

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

**ROXANA COLLADO YERO**

**CONTROLE DOS FATORES DE RISCO ASSOCIADOS À  
HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA - EQUIPE DE SAÚDE DA  
FAMÍLIA RIO MANSO - PROJETO DE INTERVENÇÃO**

**MONTES CLAROS - MINAS GERAIS**

**2018**

**ROXANA COLLADO YERO**

**CONTROLE DOS FATORES DE RISCO ASSOCIADOS À  
HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA - EQUIPE DE SAÚDE DA  
FAMÍLIA RIO MANSO - PROJETO DE INTERVENÇÃO**

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

Orientadora: Professora. Ms. Eulita Maria Barcelos

**MONTES CLAROS - MG**

**2018**

**ROXANA COLLADO YERO**

**CONTROLE DOS FATORES DE RISCO ASSOCIADOS À  
HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA - EQUIPE DE SAÚDE DA  
FAMÍLIA RIO MANSO - PROJETO DE INTERVENÇÃO**

**Banca examinadora**

Examinador 1: Professora Ms. Eulita Maria Barcelos- UFMG

Examinador 2: Professor Bruno Leonardo de Castro Sena

Aprovado em Belo Horizonte, em 15/10/2018.

## **DEDICATÓRIA**

Á população de Couto de Magalhaes – Minas Gerais.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço a Deus e todas as pessoas que colaboraram para a realização desse trabalho.

## RESUMO

A hipertensão arterial é um dos maiores problemas de saúde pública no Brasil e no mundo. É uma doença que pode permanecer assintomática até as fases mais avançadas de sua evolução, porém, apresenta grande morbimortalidade. Atualmente, o estilo de vida da população mundial tem contribuído muito com o aumento da incidência desta doença. A área de abrangência da Estratégia de Saúde da Família Rio Manso em Couto de Magalhaes de Mina em Minas Gerais, não se encontra excluída do exposto anteriormente devido à alta incidência de hipertensão arterial, assim também com os consideráveis maus hábitos de vida e o baixo nível de conhecimento que apresenta a maioria dos pacientes em relação ao tema, dessa forma acrescentam maiores possibilidades de adoecer e de ter complicações. O objetivo deste trabalho é elaborar um projeto de intervenção para melhorar o controle dos fatores de risco associados à hipertensão arterial sistêmica dos pacientes. Para realização deste projeto inicialmente a equipe de saúde realizou o diagnóstico de saúde utilizando a estimativa rápida para conhecer a realidade vivenciada pela população. Para elaboração do projeto foram utilizados todos os passos preconizados pelo Projeto Estratégico Situacional. O problema priorizado foi alto índice de hipertensão arterial sistêmica. Realizou-se uma pesquisa bibliográfica para subsidiar a elaboração da abordagem teórica. Foram utilizados trabalhos científicos disponíveis em bases de dados como Biblioteca Virtual em Saúde, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, a Biblioteca Virtual do Núcleo de Educação em Saúde Coletiva e nos sites de busca: *Scientific Electronic Library Online*, Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde. Esperamos que este trabalho seja de grande utilidade para os integrantes da equipe de saúde e para população em geral.

**Palavras chave:** Hipertensão arterial sistêmica - Fatores de risco - Prevenção.

## **ABSTRACT**

Hypertension is one of the biggest public health problems in Brazil and in the world. It is a disease that can remain asymptomatic until the most advanced stages of its evolution, but presents great morbimortality. Currently, the lifestyle of the world population has contributed greatly to the increased incidence of this disease. The coverage area of the Rio Manso Family Health Strategy in Couto de Magalhães de Minas Gerais, Minas Gerais, is not excluded from the above because of the high incidence of Arterial Hypertension, as well as the considerable bad habits of life and the low level of knowledge that the majority of patients present in relation to the subject, in this way they add greater possibilities of becoming ill and having complications. The objective of this study is to develop an intervention project to improve the control of risk factors associated with systemic arterial hypertension. To accomplish this project, the health team initially performed the health diagnosis using the rapid estimate to know the reality experienced by the population. All the steps recommended by the Situational Strategic Project were used to prepare the project. The priority problem was a high rate of systemic arterial hypertension. A bibliographical research was done to subsidize the elaboration of the theoretical approach. We used scientific works available in databases such as Virtual Health Library, Brazilian Institute of Geography and Statistics in the Virtual Library of the Nucleus of Education in Collective Health and in search sites: Scientific Electronic Library Online, Latin American and Caribbean Literature in Health Sciences. We hope this work will be very useful for members of the health team and the population in general.

**Keywords:** Systemic Arterial Hypertension - Risk factors - Prevention.

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABS	Atenção Básica à Saúde
AVC	Acidente Vascular Cerebral
APS	Atenção Primária à Saúde
DAC	Doença Arterial Coronariana
DIC	Doença Isquêmica do Coração
DM	Diabetes mellitus
<i>ESF</i>	Estratégia da Saúde da Família
RC	Fatores de Risco Cardiovascular
PSF	Programa Saúde da Família
UBS	Unidade Básica de Saúde



## LISTA DE QUADROS E TABELAS

Quadro 1- Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à equipe de Saúde Rio Manso, município de Couto de Magalhaes de Minas, estado de Minas Gerais.....	16
Quadro 2 - Perfil epidemiológico de hipertensos da área de abrangência da ESF.....	34
Quadro 3 – Operações sobre o “nó crítico 1” relacionado ao alto índice de Hipertensão Arterial Sistêmica na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Rio Manso, do município Couto de Magalhães de Minas, estado de MG.....	37
Quadro 4 – Operações sobre o “nó crítico 2” relacionado ao alto índice de Hipertensão Arterial Sistêmica na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Rio Manso, do município Couto de Magalhães de Minas, estado de MG.....	38
Quadro 5 – Operações sobre o “nó crítico 3” relacionado ao alto índice de Hipertensão Arterial Sistêmica na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Rio Manso, do município Couto de Magalhães de Minas, estado de MG.....	39
Quadro 6 – Operações sobre o “nó crítico 4” relacionado ao alto índice de Hipertensão Arterial Sistêmica alta incidência de hipertensão arterial, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Rio Manso, do município Couto de Magalhães de Minas, Estado de MG.....	40

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>12</b>
1.1 Breves informações sobre o município Couto de Magalhães de Minas.....	12
1.2 O sistema municipal de saúde.....	13
1.3 A Equipe de Saúde da Família Rio Manso, seu território e sua população.....	14
1.4 Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade .....	15
1.5 Priorização dos problemas .....	16
<b>2 JUSTIFICATIVA.....</b>	<b>18</b>
<b>3 OBJETIVO.....</b>	<b>20</b>
3.1 Objetivo geral.....	20
3.2 Objetivos específicos.....	20
<b>4 METODOLOGIA.....</b>	<b>21</b>
<b>5 REVISÃO DE LITERATURA.....</b>	<b>22</b>
5.1 Atenção Primária a Saúde.....	22
5.2 Hipertensão arterial.....	25
5.3 Hipertensão Arterial seus fatores de risco e medidas preventivas.....	25
5.4 Complicações causadas pela hipertensão arterial sistêmica.....	30
<b>6 PLANO DE INTERVENÇÃO.....</b>	<b>33</b>
6.1 Problemas Identificados.....	33
6.2 Priorizações dos problemas.....	33
6.3 Descrição do problema.....	34
6.4 Explicações do Problema.....	34
6.5 Seleções dos Nós Críticos.....	36
6.6 Desenhos das operações.....	36
6.7 Recursos críticos para o desenvolvimento das operações.....	37

6.8 Propostas de Ações para a Motivação dos Atores.....	41
6.9 Proposta de Intervenção.....	41
6.10 Gestões do Plano de Ação.....	41
<b>7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>43</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>44</b>

## **1 INTRODUÇÃO**

### **1.1 Breves informações sobre o município Couto de Magalhães de Minas**

Couto de Magalhães de Minas pertence ao Estado de Minas Gerais. Os habitantes se chamam couto-magalhenses. O município se estende por 485,7 km<sup>2</sup> e conta com 4444 habitantes no último censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2017). A densidade demográfica é de 8,7 habitantes por km<sup>2</sup> no território. Situado a 733 metros de altitude, Couto de Magalhães de Minas tem as seguintes coordenadas geográficas: Latitude: 18° 4' 25" Sul, Longitude: 43° 28' 16" Oeste. Vizinho dos municípios de São Gonçalo do Rio Preto, Diamantina e Serra Azul de Minas, Couto de Magalhães de Minas se situa a 2 km a Norte-Leste de Diamantina a maior cidade nos arredores (IBGE, 2017).

As principais atividades econômicas do município são a agricultura, pecuária, comércios e um posto de gasolina.

Segundo o Relatório de Fiscalização Nº GFO-023/2016 dos Serviços de Esgotamento Sanitário da Sede do Município (2016) o serviço de esgotamento sanitário atualmente prestado na sede do município se restringe à coleta, transporte e afastamento dos esgotos gerados na sede municipal, além da manutenção das redes coletoras. O destino final do lixo por aterramento e queimados.

