interpretação equivocada da doença que o acomete.

### **6.2 Explicação do problema**

A população total da UBS Carlos Martins de Freitas atende 1900 usuários, dos quais 378 são portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), que representa cerca de 19.8% da população adscrita. Foi observado pela equipe do ESF um aumento das prescrições anti-hipertensiva e crescente número de diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica e identificação de usuários com risco elevado para HAS.

### **6.3 Seleções dos nós críticos.**

A equipe tem como “nós críticos” ao problema priorizado: 1-Desconhecimento da população sobre a doença; 2- Hábitos de vida inadequados (sedentarismo, alimentação inadequada, alcoolismo, tabagismo, etc.); 3 -Processo de trabalho inadequado da equipe de saúde; 4- Falta de adesão dos usuários ao tratamento.

#### 6.4 Desenho das operações

Após a identificação dos nós críticos, desenharam-se as operações necessárias para a sua execução, os produtos, os resultados esperados e recursos necessários à que serão descritos a seguir. No quadro 2, relaciona-se o nó crítico 1 ao problema principal que é a baixa adesão dos hipertensos na população adscrita ao ESF Carlos Martins de Freitas em Ouro Verde de Minas, Minas Gerais, onde o desconhecimento sobre a doença, levou a desenvolver o projeto de intervenção junto a comunidade para atender a necessidade do estabelecimento de práticas de identificação precoce dos hipertensos com fatores de risco e complicações geradas pelas HAS, sendo necessário sensibilizar os pacientes, implantar grupo operativo para desenvolvimento do autocuidado na população local.

**Quadro 2 – Operações sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema “ Baixa adesão dos hipertensos ao tratamento”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Carlos Martins de Freitas do município de Ouro Verde de Minas, Minas Gerais.**

<b>Nó crítico 1</b>	Desconhecimento sobre a doença
<b>Operação (operações)</b>	Estabelecer práticas de identificação precoce dos hipertensos com fatores de risco e complicações geradas pela HAS.
<b>Projeto</b>	Desenvolvendo o autocuidado.
<b>Resultados esperados</b>	Sensibilizar inicialmente 50% dos pacientes com HAS na área de abrangência da ESF.
<b>Produtos esperados</b>	Implantar Grupo Operativo para ações de promoção e programas em saúde.
<b>Recursos necessários</b>	Estrutural: Mobilização da equipe multiprofissional, Agentes Comunitários de Saúde( ACS) ,Técnicos de enfermagem, enfermeiro, médico. Cognitivo: Informação sobre o tema. Financeiro: Recursos para xerox, material didáticos, informativos. Político: Mobilização social, vários setores de saúde e parceiros institucionais.

<b>Recursos críticos</b>	Estrutural: Cognitivo: Co-responsabilização dos profissionais e atores envolvidos. Político: Melhorar adesão do gestor local e parceiros. Financeiro: Compra de alguns equipamentos para atividades físicas.
<b>Controle dos recursos críticos</b>	Toda a equipe. Motivação Favorável.
<b>Ações estratégicas</b>	Promover relatos de experiências em rodas de conversas. Utilizar outros serviços da rede de assistência.
<b>Prazo</b>	2 meses
<b>Responsáveis pelo acompanhamento das operações</b>	Enfermeira/Médica
<b>Processo de monitoramento e avaliação das operações</b>	Avaliação periódica junto à equipe e população, verificando a demanda e complexidade das situações para correção de rumos e adequações da proposta de intervenção.

Fonte: ESF Carlos Martins de Freitas (2018).

No quadro 3, apresenta-se a intervenção da operação que visa promover discussões sobre práticas e hábitos de vida saudáveis para os hipertensos, onde o nó crítico 2, são hábitos de vida inadequados (sedentarismo, alimentação inadequada, alcoolismo, tabagismo, relacionado ao problema prioritário da baixa adesão dos hipertensos ao tratamento, levou a equipe a intervir com esse projeto no desenvolvimento de hábitos de vida saudáveis para reduzir em 20% o número de fatores de risco e complicações para HAS na população adscrita ao ESF Carlos Martisn de Freitas, através da implantação de programa de atividades físicas e hábitos saudáveis.

