

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

SIDNEY BARBOSA DE MACEDO

**PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA MELHORAR A ADESÃO AO
TRATAMENTO PELOS PACIENTES HIPERTENSOS DA UNIDADE DE
SAÚDE DE TANGARÁ, MUNICÍPIO DE MÁRIO CAMPOS - MINAS
GERAIS.**

**BELO HORIZONTE - MINAS GERAIS
2019**

SIDNEY BARBOSA DE MACEDO

**PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA MELHORAR A ADESÃO AO
TRATAMENTO PELOS PACIENTES HIPERTENSOS DA UNIDADE DE
SAÚDE DE TANGARÁ, MUNICÍPIO DE MÁRIO CAMPOS - MINAS
GERAIS.**

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

Orientadora: Profa. Dra. Eliana Aparecida Villa

**BELO HORIZONTE - MINAS GERAIS
2019**

SIDNEY BARBOSA DE MACEDO

**PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA MELHORAR A ADESÃO AO
TRATAMENTO PELOS PACIENTES HIPERTENSOS DA UNIDADE DE
SAÚDE DE TANGARÁ, MUNICÍPIO DE MÁRIO CAMPOS - MINAS
GERAIS.**

Banca examinadora

Profa. Dra. Eliana Aparecida Villa – orientadora (UFMG)

Profa. Dra. Maria Rizoneide Negreiros de Araújo - UFMG

Aprovado em Belo Horizonte, em: 11/04/2019.

É muito melhor arriscar coisas grandiosas, alcançar triunfos e glórias, mesmo expondo-se a derrota, do que formar fila com os pobres de espírito que nem gozam muito nem sofrem muito, porque vivem nessa penumbra cinzenta que não conhece vitória nem derrota.

(Theodore Roosevelt, 1924, p.4)

RESUMO

O interesse pelo tema Hipertensão Arterial surgiu pelo alto número de pacientes portadores da doença na área de abrangência atendida pela equipe de Estratégia de Saúde da Família Branco da cidade de Mário Campos - Minas Gerais. Assim, este estudo tem como objetivo propor um projeto de intervenção por meio de estratégias de ações educativas e terapêuticas visando à melhoria da assistência aos pacientes hipertensos atendidos na Unidade de Saúde. A construção deste projeto foi elaborada tendo como nortes os passos do Planejamento Estratégico Situacional com a participação da equipe de Saúde da Família e da revisão da literatura. Esta foi realizada nas bases de dados da Biblioteca Virtual em Saúde, com o objetivo de dar sustentação teórica ao projeto. Para a elaboração do plano de intervenção, os problemas encontrados pela estimativa rápida foram priorizados. Tendo por base o problema priorizado, foram levantados os nós críticos e desenvolvidas as operações e possíveis soluções, levando-se em conta os resultados esperados, o produto e os recursos necessários. Almeja-se com a implementação do projeto de intervenção, que haja continuidade do cuidado aos usuários hipertensos e que os membros da equipe de saúde da família desenvolvam seu importante papel no controle das doenças crônicas e a prevenção de suas complicações, considerando a mudança de hábitos e estilo de vida do portador da hipertensão arterial.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde. Estratégia Saúde da Família. Hipertensão.

ABSTRACT

Interest in the topic Hypertension Arterial arose from the high number of patients with the disease in the area covered by the White Strategy Health Strategy team in the city of Mário Campos - Minas Gerais. Thus, this study aims to propose an intervention project through strategies of educational and therapeutic actions aimed at improving care for hypertensive patients treated at the Health Unit. The construction of this project was elaborated with the steps of Strategic Situational Planning with the participation of the Family Health team and the review of the literature. This was done in the databases of the Virtual Health Library, with the objective of giving theoretical support to the project. For the preparation of the intervention plan, the problems encountered by the rapid estimate were prioritized. Based on the prioritized problem, the critical nodes were raised and the operations and possible solutions developed, taking into account the expected results, the product and the necessary resources. It is hoped that the implementation of the intervention project will lead to continuity of care for hypertensive users and that members of the family health team will play an important role in controlling chronic diseases and preventing their complications, considering the change in habits and lifestyle of the patient with high blood pressure.