Em relação à energia elétrica todas as famílias têm acesso. A cidade sempre teve uma tradição forte na área cultural: movimentava a região com o seu festival de música e ainda preserva suas festas religiosas e seus grupos de congado. O município conta com escolas municipal e estadual, creches, algumas associações de bairros.

No município existem poucas ofertas de trabalho, existindo muitas pessoas desempregadas. A situação econômica é desfavorável em muitas famílias.

## 1.2 O sistema municipal de saúde

Em relação à atenção primária conta com uma Unidade Básica de Saúde (UBS), duas Estratégias de Saúde da Família e uma farmácia popular. A política de saúde é pautada na Política Nacional de Atenção Básica que tem a Estratégia de Saúde da Família como a base para organização do sistema de saúde. A população tem cobertura de 100% pela Estratégia de Saúde da Família. Os médicos especialistas são contratados: pediatra, ginecologista e ortopedista. Na UBS atende atenção de urgência e emergência em sua maioria e imediatamente fazem-se os encaminhamentos quando necessários. Não existe hospital no município.

Para a contra referência são utilizados formulários padronizados de encaminhamento quando o paciente vai para consulta com especialistas fora do município. Esta às vezes é falha porque nem sempre chega à contra referência quando o paciente retorna. Mas por meio das visitas realizadas pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) a equipe fica sabendo o que ocorreu com o paciente. No município a contra referência é mais por contato entre os próprios profissionais.

Conta com apoio dos profissionais do Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF), composto por assistente social, fisioterapeuta, nutricionista, que dão suporte as equipes por meio dos atendimentos, visitas domiciliares, discussão de casos e construção de projetos terapêuticos em conjunto com a equipe.

O atendimento de saúde mental é realizado no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), em Diamantina que é uma cidade de referência. O acompanhamento deste paciente quando retorno é feito no município com a psicóloga. Existe uma alta demanda.

O Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) atende os pacientes que necessitam de um tratamento mais especializado e que o município não tem condições de atendê-lo aqui, sendo então encaminhados para esse Centro em Diamantina.

Em relação aos atendimentos a idosos, existe o grupo da melhor idade coordenado por uma fisioterapeuta. Fazem atividades físicas e aferição de pressão e glicemia toda semana. Participam de eventos de lazer como forrós aqui na cidade, viagens, encontros com outros grupos das cidades vizinhas. Em relação a

assistência a saúde dos idosos, o município oferece: visitas da equipe, vacinação, fornecimento de medicamentos pela farmácia e curativos.

### **1.3 A Estratégia de Saúde da Família Rio Manso, seu território e sua população**

A Unidade tem infraestrutura adequada para realização das atividades. Sendo que a política de saúde está pautada na Política Nacional de Atenção Básica que tem a estratégia de saúde da família como a base para organização do sistema de saúde. O modelo de atenção básica é o SUS. A equipe trabalha de acordo com disposições do Ministério de Saúde, todas as famílias são cadastradas e identificados os problemas de saúde e fatores de risco, vendo a família e comunidade como um todo.

A equipe é composta por uma enfermeira, uma médica, uma técnica em enfermagem, cinco agentes comunitários de saúde e uma recepcionista. Também possui uma equipe de saúde bucal e uma equipe de NASF. A Unidade funciona das 07h00min às 16h00min, de segunda feira a sexta feira. O relacionamento da equipe é bom e todos desempenham um papel importante, desde da recepcionista, agentes de comunitários de saúde, enfermeira, médica e demais profissionais.

A demanda de consultas agendadas é muito grande consome quase todo o tempo da equipe além de atender a demanda espontânea. A equipe tenta cada vez mais desenvolver o melhor possível para atender outras ações de saúde. É dada prioridade a programas como pré-natal, puericultura, controle de câncer de mama e ginecológico, atendimento a hipertensos e diabéticos, doenças transmissíveis, idosos, vacinação, promoção e prevenção de saúde e curativos.

Abarca uma população de 2786 pacientes. Ela é majoritariamente adulta (54%), seguida idosos correspondendo a 25%, com 12% de crianças e 9% de adolescentes.

Com uma alta morbidade de hipertensão arterial sistêmica com 378 pacientes (13%), Diabetes Mellitus 107 pacientes (3,7 %) e a existência de muitos fatores de risco para doenças cardiovasculares e renal. Predomina maus hábitos alimentares, obesidade, alcoolismo, depressão, hiperlipidemia, automedicação, fármaco dependência.

#### **1.4 Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade**

Inicialmente foi realizado o diagnóstico utilizando a estimativa rápida para levantamento das condições vivenciadas pela população. Para a definição e identificação dos problemas seguiram-se os passos preconizados pelo Planejamento Estratégico Situacional (PES).

O método da estimativa rápida permite:

1- Observação ativa na área desenvolvida com o próprio trabalho da equipe do ESF.

2- Registros dos prontuários médicos, diagnóstico de saúde anterior, e demais registros existentes na ESF,

3- Diagnóstico de saúde da atenção primária do município elaborado pelo NASF, assim como registros do hospital (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

A Estimativa Rápida permite uma equipe composta de técnicos da saúde e ou de outros setores e representantes da população, para examinar os registros existentes, entrevistar informantes chaves e fazer observações sobre as condições da vida da comunidade que se quer conhecer. Por tanto, a Estimativa Rápida é um método utilizado para elaboração de um diagnóstico de saúde de determinado território (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

Mediante as informações obtidas a equipe reuniu várias vezes para discutir, analisar e chegar em um consenso de quais problemas ela tinha governabilidade no seu enfrentamento para chegar a uma solução aprazível.

Assim chegou-se aos principais problemas identificados na área de abrangência estão ordem de prioridade:

- Alto índice de hipertensão arterial sistêmica
- Alto índice de Diabetes Mellitus
- Risco cardiovascular aumentado
- Grande número de pacientes obesos.
- Depressão

## 1.5 Priorização dos problemas

Os critérios utilizados para definir os problemas prioritários, foram à prevalência e incidência dos mesmos na área de abrangência. A equipe analisou a importância do problema, sua urgência, capacidade de enfrentamento. Atribuindo valores “alto, médio ou baixo” para a importância do problema, distribuindo pontos conforme sua urgência, (no máximo 30 pontos) definindo se a solução do problema está dentro, fora ou parcialmente dentro da capacidade de enfrentamento da equipe responsável pelo projeto e numerando os problemas por ordem de prioridade a partir do resultado da aplicação dos critérios. Estes critérios são abordados por Campos, Faria e Santos (2010).

Quadro 1-Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adstrita à equipe de Saúde Rio Manso, município de Couto de Magalhaes de Minas, estado de Minas Gerais.

Problemas	Importância*	Urgência*	Capacidade de enfrentamento* **	Seleção/ Priorização*** *
Alto de índice hipertensão arterial sistêmica	Alta	10	Parcial	1
Alto índice de Diabetes Mellitus	Alta	7	Parcial	2
Risco cardiovascular elevado	Alta	5	Parcial	3
Grande número de pacientes Obesos	Alta	4	Parcial	4
Depressão	Media	3	Parcial	5

Fonte: Autoria Própria (2018)

\*Alta, média ou baixa

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

\*\*\*Total, parcial ou fora

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



O problema priorizado foi o alto índice de hipertensão arterial sistêmica, que de acordo com acordo com Leal *et al.* (2009) a hipertensão arterial sistêmica causa muitas preocupações aos profissionais de saúde porque sua prevalência tem aumentado gradativamente, tanto em adultos, idosos e crianças, e está associada ao aumento do risco de desenvolvimento de doenças cardiovasculares e mortalidade.

Segundo a priorização dos problemas é importante na medida em que possibilita à equipe a percepção de qual o problema é de maior importância e sobre qual ela terá maior capacidade de enfrentamento, já que será difícil resolver todos os problemas ao mesmo tempo.

## 2 JUSTIFICATIVA

A HAS é um grave problema de saúde pública no Brasil e no mundo. “Sua prevalência no Brasil varia entre 22% e 44% para adultos (32% em média), chegando a mais de 50% para indivíduos com 60 a 69 anos e 75% em indivíduos com mais de 70 anos” (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010, apud MINISTÉRIO DA SAÚDE, CADERNO DE ATENÇÃO BÁSICA, Nº 37, BRASIL, 2013, p.19). Atinge 32,5% (36 milhões) de indivíduos adultos, mais de 60% dos idosos, contribuindo direta ou indiretamente para 50% das mortes por doença cardiovascular (SCALA; MAGALHÃES; MACHADO, 2015).

Hipertensão arterial (HA), condição clínica multifatorial caracterizada por elevação sustentada dos níveis pressóricos  $\geq 140$  e/ou 90 mmHg. Frequentemente se associa a distúrbios metabólicos, alterações funcionais e/ou estruturais de órgãos-alvo, sendo agravada pela presença de outros fatores de risco (FR), como dislipidemia, obesidade abdominal, intolerância à glicose, diabetes mellitus (WEBER; SCHIFFRIN; WHITE, et al. 2014).