**Quadro 3 – Operações sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema “Baixa adesão dos hipertensos ao tratamento”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Carlos Martins de Freitas do município de Ouro Verde de Minas, Minas Gerais.**

---

<b>Nó crítico 2</b>	Hábitos de vida inadequados (sedentarismo, alimentação inadequada, alcoolismo, tabagismo, etc.);
<b>Operação</b> (operações)	Promover discussões sobre práticas e hábitos de vida saudáveis para os hipertensos.
<b>Projeto</b>	Desenvolver hábitos de vida adequados.
<b>Resultados esperados</b>	Reduzir inicialmente em 20% o número fatores de risco para HAS e complicações.
<b>Produtos esperados</b>	Implantar programa de atividades físicas e hábitos saudáveis.
<b>Recursos necessários</b>	Estrutural: Mobilização da equipe multiprofissional- ACS, Técnicos de enfermagem, enfermeiro, médico. Cognitivo: Informação sobre o tema. Financeiro: comprar equipamentos para ginástica. Político: Mobilização da população.
<b>Recursos críticos</b>	Estrutural: viabilidade de profissionais especializados como educador físico e nutricionista. Cognitivo: Co-responsabilização dos profissionais e atores envolvidos. Político: Melhorar adesão do gestor local e parceiros. Financeiro: Compra de alguns equipamentos para atividade física.
<b>Controle dos recursos críticos</b>	Equipe de profissionais da saúde, gestor. Motivação Indiferente
<b>Ações estratégicas</b>	-Desenvolver programas de caminhadas e atividades esportivas. -Promover parcerias intersetoriais para ações de promoção de práticas corporais. -Utilização de espaços urbanos para prática de atividades físicas; -Promover discussão de temas sobre alimentação e hábitos saudáveis de vida.
<b>Prazo</b>	3 meses.
<b>Responsáveis pelo acompanhamento das operações</b>	Gestor, Médico e coordenador da ESF.
<b>Processo de monitoramento e avaliação das operações</b>	Avaliação periódica junto à equipe e população para verificação de novos prazos e ações estratégicas.

Fonte: ESF Carlos Martins de Freitas (2018).

No quadro 4, apresenta-se as operações sobre o nó crítico 3, relacionado ao problema baixa adesão dos hipertensos ao tratamento, onde o processo de trabalho inadequado da equipe, exige uma demanda para estabelecimento de práticas educativas

permanentes /matriciamento junto a equipe para que o projeto de intervenção faça com que haja um compartilhamento de experiências, seguimento de protocolos e fluxos de atendimento.de forma que aconteça referência e contrarreferência, além do desenvolvimento de saberes entre os profissionais para que ocorra uma padronização eficiência e qualidade no atendimento prestado à comunidade.

**Quadro 4 – Operações sobre o “nó crítico 3” relacionado ao problema “ Baixa adesão dos hipertensos ao tratamento.”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Carlos Martins de Freitas do município de Ouro Verde de Minas, Minas Gerais.**

<b>Nó crítico 3</b>	Processo de trabalho inadequado da equipe de saúde
<b>Operação</b> (operações)	Estabelecer práticas de educação permanente/matriciamento junto à equipe de profissionais.
<b>Projeto</b>	Compartilhando e desenvolvendo saberes.
<b>Resultados esperados</b>	Realizar capacitação de 100% dos profissionais da equipe de saúde do ESF Carlos Martins de Freitas.
<b>Produtos esperados</b>	Padronização, eficiência e qualidade no atendimento prestado à comunidade. Compartilhamento de saberes, experiências, seguimento de protocolos e fluxos de atendimento.
<b>Recursos necessários</b>	Estrutural: Profissional para matriciar a equipe. Cognitivo: Informação e treinamento sobre o processo de trabalho da equipe. Financeiro: aquisição de material didático. Político: Mobilização da equipe, gestor e parceiros.

<b>Recursos críticos</b>	Cognitivo: Sensibilizar os profissionais quanto aos objetivos da proposta de intervenção. Político: Adesão da equipe e parceiros institucionais Financeiro: aquisição de materiais didáticos e eletrônicos (televisão, data show). Profissionais especializados.
<b>Controle dos recursos críticos</b>	Coordenadora da unidades e médica. Motivação favorável.
<b>Ações estratégicas</b>	Apresentar a proposta de intervenção à equipe; Discutir junto à equipe as demandas e problemas que dificultam o processo de trabalho.
<b>Prazo</b>	2 meses
<b>Responsável (eis) pelo acompanhamento das operações</b>	Médica e Enfermeira
<b>Processo de monitoramento e avaliação das operações</b>	Construir instrumentos de registro, como ata, planilhas, gráficos, observação ativa, reuniões periódicas e alinhamento de informações fomentando a boa comunicação entre a equipe e intervenção nos nós críticos.

Fonte: ESF Carlos Martins de Freitas (2018).