Palavras-chave: Primary Health Care. Family Health Strategy. Hypertension.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ESF	Estratégia Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
SBC	Sociedade Brasileira de cardiologia
OMS	Organização Mundial de Saúde
RCV	Risco Cardiovascular

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	09
1.1 Aspectos gerais do município de Mário Campos	09
1.2 Aspectos da comunidade	11
1.3 O sistema municipal de saúde	14
1.4 A Unidade Básica de Saúde Tangará	15
1.5 A Equipe de Saúde da Família Branco	16
1.6 O dia a dia da Equipe de Saúde da Família Branco	16
1.7 Estimativa Rápida: Problemas de saúde do território e da comunidade	17
1.8 Priorização dos problemas	18
2 JUSTIFICATIVA	19
3 OBJETIVOS	20
3.1 Objetivo geral	20
3.2 Objetivos específicos	20
4 METODOLOGIA	21
5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	22
5.1 Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS)	22
5.2 As práticas educativas e a abordagem ao indivíduo, família e comunidade.	28
6 PLANO DE INTERVENÇÃO	28
6.1 Descrição do problema selecionado (terceiro passo)	28
6.2 Explicação do problema (quarto passo)	28
6.3 Seleção dos nós críticos (quinto passo)	29
6.5 Desenho das operações (sexto passo)	29
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	33
REFERÊNCIAS	34

1 INTRODUÇÃO

1.1 Aspectos gerais do município

O município de Mário Campos - MG, emancipado em 21 de dezembro de 1995, pela Lei Estadual nº. 12.030/95, teve sua primeira administração municipal nos anos de 1997 a 2000. Apresenta população estimada, de acordo com o IBGE (2017), de 14.988 habitantes, em sua maioria vivendo em território urbano, mas em condições que confundem com características rurais e de cidade dormitório. Inclusa no Circuito Veredas do Paraopeba, a 46 km da capital, faz parte da região metropolitana de Belo Horizonte, possui área territorial total de 35.196km², densidade demográfica de 374,82 hab./km², índice de Desenvolvimento Humano – (IDH 2010) igual a 0,699 e discreto número maior de homens que mulheres. Compreende uma região mineira cercada de serras, com muitos vales, rios e água abundante (MÁRIO CAMPOS, 2017).

O detalhamento da distribuição espacial da população Mário campense demonstra a concentração em área urbana, mas mesmo com esta organização, apresenta hábitos rurais, com maior fonte de renda na produção de hortaliças. A conformação urbana define densidade demográfica significativa na região central do município e, parcela considerável da população trabalha na região metropolitana de Belo Horizonte. Observa-se predominância de declaração da etnia branca e constituição da pirâmide etária, com maior concentração de pessoas na faixa etária de 20 a 49 anos, faixa etária considerada produtiva. Todavia, há crescimento significativo da população idosa (MÁRIO CAMPOS, 2017).

Tais características demonstram a necessidade da ampliação das ações de prevenção e promoção à saúde do trabalhador e de morbidades correlatas à população idosa, a ampliação da atenção à saúde da população masculina e de patologias relacionadas ao trabalho no campo tais como as afecções musculoesqueléticas e intoxicações devido ao contato com agrotóxicos.

Levantamentos recentes, realizados através de pré-conferências: territoriais e municipal de saúde, saúde da mulher, vigilância em saúde apresentaram significativos relatos da presença de casos de “depressão”, baixa autoestima, sedentarismo, necessidade da melhoria de cuidados com o corpo e insegurança

alimentar por parte dos usuários dos serviços, com acometimento relevante entre as mulheres (MÁRIO CAMPOS, 2017).

A Estratégia Saúde da Família no município de Mário Campos - MG é avaliada como importante avanço na atenção à saúde da população, entretanto, ainda há necessidades como qualificação profissional; melhoria no planejamento das ações e serviços prestados à comunidade; o fortalecimento das ações de prevenção; a melhoria na comunicação com a comunidade sobre os serviços ofertados; a humanização do cuidado; intersetorialidade; maior cobertura no acolhimento de pacientes da saúde mental; ações educativas volantes nos bairros tais como grupos temáticos. Estas necessidades destacaram-se dos relatos apresentados tanto pelos usuários quanto pelos trabalhadores do setor.