Considerada uma causa direta de cardiopatia hipertensiva e isquêmica, “é também fator de risco para doenças decorrentes de aterosclerose e trombose, doença isquêmica cardíaca, cerebrovascular, vascular periférica e renal”. É também fator etiológico de insuficiência cardíaca, déficits cognitivos (doença de Alzheimer e demência vascular) (DUNCAN; SCHMIDT; GIUGLIANI, 2006, apud pelo MINISTÉRIO DA SAÚDE, CADERNO DE ATENÇÃO BÁSICA, Nº 37, BRASIL, 2013, p.19).

Segundo Schmidt e Giugliani (2006) as inúmeras consequências põem a hipertensão arterial sistêmica como responsável por várias doenças crônicas não transmissíveis, portanto, é considerada como uma das causas que reduz a expectativa e a qualidade de vida dos indivíduos. Pois as doenças cardiovasculares constituem a primeira causa de morte no Brasil.

Mantém associação independente com eventos como morte súbita, acidente vascular encefálico (AVE), infarto agudo do miocárdio (IAM), insuficiência cardíaca (IC), doença arterial periférica (DAP) e doença renal crônica (DRC), fatal e não fatal. (LEWINGTON; CLARKE; QIZILBASH, et al. 2002)

Nossa área de abrangência não se encontra excluída do exposto anteriormente devido à alta incidência de HAS em nossa população, assim também com os consideráveis maus hábitos de vida e o baixo nível de conhecimento que apresenta a maioria dos pacientes em relação ao tema, desta forma acrescentam maiores possibilidades de adoecer e de ter complicações. Consideramos de muita importância a realização desse trabalho. Desta forma a ESF pode acionar melhor e de forma integrada em função de uma melhor qualidade de vida para nossa população.

### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 Objetivo geral**

Elaborar um projeto de intervenção para melhorar o controle dos fatores de risco associados à hipertensão arterial sistêmica na Estratégia de saúde da família Rio Manso no município de Couto de Magalhães de Minas em Minas Gerais.

#### **3.2 Objetivos específicos**

- Capacitar os profissionais da equipe de saúde da família na abordagem do paciente hipertenso e família.
- Aumentar o nível de conhecimento e conscientização dos pacientes hipertensos.
- Aumentar a frequência dos hipertensos nos atendimentos de grupo
- Estimular a adesão aos tratamentos.

#### 4 METODOLOGIA

Para realização desse trabalho primeiramente realizamos o diagnóstico situacional utilizando a técnica da estimativa rápida observando de forma ativa a área e por meio dos registros, o que nos permitiu levantar informações sobre a área de abrangência e como a população convive com os seus problemas. Posteriormente definimos os problemas e priorizamos. A partir dessas duas etapas o trabalho foi desenvolvido percorrendo os próximos passos preconizados pelo PES. Após a priorização do problema foi necessário a realização de uma pesquisa narrativa da literatura para subsidiar a elaboração do referencial teórico. Foram utilizados trabalhos científicos disponíveis em bases de dados como Biblioteca Virtual em Saúde, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) na Biblioteca Virtual do Núcleo de Educação em Saúde Coletiva (NESCON). Para consulta na literatura os sites de busca: *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS). A busca foi guiada utilizando-se os seguintes descritores: hipertensão arterial sistêmica, fatores de risco, prevenção. Depois foi elaborado o plano de intervenção.

## 5 REVISÃO DE LITERATURA

### 5.1 Atenção Primária a Saúde

A "atenção primária em saúde" foi definida pela Organização Mundial da Saúde em 12/09/1978 para atingir em todos os países um nível de bem-estar físico, mental e social dos indivíduos e das comunidades. Acrescenta que é uma atenção essencial à saúde baseada em tecnologia e métodos práticos, cientificamente comprovados e socialmente aceitáveis, tornados universalmente acessíveis a indivíduos e famílias na comunidade a um custo que tanto a comunidade como o país possam arcar em cada estágio de seu desenvolvimento, um espírito de autoconfiança e autodeterminação. É parte integral do sistema de saúde do país, do qual é função central, sendo o enfoque principal do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. É o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, levando a atenção à saúde o mais próximo possível do local onde as pessoas vivem e trabalham, constituindo o primeiro elemento de um processo de atenção continuada à saúde (DECLARAÇÃO DE ALMA-ATA, 1978).

De acordo com Starfield (2002), as principais características da atenção primária à saúde (APS) são:

-Constituir a **porta de entrada** do serviço espera-se da APS seja mais acessível à população, em todos os sentidos, e que com isso seja o primeiro recurso a ser buscado. Dessa forma, a autora fala que a APS é o Primeiro Contato da medicina com o paciente.

-**Continuidade** do cuidado, a pessoa atendida mantém seu vínculo com o serviço ao longo do tempo, de forma que quando uma nova demanda surge esta seja atendida de forma mais eficiente; essa característica também é chamada de *longitudinalidade*.

-**Integralidade**, o nível primário é responsável por todos os problemas de saúde; ainda que parte deles seja encaminhado a equipe de nível secundário ou terciário, o serviço de Atenção Primária continua corresponsável. Além do vínculo com outros serviços de saúde, os serviços do nível primário podem lançar mão de visitas domiciliares, reuniões com a comunidade e ações intersetoriais. Nessa

característica, a Integralidade também significa a abrangência ou ampliação do conceito de saúde, não se limitando ao corpo puramente biológico.

**-Coordenação** do cuidado, mesmo quando parte substancial do cuidado à saúde de uma pessoa for realizado em outros níveis de atendimento, o nível primário tem a incumbência de organizar, coordenar e/ou integrar esses cuidados, já que frequentemente são realizados por profissionais de áreas diferentes ou terceiros, e que, portanto, têm pouco diálogo entre si (STARFIELD, 2002).

A formulação das políticas de Atenção Primária à Saúde (APS), no Brasil foram implementadas a partir de 1990, em suas diretrizes foram acrescentados princípios citados na Conferência de Alma-Ata, abordando a importância do atendimento nos territórios pautada no conhecimento, análise e definição dos problemas das populações em seus domicílios, levantados por meio do diagnóstico situacional de saúde (TEIXEIRA;VILAS BÔAS, 2014).

Starfield (2002, p. 62) descreve que a Atenção Primária à Saúde tem como “atributos essenciais a atenção no primeiro contato, a longitudinalidade, a integralidade e a coordenação, e como atributos derivados a orientação familiar e comunitária e a competência cultural”.

Oliveira e Pereira (2013, p. 159) afirmam que:

[...] a Atenção Primária em Saúde (APS) é reconhecidamente um componente-chave dos sistemas de saúde. Esse reconhecimento fundamenta-se nas evidências de seu impacto na saúde e no desenvolvimento da população nos países que a adotaram como base para seus sistemas de saúde: melhores indicadores de saúde, maior eficiência no fluxo dos usuários dentro do sistema, tratamento mais efetivo de condições crônicas, maior eficiência do cuidado, maior utilização de práticas preventivas, maior satisfação dos usuários e diminuição das iniquidades sobre o acesso aos serviços e o estado geral de saúde.

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2003, p. 23) recomenda que a equipe para operacionalizar várias ações da UBS é necessário fazer uma identificação dos pontos de atenção no município suas respectivas competências, deve utilizar “uma matriz para sistematizar essa informação e dar visibilidade a ela (que ações esses pontos de atenção devem desenvolver incluindo ações promocionais, preventivas, curativas, cuidadoras, reabilitadoras e paliativas?)” e ainda acrescenta:

- Definir metas e indicadores que serão utilizados para monitoramento e avaliação das Linhas de Cuidado.
- Identificar as necessidades das Unidades Básicas de Saúde (UBS) quanto ao sistema logístico para o cuidado dos usuários (cartão SUS, prontuário eletrônico, centrais de regulação, sistema de transporte sanitário), pontuando o que já existe e o que necessita ser pactuado com a gestão municipal/distrital/regional/estadual;
- Identificar as necessidades das UBS quanto ao sistema de apoio (diagnóstico, terapêutico, assistência farmacêutica e sistema de informação), pontuando o que já existe e o que necessita ser pactuado com a gestão municipal/distrital/regional/estadual;
- Identificar como funciona o sistema de gestão da rede (espaços de pactuação – colegiado de gestão, Programação Pactuada Intergestores – PPI, Comissão Intergestores Regional – CIR, Comissão Intergestores Bipartite – CIB, entre outros);

As propostas para o trabalho dos profissionais que compõem as equipes de Saúde da Família no que se refere às inovações Medina *et al.* (2014, p. 70) abordam a importância na “inserção de práticas de promoção da saúde, tanto em sua dimensão individual como coletiva”. Enfatiza a realização de ações educativas em saúde para a motivar os pacientes e familiares para adquirir comportamentos, hábitos e estilos de vida saudáveis “mediante a participação das equipes em ações intersetoriais voltadas para intervenções sobre determinantes sociais que interferem na qualidade de vida da população adscrita às unidades de saúde”.

Os atributos da APS e a Estratégia Saúde da Família iniciam com “a organização dos serviços de saúde da Atenção Primária por meio da ESF priorizando ações de promoção, proteção e recuperação de saúde, de forma integral e continuada” (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013, p. 159). Os autores complementam dizendo que a Estratégia de Saúde da Família define-se por um conjunto de ações e serviços estruturados com base no reconhecimento das necessidades da população e ocorre um estabelecimento de vínculos e entre os pacientes e os profissionais de saúde.