No quadro 5, apresenta o nó crítico 4, falta de adesão dos usuários ao tratamento, relacionado ao problema da baixa adesão dos hipertensos ao tratamento na ESF Carlos Martins de Freitas do município de Ouro Verde de Minas, pretendendo realizar operações para fornecer conhecimento à comunidade adscrita ao território, valorizando suas singularidades e criando estratégias para mudança de hábitos e comportamentos relacionados a adesão ao tratamento de HAS. Frisando a necessidade do projeto para desenvolver estratégias de intervenção, grupos educativos e sensibilização junto aos pacientes e familiares para sensibilização o aumento da adesão dos pacientes ao tratamento e controle das complicações causadas pela hipertensão arterial sistêmica (HAS).

**Quadro 5- Operações sobre o “nó crítico 4” relacionado ao problema “Baixa adesão dos hipertensos ao tratamento.”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Carlos Martins de Freitas do município de Ouro Verde de Minas, Minas Gerais.**

<b>Nó crítico 4</b>	Falta de adesão dos usuários ao tratamento
<b>Operação</b> (operações)	Fornecer conhecimento à comunidade adscrita ao território, valorizando suas singularidades e criando estratégias para mudança de hábitos e comportamentos relacionados a adesão ao tratamento de HAS.
<b>Projeto</b>	Desenvolver estratégias de intervenção, grupos educativos e sensibilização junto aos pacientes e familiares.
<b>Resultados esperados</b>	Aumentar inicialmente 10% de adesão ao tratamento no território do ESF Carlos Martins de Freitas.
<b>Produtos esperados</b>	Sensibilização e aumento da adesão dos pacientes ao tratamento e controle das complicações causadas pela hipertensão arterial sistêmica (HAS).
<b>Recursos necessários</b>	Estrutural: Equipe multiprofissional para acompanhar as ações estratégicas. Cognitivo: informações sobre os objetivos da proposta, grupos junto a comunidade, visitas domiciliares, parcerias com universidades. Financeiro: gastos com material didático. Político: Coordenação da atenção básica, equipe do Núcleo de Apoio Saúde da Família (NASF) parceiros institucionais.
<b>Recursos críticos</b>	Estrutural: Disponibilidade de profissionais, continuação do grupo, pois há rotatividade de profissionais. Cognitivo: Mobilização da comunidade com discussão da proposta pelos profissionais e população. Político: Adesão do gestor, pacientes e equipe. Financeiro: Material didático, brindes para estimular participação, lanches.
<b>Controle dos recursos críticos</b>	Gestor Local, Coordenadores, equipe multiprofissional. Motivação favorável.
	-Promover ações de promoção à saúde e prevenção de agravos junto aos parceiros para aumento da adesão ao tratamento e evitar futuras complicações causadas pela hipertensão arterial sistêmica (HAS).

<b>Ações estratégicas</b>	<p>-Realizar reuniões periódicas junto à equipe, parceiros, visitas domiciliares.</p> <p>-Utilizar recursos locais para estimular a criação de espaços com rodas de conversas e troca de experiências e bons hábitos de vida que colabore para adesão medicamentosa.</p>
<b>Prazo</b>	4 meses
<b>Responsáveis pelo acompanhamento das operações</b>	Coordenação da unidade, médica, técnicos de enfermagem, farmacêuticos, psicólogos, assistente social, agentes comunitários de saúde (ACS).
<b>Processo de monitoramento e avaliação das operações</b>	Prontuários, diversos registros da equipe, avaliação periódica junto à equipe, famílias, pacientes, observação ativa, verificações mensais, sistema de informação.

Fonte: ESF Carlos Martins de Freitas (2018).

## **7 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O propósito do presente trabalho é melhorar a qualidade de vida dos pacientes com HAS mediante controle dos fatores de risco, aderência ao tratamento, práticas de vida saudáveis, educação e promoção de saúde de pacientes e familiares entre outras atividades no contexto do Estratégia Saúde da Família (ESF).

Espera-se com este trabalho realizar muitos benefícios para os pacientes, suas famílias e a população em geral, aumentando o conhecimento sobre a doença, pois os resultados poderão refletir não só nos hipertensos e seus familiares, mas também na população em geral do município para diminuir a incidência e prevalência da mesma.

Espera-se poder melhorar a qualidade de vida das pessoas que vivem com diagnóstico de HAS, promover a adesão ao tratamento terapêutico, prover as pessoas da comunidade em geral de conhecimentos sobre a HAS, principais fatores de risco, formas de prevenção, importância da prática de exercícios físicos e alimentação saudável, assim como sensibilizar as pessoas de toda a comunidade sobre a importância da prevenção da HAS por meio da adoção de estilos de vida saudáveis.