“A ESF propõe que a atenção à saúde se centre na família, entendida e percebida a partir de seu ambiente físico e social, o que leva os profissionais de saúde a entrar em contato com as condições de vida e saúde das populações” (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013, p. 159).

Neste sentido ocorre uma maior compreensão pelos profissionais de saúde sobre o processo saúde-doença e da necessidade de intervenções que vão além



das práticas curativas. “Para tanto, os profissionais que nela atuam deverão dispor de um arsenal de recursos tecnológicos bastante diversificados e complexos” (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013, p. 159).

## **5.2 Hipertensão arterial**

A hipertensão arterial é uma doença que tem muitos fatores clínicos que a desencadeia. É caracterizada por altos e permanentes níveis de pressão arterial. Pode estar associada a alterações funcionais e ou estruturais do coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos e as alterações metabólicas, com consequente aumento de risco para problemas cardiovasculares fatais e não fatais. A avaliação inicial de um paciente com hipertensão arterial sistêmica inclui a confirmação do diagnóstico, a suspeição e a identificação de causa secundária, além da avaliação do risco CV. As lesões de órgão-alvo e doenças associadas também devem ser investigadas. Fazem parte dessa avaliação a medição da PA no consultório e/ou fora dele, utilizando-se técnica adequada e equipamentos validados, história médica (pessoal e familiar), exame físico e investigação clínica e laboratorial. (VI DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO, 2010).

No Brasil, a hipertensão arterial afeta mais de 30 milhões de brasileiros, destes, 36% dos homens adultos e 30% das mulheres, e é o fator de risco mais importante para o desenvolvimento das doenças cardiovasculares, incluindo o AVC e o infarto do miocárdio, que representam as duas maiores causas isoladas de mortes no país (MALACHIAS, 2010, p.2-3).

Dados norte-americanos de 2015 revelaram que HA estava presente em 69% dos pacientes com primeiro episódio de IAM, 77% de AVE, 75% com IC e 60% com DAP. (MOZAFFARIAN; BENJAMIN; GOL, et al. 2016). A HA é responsável por 45% das mortes cardíacas e 51% das mortes decorrentes de AVE (LIM; VOS; FLAXMAN, et al. 2010).

## **5.3 Hipertensão Arterial seus fatores de risco e medidas preventivas**

### **-Obesidade**

A prevalência de sobrepeso e obesidade é considerada um importante problema de saúde pública, tanto nos países desenvolvidos quanto naqueles em

desenvolvimento. Atualmente, estima-se que mais de 115 milhões de pessoas sofram de problemas relacionados com a obesidade nos países em desenvolvimento (BRASIL, 2004).

Segundo Monteiro *et al.* (2000), a obesidade além de ser fator de risco para vários indivíduos, dias perdidos de trabalho, mortalidade prematura e baixa qualidade de vida. No Brasil, no decorrer dos anos, sofreu uma rápida transição epidemiológica e nutricional pelo aumento da prevalência da obesidade nas diversas classes sociais, econômicas e praticamente em todas as faixas etárias. É importante ressaltar que, com o processo de transição epidemiológica, a obesidade na população brasileira está se tornando mais frequente do que a desnutrição infantil (BRASIL, 2003c).

O Ministério de Saúde (BRASIL, 2004) conceitua a obesidade como uma doença crônica caracterizada pelo acúmulo de gordura corporal resultante do excesso de consumo de calorias e/ou inatividade física que envolve vários fatores: fatores genéticos, desordens endócrinas e distúrbios psicológicos, cabe ressaltar a importância do ambiente e do estilo de vida: hábitos alimentares inadequados e sedentarismo, na determinação do balanço energético positivo, favorecendo o surgimento da obesidade.

Em relação ao balanço energético positivo acontece quando a quantidade de energia consumida é maior do que a quantidade de energia gasta na realização das funções vitais e de atividades em geral (BRASIL, 2006).

O sobrepeso e a obesidade é um dos fatores de risco mais importantes para outras doenças não transmissíveis, principalmente para as cardiovasculares e o DM. Além disso, alguns autores consideram que um indivíduo obeso tem 1,5 vezes mais propensão a apresentar níveis sanguíneos elevados de triglicérides e colesterol também estão associados a distúrbios psicológicos, incluindo depressão, distúrbios alimentares, imagem corporal distorcida e baixa autoestima (WAITZBERG, 2000 apud BRASIL, 2006).

Estudos demonstraram que o diabetes mellitus e a hipertensão ocorrem 2,9 vezes mais frequentemente em indivíduos obesos do que naqueles com peso adequado (WAITZBERG, 2000 apud BRASIL, 2006).

A obesidade também é um fator de risco para apnéia do sono, refluxo esofagofaríngeo e hérnia de hiato. A redução de peso reduz o risco cardiovascular e

a incidência de DM. O tratamento da obesidade a curto e médio prazo reduz os níveis de glicemia, pressão arterial e melhora o perfil lipídico (BRASIL, 2006).

Os tratamentos da obesidade são apontados no Manual técnico de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças na saúde suplementar (2009):

- Redução de 5 a 10% do peso inicial em até seis meses de tratamento, com manutenção do novo peso em longo prazo.

- Alimentação: comer pequenas porções de alimentos, preferindo alimentos de baixa densidade calórica, pobres em gordura saturada, diminuir açúcares e sódio, ingerir grande quantidade de alimentos ricos em fibras, não beliscar alimentos a toda hora, frutas e verduras.

- Praticar atividade física regularmente: caminhadas e academia.

Todo controle e redução da obesidade deve envolver motivação, condições para adesão e manutenção do tratamento, apoio familiar, tentativas anteriores, insucessos e obstáculos para as mudanças no estilo de vida para conseguir um êxito.

O profissional de saúde deve considerar a integralidade do paciente durante a intervenção e abordar questões sociais, psicológicas, genéticas, clínicas e alimentares implicadas no sobrepeso e na obesidade (BRASIL, 2009).

### **- Ingestão de sal**

Entre as populações, observa-se a prevalência da hipertensão arterial aumentada com relação à ingestão de NaCl e ingestões dietéticas baixas de cálcio e potássio o que pode contribuir para o risco da hipertensão. De acordo com Sarno (2009), os resultados obtidos no estudo indicaram que a quantidade de sódio disponível para consumo nas residências dos brasileiros excede em mais de duas vezes a ingestão máxima estabelecida.

Segundo Sanjuliani (2002), tem sido proposto que um defeito no manuseio do sódio pelos rins pode ser responsável pela associação entre a sensibilidade ao sódio e a pressão alta, entretanto, esta possibilidade não tem sido demonstrada de forma convincente. Na atualidade, existem evidências epidemiológicas de que a melhoria do padrão alimentar dos indivíduos apresenta um grande potencial para prevenir as doenças de hoje em dia (BISI; MOLINA, 2003).

Uma alimentação balanceada e saudável deve ser incentivada por promover, em longo prazo. O acompanhamento nutricional é de extrema importância, sendo preciso a realização de um aporte de nutrientes adequados e necessários para cada paciente hipertenso, de acordo com a particularidade de cada indivíduo.

### **- Alcoolismo**

O consumo de álcool e a HAS estão entre os cinco principais fatores de risco responsáveis pelo crescimento mundial das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) e são pontos-chaves da Organização Mundial de Saúde (OMS) para reduzir a mortalidade das DCNT até 2025.

Segundo Roerecke *et al.* (2017) a redução do consumo de álcool e da pressão arterial tem um potencial ganho sinérgico de saúde em termos de morbidade, mortalidade e custos de cuidados de saúde, ainda que apenas cerca de metade das diretrizes de hipertensão em todo o mundo recomendam uma redução no álcool.

Além do efeito substancial estimado sobre a mortalidade e morbidade por DCV causada pela hipertensão, a redução do consumo de álcool tem efeitos adicionais sobre a carga de doença. Uma redução da ingestão de álcool reduz a pressão arterial de uma forma dependente da dose, com um possível efeito limite a duas doses (ROERECKE *et al.*, 2017).

A identificação de pessoas que bebem mais de duas doses por dia e a implementação de intervenções eficazes para reduzir o consumo de álcool diminuiria substancialmente os efeitos de doença e da pressão arterial elevada e deveria ser priorizada em pesquisa e cuidados primários em países com uma substancial carga de doença atribuível ao álcool em conformidade com os objetivos da OMS para 2025 (ROERECKE *et al.*, 2017).

### **Estresse psicoemocional**

O stress pode ser compreendido como uma resposta do organismo da qual fazem parte fatores físicos, psicológicos, mentais e hormonais originada pela necessidade de manejo de qualquer situação, positiva ou negativa, que naquele momento representa ameaça (LIPP; MALAGRIS, 2011).

Dentre as doenças citadas por sua associação com stress e raiva, a hipertensão arterial (HA), condição clínica multifatorial que se caracteriza por níveis elevados e sustentados de pressão arterial, apresenta grande expressividade epidemiológica em termos de saúde pública no Brasil. Esse quadro atinge em torno de 30% da população (SBC; SBH; SBN, 2010).

Segundo Lipp (2001, 2007, 2010) o estresse excessivo e prolongado produz cansaço mental, apatia, crises de ansiedade, afeta o sistema imunológico e pode desencadear doenças latentes, como a HAS. Pesquisas envolvendo reatividade cardiovascular.

Já Lipp, Frare e Santos (2007) mostram que sujeitos hipertensos submetidos a sessões experimentais de estresse emocional apresentam aumento de PA significativo e que variáveis como inassertividade ou alexitimia (dificuldades em identificar e expressar emoções) são determinantes da reatividade cardiovascular.

#### **-Níveis baixos de atividade (sedentarismo)**

O sedentarismo é um dos principais fatores de risco para HAS. Um estilo de vida sedentário provoca alterações vasculares, cardíacas e metabólicas que aumentam o risco de desenvolvimento de doenças cardiovasculares. Com as transformações ocorridas no estilo de vida da população, houve aumento na incidência de doenças, principalmente as de ordem cardiovascular (GOMES, 2012).

Essas modificações são derivadas de mudanças nos hábitos alimentares e da falta de atividade física, influenciados pela disponibilidade de alimentos com alto valor energético e pelo aumento do sedentarismo (NUNES, 2006).

Com o avanço tecnológico a sociedade moderna está cada vez mais exposta a confortos e comodismos, o que leva as pessoas a terem uma vida sedentária, hábito este, que hoje é considerado um importante fator de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares. Já que o risco de ocorrência de um infarto é duas vezes maior em indivíduos sedentários quando comparados com aqueles regularmente ativos (NAHAS, 2006).

A atividade física é um componente importante na vida diária do indivíduo por promover benefícios psíquicos, físicos e cognitivos à saúde. Para se prevenir, é importante procurar uma atividade física prazerosa para praticar, especialmente

quem já tem chances de ter pressão alta devido a outros fatores, como alcoolismo e tabagismo.

#### **5.4. Complicações causadas pela hipertensão arterial sistêmica**

A pressão arterial elevada, o tabagismo, a dislipidemia e o diabetes são sabidamente os principais fatores de risco para se desenvolver doença cardiovascular. Em relação às complicações, “a hipertensão pode estar associada a agravos como infarto agudo do miocárdio, doenças cerebrovasculares, doença renal crônica, vasculopatias periféricas. ” A Hipertensão Arterial também é chamada de “assassina silenciosa, devido a muitos pacientes não apresentarem nenhum sintoma da doença, ficando difícil estabelecer um diagnóstico, sendo que, muitas vezes, o diagnóstico ocorre pela complicação” (TOLEDO, 2007, p. 228).

A prevenção primária da hipertensão arterial para indivíduos baseia-se várias modificações de estilo de vida e dieta, assim como a atividade física. O tratamento não farmacológico tem como objetivo diminuir os fatores de risco para DCV e reduzir a pressão arterial. Deve-se iniciar um processo de educação em saúde no qual o paciente é estimulado a adotar medidas que favoreçam a adesão às recomendações (OPAS et al., 2003).

As medidas sugeridas terão impacto no seu estilo de vida e sua implementação depende diretamente da compreensão do problema e da motivação em aplicá-las. Os profissionais da saúde, ao aconselharem modificações de hábitos, devem apresentar ao paciente as diferentes medidas e possibilidades de implementá-las para que ele possa adaptá-las à sua situação socioeconômica e à sua cultura, obtendo, dessa forma, maior adesão ao tratamento. Ressalta-se a importância de uma abordagem multi ou interdisciplinar e o envolvimento dos familiares do hipertenso nas metas a serem atingidas. Nas consultas médicas e de enfermagem o processo educativo preconiza a orientação de medidas que comprovadamente reduzam a pressão arterial (OPAS et al., 2003).

Segundo a VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão (2010) a abordagem geral, obesidade, o sedentarismo, o alto consumo de álcool, o hábito de fumar, o estresse mantido, a falta de cumprimento das orientações médicas quanto ao tratamento específico da hipertensão para evitar as complicações e o inadequado

acompanhamento nas consultas pela equipe de saúde, constituem problemas diários que ainda não foram resolvidos.

Segundo o Manual de hipertensão arterial (2018), a estratificação de risco cardiovascular, a estimativa do risco cardiovascular (RCV), global deve ser feita em todos os hipertensos, pois influencia na decisão terapêutica e na avaliação do prognóstico. Indivíduos hipertensos identificados como de maior risco precisam ser reconhecidos, pois estão mais sujeitos às complicações da doença; e a instituição da terapêutica deve ser mais precoce e agressiva. A estimativa do RCV resulta do somatório do risco associado de cada um dos FR mais a potenciação causada pelo sinergismo entre eles.

Diante da complexidade dessas interações, a atribuição intuitiva do risco pode levar a erros. Na prática, podem ser utilizadas duas estratégias para estimativa do risco CV nos hipertensos. Uma delas estima o risco global diretamente relacionado à HA, e nesse modelo, as variáveis analisadas são: nível de pressão arterial (PA), fatores de risco (FR), presença de lesões de órgãos alvo (LOA) e doenças cardiovasculares (DCV) e/ou renal e o indivíduo será classificado como de risco baixo, moderado ou alto. A identificação de DCV prévia, doença renal e/ou DM, vale destacar, aumenta consideravelmente o risco de eventos futuros, independente dos níveis de PA. O segundo modelo de avaliação de RCV não é específico para o paciente hipertenso, e tem como objetivo estimar o risco CV global para doença vascular aterosclerótica em 10 anos (BRASIL, 2018),

A recente publicação da Atualização da Diretriz Brasileira de Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose, em 2017, recomenda utilizar o escore de risco global (ERG) que estima o risco de infarto do miocárdio, AVE e insuficiência cardíaca, fatais ou não fatais e ainda insuficiência vascular periférica.

Ainda de acordo com Brasil (2018), a abordagem terapêutica da hipertensão arterial envolve medidas não medicamentosas e medicamentosas para a redução da pressão arterial (PA). Os objetivos do tratamento anti-hipertensivo são a redução da PA, a proteção de órgãos-alvo e metabólica, e a redução da ocorrência de desfechos cardiovasculares fatais e não fatais. Algumas medidas não medicamentosas são recomendadas, pois além de reduzirem a PA contribuem para o controle de outros fatores de risco cardiovascular frequentemente associados à HAS. Destacam-se: perda de peso até o alcance de peso na faixa ideal, padrão

alimentar saudável, baixa ingestão de sal, ingestão moderada de álcool, atividade física regular, cessação do tabagismo e controle do estresse. O tratamento medicamentoso da hipertensão poderá ser realizado com uma ou mais classes de fármacos, observando-se que a combinação de fármacos será a estratégia necessária para pelo menos 2/3 dos pacientes hipertensos.



## 6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

### 6.1 Problemas identificados

Para todo projeto existe um método de planejamento constituído de várias etapas e ações a serem desenvolvidas durante a execução do projeto para que não prejudique o resultado final. As etapas e ações tem uma sequência lógica e cronológica. Para cada problema diagnosticado deve ser selecionado apenas um projeto de intervenção. É necessário avaliar a viabilidade do mesmo, porque a equipe não tem capacidade financeira e nem possui recursos humanos para implantar mais de um projeto ao mesmo tempo (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

Essa proposta refere-se ao problema priorizado alto de índice hipertensão arterial sistêmica-para o qual se registra uma descrição, explicação e seleção de seus nós críticos, de acordo com a metodologia do Planejamento Estratégico Simplificado (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010). Os dois primeiros passos foram abordados na introdução.

### 6.2 Priorização dos problemas

Problemas	Importância*	Urgência*	Capacidade de enfrentamento* **	Seleção/ Priorização*** *
Alto de índice hipertensão arterial sistêmica	Alta	10	Parcial	1
Alto índice de Diabetes Mellitus	Alta	7	Parcial	2
Risco cardiovascular elevado	Alta	5	Parcial	3
Grande número de pacientes Obesos	Alta	4	Parcial	4
Depressão	Media	3	Parcial	5

Fonte: Autoria Própria (2018)

\*Alta, média ou baixa

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

\*\*\*Total, parcial ou fora

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

### 6.3 Descrição dos problemas

“Descrever um problema é caracterizá-lo para saber a sua dimensão e o que ele representa na realidade. Deve identificar o que caracteriza o problema inclusive

sua quantificação” (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010, p. 56).

Para descrição do problema priorizado foram utilizados alguns dados fornecidos pelo NASF e outros que foram produzidos pela própria equipe.

Detectamos que na área de abrangência a doença de maior índice e que traz muita preocupação para a equipe de saúde é o número elevado de pacientes hipertensos. Sendo 378 usuários hipertensos distribuídos em cinco micro áreas, mas acreditamos existir um sub registro de pacientes masculinos hipertensos pela pouca procura a assistência aos serviços de saúde. A mortalidade geral da área tem como principais causas as complicações por afecções cardiovasculares e cerebrovasculares por descompensação e o não controle da hipertensão arterial.