## REFERÊNCIAS

ARAUJO, J. C.; GUIMARÃES, A. C. Controle da hipertensão arterial em uma unidade de saúde da família. **Rev Saúde Pública**, 2007, p. 369. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v41n3/5707.pdf>> Acesso em: 22 mar. de 2018.

AQUINO R.; et al. Estratégia saúde da família e reordenamento do sistema de serviços de saúde. In Paim JS, Almeida-Filho N. **Saúde Coletiva: Teoria e Prática**, 1.ed.-Rio de Janeiro: MedBook, 2014.

BARRETO, M. S, MARCON, S. S. **Participação familiar no tratamento da hipertensão arterial na perspectiva do doente**. Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 2014 Jan-Mar, p. 45. Disponível: <[http://www.scielo.br/pdf/tce/v23n1/pt\\_0104-0707-tce-23-01-00038.pdf](http://www.scielo.br/pdf/tce/v23n1/pt_0104-0707-tce-23-01-00038.pdf)> Acesso em: 22 mar. de 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica**. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Cadernos de Atenção Básica, n. 37, 2013, p.19.

BRASIL. Ministério da Saúde. Grupo Hospitalar Conceição. Gerência de Saúde Comunitária **A organização do cuidado às pessoas com hipertensão arterial sistêmica em serviços de atenção primária à saúde**. Porto Alegre, 2011, p. 14.

BRITO, J. C. **Exercício físico como fator de prevenção aos processos inflamatórios decorrentes do envelhecimento**. Motriz, v.17, n.3, p.544-555, 2008.

BORFE, L.; HOEHR, C. F.; FRANKE, S. I. R.; BURGOS, M. S. Interdisciplinaridade e promoção da saúde na educação básica e no sistema de saúde. **ESTILO DE VIDA, EXERCÍCIO FÍSICO E PROMOÇÃO DA SAÚDE: uma compreensão interdisciplinar**. [recurso eletrônico] / organizadores, Miria Suzana Burgos [et al.]. – Santa Cruz do Sul : EDUNISC, 2015, p.14. Disponível em: <[http://unisc.br/editora/ebook\\_interdisciplinaridade.pdf](http://unisc.br/editora/ebook_interdisciplinaridade.pdf)> Acesso em: 10 de Abr. 2018.

CAMPOS, F.C.C.; FARIA H. P.; SANTOS, M.A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. Nescon/UFMG. 2ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2018. Disponível em:

<[https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/Planejamento\\_e\\_avaliacao\\_das\\_acoes\\_de\\_saude\\_2/3](https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/Planejamento_e_avaliacao_das_acoes_de_saude_2/3)>. Acesso em: 26 de maio. 2018.

CAMPOS, G.W.S.; GUERRERO, A.V.P. (orgs.). **Manual de práticas de atenção básica: saúde ampliada e compartilhada**. São Paulo: Aderaldo & Rothschild, 2010, p.12.

COSTA, A. R. **VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão**. *Arq. Bras. Cardiol.*, v.95, n.1 supl.1, São Paulo, 2010, p. 3. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/abc/v95n1s1/v95n1s1.pdf>> Acesso em: 26 maio. 2018.

CUNHA, N. M. **A atenção ao hipertenso na estratégia saúde da família**: um estudo das características clínico-epidemiológicas e de organização dos serviços em João Pessoa – Paraíba. Tese (doutorado em Saúde Pública). Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca. João Pessoa, 2012.

IBRAHIM, M. M.; DAMASCENO, A. **Hipertensão arterial nos países em desenvolvimento**. *The Lancet*, v. 380, nº 9841, p.611, 2012.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. IBGE. [online], 2017. **População estimada. Ouro verde de Minas**. Disponível em:<<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/ouro-verde-de-minas/panorama>> Acesso em: 03 mar. 2018.

GARNELO, L.; LUCAS, A. C. S.; PARENTE, R. C. P.; ROCHA, E. S. C.; GONÇALVES, M. J. F.. **Organização do cuidado às condições crônicas por equipes de Saúde da Família na Amazônia**. Rio de Janeiro, v. 38, n. especial, 2014, p. 159. Disponível em:<[http://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2014/11/RSD\\_AB\\_WEB\\_031114.pdf](http://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2014/11/RSD_AB_WEB_031114.pdf)> Acesso em: 26 de mai. 2018.