Percebemos que a maioria dos pacientes e seus familiares desconhecem sua própria doença, as complicações, o tratamento adequado, e sua importância, acarretando em sérias complicações de morbimortalidade.

### 6.4 Explicação do problema

Quadro 2- Perfil epidemiológico de hipertensos da área de abrangência da comunidade adscrita à equipe de Saúde da Família Rio Manso, município de Couto de Magalhaes de Minas, estado de Minas Gerais.

INDICADORES	MICRO 3	MICRO 4	MICRO 5	MICRO 9	MICRO 10	TOTAL
Portadores de hipertensão arterial cadastrados.	77	70	76	70	85	378

Fonte: NASF (2017).

Diante deste resultado a equipe ficou muito mobilizada para interagir imediatamente com estes pacientes vistos o risco de ocorrer complicações. A micro área que possui mais hipertensos é a décima.

Devido ao alto número de hipertensos pensamos iniciar o projeto na micro área 10, faz-se a avaliação e se necessários reajustes se o resultado for positivo inicia em outra área, pois não temos recursos humanos e financeiros para implantarmos o projeto em todas as áreas no mesmo período.

Para Campos, Faria e Santos (2010, p. 63) explicar é entender a gênese do problema que se pretende enfrentar a partir da identificação das suas causas. “Geralmente, a causa de um problema é outro problema ou outros problemas”. Diante desse pensamento é necessário conhecermos bem a hipertensão arterial, suas complicações, seus fatores agravantes e também as condições de moradia, econômica e o modo de viver dos hipertensos para termos coerência nas nossas orientações e quais medicamentos prescrever.

Neste sentido a HAS é uma doença que afeta a nossa população, os pacientes não têm uma adesão adequada aos tratamentos e as indicações médicas, maus hábitos de alimentação, consome excesso de gorduras não saturadas e sal, as vezes tem baixo consumo de vegetais e frutas naturais, além disso faz uso inadequado dos anti-hipertensivos, inadequado acompanhamento pela equipe de saúde e médicos especialistas, o stress que se encontra o indivíduo pela forma de vida no dia a dia. Por estes motivos muitos pacientes hipertensos tiveram complicações secundárias como acidentes cerebrovasculares, infarto agudo do miocárdio, insuficiência cardíaca e insuficiência renal.

Segundo as VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão: abordagem geral, (2010, p. 7), a hipertensão arterial possui “uma alta prevalência (acima 30%) e baixas taxas de controle, sendo reconhecida como um dos principais fatores de risco modificáveis e um dos mais importantes problemas de saúde pública no Brasil e no mundo.” Devido as suas complicações, apresenta elevados custos médicos e socioeconômicos, “é responsável por alta frequência de internações sendo duas vezes mais frequente que as internações por acidente vascular cerebral”.

A hipertensão arterial é um importante fator de risco para doenças decorrentes de aterosclerose e trombose, que se exteriorizam, predominantemente, por acometimento cardíaco, cerebral, renal e vascular periférico. É responsável por 25 e 40% da etiologia multifatorial da cardiopatia isquêmica e dos acidentes vasculares cerebrais, respectivamente. Essa multiplicidade de consequências coloca a hipertensão arterial na origem das doenças cardiovasculares e, portanto,

caracteriza-a como uma das causas de maior redução da qualidade e expectativa de vida dos indivíduos (PASSOS *et al.*, 2006).

Encontram-se indicadores da frequência de algum os problemas relacionados com a hipertensão arterial (obesidade, hiperlipidemia, sedentarismo, diabetes mellitus, tabagismo, maus hábitos alimentares e stress).

### **6.5 Seleção dos Nós Críticos**

As causas mais importantes no desencadeamento do problema são conhecidas como nós críticos e merecem ser enfrentadas para solucionar o problema. As causas devem estar “dentro do meu espaço de governabilidade, ou, então, o seu enfrentamento tem possibilidades de ser viabilizado pelo ator que está planejando” (CAMPOS; FARIAS; SANTOS, 2010, p. 60).

Foram selecionadas as situações relacionadas com o problema principal que nossa equipe tem alguma possibilidade de ação mais direta e que podem ter um impacto importante sobre o problema escolhido:

- Maus hábitos e estilos da vida inadequados (sedentarismo, alcoolismo, tabagismo, obesidade, alimentação inadequada);
- Falta de informação sobre a importância de seguir diariamente o tratamento médico indicado e de comparecer as consultas programadas para o monitoramento da doença;
- Baixo nível de informação sobre a hipertensão, complicações e seus fatores de risco e
- Processo de trabalho da equipe de saúde desorganizado.

### **6.6 Desenhos das Operações**

Para Campos, Faria e Santos, (2010) a proposta para resolução dos nós críticos é composta de operações (ações) estruturadas para enfrentar as causas mais importantes do problema selecionado. Para cada nó crítico tem uma ou várias operações vem acompanhada dos resultados esperados, dos produtos e dos recursos necessários para sua operacionalização.

Contamos com a participação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), que foram incorporados desde 2008 à APS e oferecem um suporte especial às equipes na promoção de práticas de alimentação saudável e atividade física (BRASIL, 2013).

### 6.7 Recursos críticos para o desenvolvimento das operações.

Quadro 3 Operações sobre o “nó crítico 1” relacionado ao alto índice de Hipertensão Arterial Sistêmica na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Rio Manso, do município Couto de Magalhães de Minas, estado de MG

Nó crítico 1	Maus hábitos e estilos de vida inadequados (sedentarismo, alcoolismo, tabagismo, obesidade, alimentação inadequada).
Operação (operações)	-Realizar palestras na rádio explicando sobre os bons hábitos alimentares e qualidade de vida. - Formar grupos com a nutricionista e o profissional de educação física para discutirem dietas saudáveis e a prática de exercícios físicos. -Estimular os pacientes as mudanças dos hábitos e estilos de vida.
Projeto	<b>Estilo de vida e Saúde</b>
Resultados esperados	Diminuição em 70% o número de sedentários, obesos, hiperlipidêmicos, maus hábitos alimentares. Realização de Campanhas na rádio e caminhadas.
Produtos esperados	Diminuição dos índices pressóricos e prevenção de doenças cardiovasculares. Adesão às mudanças do estilo de vida. Diminuição de casos novos de hipertensão. Diminuição do aparecimento de doenças cardiorrespiratórias.
Recursos necessários	<b>Estrutural:</b> equipe de Saúde e Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) <b>Financeiro:</b> recursos audiovisuais, folhetos educativos <b>Político:</b> procurar o local para realizar as atividades e mobilização social. <b>Cognitivo:</b> repasse de conhecimentos
Recursos críticos	<b>Financeiro:</b> recursos audiovisuais, folhetos educativos <b>Estrutural:</b> equipe de saúde e Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) <b>Cognitivo:</b> repasse de conhecimentos <b>Político:</b> procurar o local para realizar as atividades.
Controle dos recursos críticos	Secretaria Municipal de Saúde, motivação favorável Médica e enfermeira, motivação favoráveis.
Ações estratégicas	Não são necessárias
Prazo	Dezembro de 2018
Responsável (eis) pelo acompanhamento das operações	Médica, enfermeira, psicóloga e profissional de educação física. É preciso desenvolver e estruturar um sistema de gestão que dê conta de coordenar e acompanhar a execução das operações, indicando as correções necessárias (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010, p.19).
Processo de monitoramento e avaliação das operações	O processo de monitoramento e avaliação deve ser eficiente permitindo a utilização dos recursos, promovendo a comunicação entre os planejadores e executores. “O sucesso de um plano, ou pelo menos a possibilidade de que ele seja efetivamente implementado, depende de como será feita sua gestão”(CAMPOS;FARIA; SANTOS 2010, p.19).Responsáveis médica e enfermeira.

Quadro 4 – Operações sobre o “nó crítico 2” relacionado ao alto índice de Hipertensão Arterial Sistêmica, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Rio Manso, do município Couto de Magalhães de Minas, estado de Minas

Nó crítico 2	Falta de informação sobre a importância de seguir diariamente o tratamento médico indicado e de comparecer as consultas programadas para o monitoramento da doença.
Operação (operações)	-Discutir sobre a importância da adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso -Monitorar o uso dos tratamentos indicados. -Realizar visitas domiciliares daqueles pacientes com mais dificuldade. -Solicitar o acompanhamento da família. -Agendar a consulta e avisar a data com um dia de antecedência.
Projeto	<b>Educação e Saúde</b>
Resultados esperados	Maior adesão ao tratamento correto. Pacientes mais assíduos às consultas.
Produtos esperados	Mais conscientização dos pacientes e adesão às mudanças do estilo de vida e aos medicamentos. Maior frequência às consultas.
Recursos necessários	Estrutural: equipe de Saúde e Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) Financeiro: recursos audiovisuais, folhetos educativos Político: procurar o local, mobilização social. Cognitivo: informação sobre o tema,
Recursos críticos	Financeiro: recursos audiovisuais, folhetos educativos
Controle dos recursos críticos	Secretaria municipal de saúde, Motivação: Favorável Médico e enfermeira; motivação favorável
Ações estratégicas	Não necessita de usar nenhuma ação estratégica porque o médico, enfermeira e secretária de saúde estão favoráveis.
Prazo	3 meses
Responsável (eis) pelo acompanhamento das operações	O médica e a enfermeira vão estruturar um sistema de gestão que possibilite e facilite coordenar e acompanhar o desenvolvimento das operações, indicando as correções necessárias.
Processo de monitoramento e avaliação das operações	O médica e o enfermeiro vão monitorar e avaliar cada operação visando o “sucesso do plano, ou pelo menos a possibilidade de que ele seja efetivamente implementado” (CAMPOS;FARIA; SANTOS 2010, p.19)

Fonte: Autoria Própria (2018).