LACERDA, J., T.; PIRES, R. O. M. **Processo de trabalho na atenção básica** [Recurso eletrônico]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2013, p. 29. Acesso em: 26 de mai. 2018. Disponível em: [https://unasus2.moodle.ufsc.br/pluginfile.php/19863/mod\\_resource/content/4/AtencaoBasica\\_6ProcessoTrabalho.pdf](https://unasus2.moodle.ufsc.br/pluginfile.php/19863/mod_resource/content/4/AtencaoBasica_6ProcessoTrabalho.pdf)

LOPES, C. A. O. **Adesão ao Tratamento de Pacientes Idosos com Hipertensão Arterial Sistêmica**. 2015. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/xmlui/handle/123456789/169190> Acesso em: 3 mar.2017.

MAGALHÃES, L. B. N. C. **Epidemiologia da hipertensão arterial no Brasil**. Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (UFBA) – Salvador (BA); Faculdade de Medicina da UFBA – Salvador (BA).2014, Volume 17 - Número 3 - 4 Julho / Dezembro 2014, p. 133.

MALTA, D. C.; SANTOS, M. A. S.; STOPA; S. R.; VIEIRA, J. EUDES BARROSO; MELO, E. A.; REIS, A. A. C. **A Cobertura da Estratégia de Saúde da Família (ESF) no Brasil, segundo a Pesquisa Nacional de Saúde**. Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais. 2013, p. 328. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v21n2/1413-8123-csc-21-02-0327.pdf> > Acesso: 26 de mai. 2018.

MATUDA C. G. **Cooperação interprofissional: percepção de profissionais da Estratégia Saúde da Família no município de São Paulo (SP)**. Dissertação de Mestrado. Programa de pós-graduação de Saúde Pública, Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, 2012, p. 2. Disponível em: <<file:///C:/Users/Home/Downloads/CarolineMatuda.pdf>> Acesso em: 23 de mai. 2018.

NOBRE, F. **Hipertensão arterial sistêmica primária**. Medicina (Ribeirão Preto), 2013, v.46, n.3, p. 72-256.

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** [Artigo Original] jul.-ago. 2014, p. 548. Disponível em: <[http://www.scielo.br/pdf/rlae/v22n4/pt\\_0104-1169-rlae-22-04-00547.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v22n4/pt_0104-1169-rlae-22-04-00547.pdf)> Acesso em: 26 de mai. 2018.

RODRIGUES, C.; SILVA, J. P.; CABRAL, C. V. S. **Fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão arterial (HAS) entre a equipe de enfermagem**. R. Interd. v. 9, n. 2, p. 117-126, jun. 2016.

ROSARIO, T. M. Prevalência, Controle e Tratamento da Hipertensão Arterial Sistêmica em Nobres – MT. **Arq. Bras. Cardiol.** v..93, n.6, p. 672-678, São Paulo Dec. 2009.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. Departamento de Hipertensão Arterial. VI Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial. **Revista Brasileira Hipertensão**, v. 17, nº 1, p.1-66, 2010.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA VII DIRETRIZ. *VII Diretrizes Brasileiras de Hipertensão*. **Rev. Bras. Hipert.**, V. 89, nº 3, p.1-104, 2016. Disponível em:

<[http://publicacoes.cardiol.br/2014/diretrizes/2016/05\\_HIPERTENSAO\\_ARTERIAL.pdf](http://publicacoes.cardiol.br/2014/diretrizes/2016/05_HIPERTENSAO_ARTERIAL.pdf) >  
Acesso em: 06 de mar.2018.

\_\_\_\_\_. VII Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Arq. Bras. Cardiol.** Diretrizes. Vol 107, nº 3, Supl. 3, set. 2016, p.1 Disponível em: <[http://publicacoes.cardiol.br/2014/diretrizes/2016/05\\_HIPERTENSAO\\_ARTERIAL.pdf](http://publicacoes.cardiol.br/2014/diretrizes/2016/05_HIPERTENSAO_ARTERIAL.pdf)>  
Acesso em: 06 de mar. 2018.

SOUSA, M. L. B.; SILVA, E. S.; RODRIGUES, N., J., G., A. **Estratégia saúde da família e núcleo de apoio a saúde da família:** Uma análise teórico-conceitual acerca da atenção básica. XV Encontro Latino Americano de Iniciação Científica e XI Encontro Latino Americano de Pós-Graduação – Universidade do Vale do Paraíba. 2011, p. 1. Disponível em:  
<[http://www.inicepg.univap.br/cd/INIC\\_2011/anais/arquivos/0208\\_0451\\_02.pdf](http://www.inicepg.univap.br/cd/INIC_2011/anais/arquivos/0208_0451_02.pdf)> Acesso em: 26 de maio de 2018.