Quadro 5 – Operações sobre o “nó crítico 3” relacionado ao alto índice de Hipertensão Arterial Sistêmica na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Rio Manso, do município Couto de Magalhães de Minas, estado de Minas

Nó crítico 3	-Baixo nível de informação sobre a hipertensão e seus fatores de risco.
Operação (operações)	-Aumentar o nível de informação dos pacientes sobre a hipertensão arterial e seus fatores de risco, complicações, medidas preventivas e a importância do tratamento.
Projeto	<b>Conhecimento e Saúde</b>
Resultados esperados	-População mais informada, mais comprometida com o autocuidado.  -Diminuição dos índices pressóricos e diminuição de casos novos de hipertensão.  -Prevenção de doenças cardiorrespiratórias, cerebrovasculares e outras.
Produtos esperados	Diminuição dos níveis pressóricos e prevenção de complicações da HAS
Recursos necessários	<b>Estrutural:</b> Equipe de Saúde e Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) <b>Cognitivo:</b> repasse de conhecimento. <b>Político:</b> mobilização social principalmente pacientes cadastrados no HIPERDIA.
Recursos críticos	<b>Estrutural:</b> conhecimento de todos da equipe sobre o assunto e disponibilidade para participar do projeto. <b>Cognitivo:</b> domínio do conhecimento do tema e conhecimento sobre a estratégia de comunicação <b>Político:</b> adesão do gestor local.
Controle dos recursos críticos	Secretaria Municipal de Saúde. Motivação Favorável Médico e enfermeira favoráveis
Ações estratégicas de viabilidade	Apresentar e discutir o projeto com a secretaria de saúde. O médico, enfermeiro e equipe estão sensibilizados. Não necessita usar nenhuma ação estratégica
Prazo	6 meses
Responsável (eis) pelo acompanhamento das operações	Médica e enfermeira. Necessita elaborar um instrumento para facilitar o acompanhamento, coordenação e execução das operações, indicando as correções necessárias
Processo de monitoramento e avaliação das operações	Enfermeira e médica da Família. A gestão do plano é feita para que haja a garantia de recursos, indicando novos rumos e correções se houver necessidade.

Fonte: Autoria Própria (2018).

Quadro 6 – Operações sobre o “nó crítico 4” relacionado ao alto índice de Hipertensão Arterial Sistêmica na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Rio Manso, do município Couto de Magalhães de Minas, estado de Minas

Nó crítico 4	Processo de trabalho da equipe de saúde desorganizado.
Operação(operações)	Melhorar a estrutura do serviço para o atendimento dos hipertensos. -Capacitar a equipe. -Discutir as funções de cada membro da equipe e a importância de um trabalho em equipe. - Discutir e implantar linha de cuidados para risco de hipertensão arterial aumentado, incluindo os mecanismos de referência e contra referência. -Planejar e redirecionar o trabalho da equipe. -Organizar a agenda de atendimentos.
Projeto	<b>Cuidar Melhor</b>
Resultados esperados	Melhoria do nível de capacitação e conhecimentos dos membros da equipe.  Mais habilidade para atender os pacientes.  Trabalho mais organizado em conjunto.
Produtos esperados	Melhorias no trabalho coletivo.
Recursos necessários	<b>Político:</b> articulação entre os setores da saúde e adesão dos profissionais.
Recursos críticos	Articulação entre os setores da saúde e adesão dos profissionais. adesão do gestor local. <b>Financeiro:</b> recursos necessários para estruturação do serviço
Controle dos recursos críticos	-Secretário de saúde. Motivação Indiferente - Equipe de saúde e NASF. Estão motivados
Ações estratégicas de viabilidade	Apresentação e discussão do projeto com o gestor local e Secretária de Saúde A equipe está motivada não necessita de usar nenhuma ação estratégica.
Prazo	Segundo semestre de 2018.
Responsável (eis) pelo acompanhamento das operações	Neste projeto conta com toda a equipe mais a participação dos profissionais do NASF, teremos reuniões frequentes para discutirmos o desenvolvimento do projeto, os encaminhamentos que serão necessários e divisões de tarefas de acordo com suas habilidades para exercê-las. Gestora de saúde, médica e enfermeira. Os responsáveis deverão construir um documento que seja capaz de facilitar o acompanhamento das operações.
Processo de monitoramento e avaliação das operações	Enfermeira, médica, gestora e um profissional do NASF, deverão definir anteriormente as metas e indicadores que serão utilizados para monitoramento e avaliação do projeto. A gestão do plano é feita para que haja a garantia de recursos, indicando novos rumos e correções se houver necessidade.

Fonte: Autoria Própria (2018).



## **6.8 Proposta de Ações para Motivação dos Atores**

Para Pereira (2018) algumas atividades são necessárias para desenvolver as operações propostas.

- O médico deve fazer uma avaliação mais criteriosa dos pacientes hipertensos,

- Um membro da equipe deve reunir quinzenalmente com pequenos grupos para discutir sobre vida saudável dando oportunidade para os pacientes expressarem suas ideias.

- Os jogos interativos devem ser usados para discutir os temas.

- Utilizar aulas dialogadas onde o paciente tem oportunidade de tirar as suas dúvidas e contar experiências.

- Usar momento lúdico para fixar o que foi aprendido.

- A enfermeira e a médica devem Identificar os pacientes com indicação de encaminhamento ao nutricionista e ao psicólogo.

## **6.9 Proposta de Intervenção**

- Para o desenvolvimento das ações, é fundamental o trabalho multidisciplinar, onde não só estejam envolvidos os membros da equipe, mas também membros da secretaria de saúde e família e população se for necessário.

- Ações encaminhadas a reforço da ação comunitária, identificação, articulação e apoio de experiências de educação popular, informação e comunicação, referentes às ações de promoção da saúde.

- Elaboração de materiais de divulgação visando à socialização das informações das ações de promoção da saúde, tendo por finalidade de fortalecimento da Atenção Primária à Saúde.

## **6.10 Gestões do Plano de Ação**

O acompanhamento do projeto ocorrerá durante toda a sua implementação através de reuniões mensais.

As ações estratégicas serão desenvolvidas e a avaliação se efetivará durante toda a execução do projeto, detectando as possíveis falhas e/ou problemas.

O sistema de gestão precisa, sobretudo, garantir que os recursos sejam disponibilizados e utilizados de forma adequada.

É função ainda, do sistema de gestão promover a comunicação dos participantes do projeto assim como o cumprimento dos prazos estabelecidos previamente.

É interessante e essencial que se procure informações/avaliações acerca da satisfação e ainda a sugestão de propostas de mudanças da população assistida.

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A hipertensão Arterial é um problema de saúde importante na nossa comunidade. Com implantação desse plano de intervenção esperamos reduzir os fatores de risco das doenças e conseqüentemente o número de hipertensos da população de abrangência, prestar melhor assistência aos pacientes hipertensos e prevenção das complicações. Contudo são necessárias ações que provoquem mudanças de comportamento relacionadas aos estilos de vida dos pacientes, com a inclusão de hábitos alimentares saudáveis e redução do sedentarismo.

O plano de ação permite traçar ações a serem executadas para melhor controle dos fatores de risco das doenças crônicas dos pacientes atendidos no serviço. Tais ações buscam sensibilizar não só os pacientes bem como seus familiares sobre as doenças e os fatores de risco associados a elas, levando-os a melhorar a qualidade de vida, a reduzir a PA.

É muito importante capacitar a equipe de saúde e incentivá-los a participarem das reuniões programadas com os pacientes.

Diante do exposto, é importante reconhecer o papel da atenção primária na prevenção das doenças crônicas principalmente aquelas associadas às doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e outras. Na revisão da literatura encontramos diversos estudos que evidenciam a importância da atenção primária na prevenção de doenças demonstrando que a ação estratégica da atenção básica no controle dos fatores de risco reduz as internações e sequelas, bem como a incidência de arteriosclerose e infarto agudo do miocárdio.

Acreditamos que diante da capacidade de enfrentamento de todos os nós críticos identificados ocorrerá a redução dos índices pressóricos dos pacientes e possibilitará uma melhor qualidade de vida para a população.

Concluimos que uma assistência sistematizada, adequada e especializada é proveitosa tanto para o paciente como para a equipe que o assiste, reduzindo e prevenindo as comorbidades, além da diminuição dos gastos públicos com internações, reabilitações e medicamentos.

## REFERÊNCIAS

- ALVES. J, R, A, C. BASTOS. M, G. **Estratificação de risco de indivíduos com doença renal crônica para a organização da rede de atenção.** 2013. (NO PRELO).
- ARAUJO, A. B. NOGUEIRA, A. R. (editores). **Manual de hipertensão arterial /** - Rio de Janeiro: SOCERJ, 2018. Disponível em: [https://socerj.org.br/wp-content/uploads/2018/04/Manual\\_Hipertensa%CC%83o\\_Arterial\\_Completo\\_Final.pdf](https://socerj.org.br/wp-content/uploads/2018/04/Manual_Hipertensa%CC%83o_Arterial_Completo_Final.pdf) Acesso em ag.2018.
- BISI, M. *et al.* Hipertensão arterial e consumo de sal em população urbana. **Rev. Saúde Pública.** v.37, n.6, p.743-750, 2003.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica.** Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. - Manual Técnico de Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças na Saúde Suplementar, 3ª ed. Rio de Janeiro, 2009.
- CAMPOS. F, C, C. FARIA. H. P. SANTOS. M, A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde.** Curso de Especialização em Atenção Básica à Saúde da Família. 2ed. Belo Horizonte: NESCON/UFMG, 2010. Disponível em: <[https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registo/Planejamento\\_e\\_avaliacao\\_das\\_acoes\\_de\\_saude\\_2/3](https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registo/Planejamento_e_avaliacao_das_acoes_de_saude_2/3)>. Acesso em: 13 jun. 2018.
- CHOBANIAN. A, V. *et al.* The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure. The JNC 7 report. **JAMA** 2003; 289:2560-72.
- DECLARAÇÃO DE ALMA-ATA. In: **Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde.** 1978 Set 6-12; Alma Ata, Cazaquistão.
- DUNCAN, B. SCHMIDT, M. I. GIUGLIANI, E. R. J. **Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseada em evidências.** 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006.
- FAUCI, A, S, *et al.* HARRISON. **Medicina Interna.** Rio de Janeiro: 17ª edição, volume 2., McGraw-Hill, 2008.pg. 1549-1562.
- GOMES, E. B. *et al.* Fatores de risco cardiovascular em adultos jovens de um município o Nordeste Brasileiro. **Rev Bras Enferm.** 2012; v. 65, n.4:594-600.
- GRESS, T. W.*et al.* Hypertension and antihypertensive therapy as risk factors for type 2 diabetes mellitus. Atherosclerosis Risk in Communities Study. **N Engl J Med** 2000; 342: 905-12.

GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO. Serviço de Saúde Comunitária. Apoio Técnico em Monitoramento e Avaliação em Ações de Saúde. Doenças e agravos não transmissíveis. **Ação programática para reorganização da atenção a pessoas com hipertensão, diabetes mellitus e outros fatores de risco para doenças cardiovasculares no SSC-GHC.** Porto Alegre: [s.n.], 2009. Disponível em: Acesso em: 10 out. 2012. Versão 2.

LEWINGTON S, CLARKE R, QIZILBASH N, PETO R, COLLINS R; **Prospective Studies Collaboration. Age-specific relevance of usual bloodpressure to vascular mortality: a meta-analysis of individual data for one million adults in 61 prospective studies.** Lancet. 2002;360(9349):1903-13. Erratum in: Lancet. 2003;361(9362):1060.

LIM SS, VOS T, FLAXMAN AD, DANAEI G, SHIBUYA K, ADAIR-ROHANI H, et al. A comparative risk assessment of burden of disease and injury attributable to 67 risk factors and risk factor clusters in 21 regions, 1990-2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. Lancet. 2012;380(9859):2224-60. Erratum in: Lancet. 2013;381(9867):628.

LIPP, M. E. N; MALAGRIS, L. E. N. Estresse: aspectos históricos, teóricos e clínicos. In B. Rangé (Ed.), **Psicoterapias Cognitivo-Comportamentais: Um diálogo com a Psiquiatria** (pp. 617-632). 2011. Porto Alegre: Artmed.

LIPP, M. E. N. (org.) O modelo quadrifásico do stress in LIPP. M. E. N., **Mecanismos neuropsicofisiológicos do stress: teoria e aplicações clínicas (p. 17-21).** 2010. São Paulo: Casa do Psicólogo.

LIPP, M. E. N. Reatividade Cardiovascular: Efeitos diferenciais de expressar ou inibir emoções durante momentos de stress emocional. In LIPP, M. E. N. (Org.), **Mecanismos neuropsicofisiológicos do stress: teoria e aplicações clínicas** (p. 37-41). 2011. São Paulo: Casa do Psicólogo.

MALACHIAS, M. V. B. (editor) VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão, Palavra do Presidente. **Revista Brasileira de Hipertensão:** Rio de Janeiro: v.17, n.1, p.2-3, 2010.

MEDINA, M. G.; Promoção da saúde e prevenção de doenças crônicas: o que fazem as equipes de Saúde da Família? **Saúde Debate** | Rio de Janeiro, v. 38, n. especial, p. 69-82, Out, 2014.

MOZAFFARIAN D, BENJAMIN EJ, GO AS, ARNETT DK, BLAHA MJ, CUSHMAN M, et al; American Heart Association Statistics Committee and Stroke Statistics Subcommittee. Heart disease and stroke statistics—2015: update a report from the American Heart Association. Circulation. 2015;131:e29-e322. Erratum in: Circulation. 2016;133(8):e417. Circulation. 2015;131(24):e535

NAHAS, M. V. **Atividade física, saúde e qualidade de vida: conceitos e sugestões para um estilo de vida ativo.** 4 ed. Londrina: Editora: Mediograf, 2006.

NUNES, F. *et al.* Prevalência de Fatores de Risco Cardiovascular em Adultos de Luzerna, Santa Catarina, 2006. **Arq Bras Cardiol.** 2007; 89(5): 319-24.

OLIVEIRA, M. A. C. PEREIRA, I. C. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. **Rev. bras. enferm.,** Brasília , v. 66, n. spe, p. 158-164, Sept. 2013.

OPAS. **Doenças crônico-degenerativas e obesidade: estratégia mundial sobre alimentação saudável, atividade física e saúde.** Brasília, 2003.

PASSOS, V. M. A., ASSIS, T. D., BARRETO, S. M. Hypertension in Brasil: Estimates from population-based prevalence studies. **Epidemiol e Serv de Saúde,** p. 35-45, 2006.

PEREIRA, W, B.; **O papel da atenção primária na redução dos índices da hipertensão arterial** - Unidade Básica de Saúde Roça Grande no Município de Sabará- Minas Gerais. Trabalho de Conclusão do Curso de Especialização Estratégia Saúde da Família. Universidade Federal de Minas Gerais -2018.

ROERECKE. M. *et al.* The effect of a reduction in alcohol consumption on blood pressure: a systematic review and metaanalysis. **Lancet Public Health** 2017; DOI:10.1016/S24682667(17)300038.

SANJULIANI, A. F. Fisiopatologia da hipertensão arterial: conceitos teóricos úteis para a prática clínica. **Revista da SOCERJ.** v.XV, n.4, p.210-218 out/nov/dez, 2002.

SARNO, F. *et al.* Estimativa de consumo de sódio pela população brasileira, 2002-2003. **Revista de Saúde Pública.**v.43, n.2, p.219-225, 2009.

SCALA LC, MAGALHÃES LB, MACHADO A. **Epidemiologia da hipertensão arterial sistêmica.** In: Moreira SM, Paola AV; Sociedade Brasileira de Cardiologia. Livro Texto da Sociedade Brasileira de Cardiologia. 2ª. ed. São Paulo: Manole; 2015. p. 780-5.

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS. **Resolução SES nº 2606,** de 7 de dezembro de 2010. Institui o Programa Hiperdia Minas e dá outras providências. **Diário Oficial de Minas Gerais.** 15 dez. de 2010; Diário do Executivo e Legislativo p. 73:74. Disponível em: <http://www.nursing.com.br/hipertensao-tudo-que-voce-precisa-saber/>. Acesso em ag. 2018.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. **VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. Arquivos Brasileiros de Cardiologia.** São Paulo, v. 95, n. 1, p. 1-51, 2010. Suplemento 1.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA (SBC), SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO (SBH), SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA (SBN) VI

Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. **Revista Brasileira de Hipertensão**, v. 17,n.1, 4-64. 2010.

SCHMIDT, M. I. et al. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: carga e desafios atuais. **The Lancet**, London, v. 377, n. 9781, p. 1949-1961, jun. 2011.

STARFIELD, B. Atenção primária-Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: **Unesco**, Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: <http://unesdoc.unesco.org/ulis/cgi-bin/ulis>. Acesso em ag. 2018.

TOLEDO, M. M. Educação em saúde no enfrentamento da hipertensão arterial: uma nova ótica para um velho problema. **Revista Educação em Saúde no Enfrentamento da Hipertensão Arterial**. v.16 n.2, p.233-228, Abr- jun. 2007.

WEBER MA, SCHIFFRIN EL, WHITE WA, MANN S, LINDBOLM LH, VENERSON JG, et al. **Clinical practice guidelines for the management of hypertension in the community**: a statement by the American Society of Hypertension and the International Society of Hypertension. *J Hypertens*. 2014;32(1):3-15.