A organização dos serviços de saúde ofertados pelo município, principalmente através do modelo de atenção orientado pela Estratégia Saúde da Família (ESF) busca fortalecer as ações de prevenção e promoção da saúde da população, a partir da perspectiva de redes de atenção conferindo à atenção primária à saúde o *locus* principal da organização do sistema, tornando-a referência no acolhimento dos usuários de maneira integral e integrada à todas as outras redes das quais este participa. Nesse sentido, podemos afirmar que: “O reconhecimento da estrutura social local e radicada no território exige que se promovam intervenções nos determinantes ou condicionantes da maneira de adoecer e morrer das populações” (DUARTE, 2002, p.130).

O perfil demográfico do município acompanha a tendência nacional no quesito controle da natalidade, mas enfatiza a necessidade de controle das condições crônicas para a redução da mortalidade precoce. A mortalidade geral a partir de 55 anos, bem como a mortalidade infantil 14,35 óbitos por mil nascidos vivos (IBGE, 2014) são relevantes para o planejamento da política de saúde e de outras políticas públicas no município.

De acordo com dados do IBGE de 2017, encontramos o seguinte quadro no município:

Quadro 1 - Aspectos demográficos do município

Faixa etária/ano	Masculino	Feminino	Total
< - 4	518	484	1.002
5-9	587	560	1.147
10-14	670	631	1.301
15-19	685	617	1.302
20-24	611	545	1.156
25-29	554	587	1.141
30-34	557	547	1.104
35-39	475	522	997
40-44	470	511	981
45-49	403	397	800
50-54	316	341	657
55-59	266	249	515
60-64	190	164	354
65- 69	139	139	278
70-74	88	102	190
75-79	66	75	141
80 e +	46	80	126
Total	6.641	6.551	13.192

Fonte: IBGE/2017

Segundo a Secretaria Municipal de Saúde de Mário Campos, as principais causas de óbitos são: Doenças do Aparelho Circulatório; Causas Externas; Neoplasias; Doenças do Aparelho Respiratório; Doenças Endócrinas Nutricionais e Metabólicas; Doenças do aparelho geniturinário. Ainda segundo a Secretaria Municipal, as principais causas de internação são: Infarto agudo do miocárdio, neoplasias, Acidente Vascular Encefálico e traumas (MÁRIO CAMPOS, 2016).

1.2 Aspectos da comunidade

Tangará, é uma comunidade de aproximadamente 2.500 habitantes, localizada na área urbana de Mário Campos, que se formou, principalmente, a partir do êxodo rural ocorrido por volta de 1980, devido ao serviço de agricultura familiar de subsistência.

Hoje a população empregada vive basicamente do trabalho da agricultura no plantio de hortaliça em geral, da prestação de serviços e da economia informal. É grande o número de desempregados, no entanto, alguns moradores da comunidade

buscam trabalho nas cidades vizinhas, mas a grande maioria vive do auxílio do governo federal do Programa Bolsa Família.

O analfabetismo ainda tem elevados índices no que se refere aos adultos. A associação da comunidade não é ativa devido ao desinteresse da própria população.

A estrutura do saneamento básico no que se refere a esgotamento sanitário deixa a desejar, não oferece rede de esgoto na comunidade, tudo é eliminado em fossas ou a céu aberto, porém a coleta de lixo é realizada pelo município. A maior parte das moradias é de alvenaria, porém ainda existem famílias vivendo em condições precárias. Em Tangará trabalha somente uma equipe de Saúde da Família.

A seguir as tabelas 2 e 3 apresentam respectivamente, os aspectos demográficos e o perfil epidemiológico da área de abrangência da comunidade Equipe de Saúde da Família.

Quadro 2 - Aspectos demográficos da comunidade de abrangência da Equipe de Saúde da Família

Faixa etária/ano	Micro 1	Micro 2	Micro 3	Micro 4	Total
<- 1	23	8	22	6	59
1-4	40	49	40	19	148
5-14	106	75	170	78	429
15-19	60	46	74	27	207
20-39	152	191	231	139	713
40-49	64	63	113	83	323
50-59	44	47	81	42	214
60-69	41	46	53	37	177
70-79	30	17	48	19	114
80 e +	10	7	13	3	33
Total	570	549	845	453	2.417

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Mário Campos (2017).

Quadro 3 - Perfil epidemiológico da área de abrangência da Estratégia de Saúde da Família / Branco

Indicadores	Total
Proporção de idosos Pop. 60 anos e mais/pop total	324

Pop. alvo para rastreamento de câncer de mama	590
Pop. alvo para rastreamento de câncer de colo	750
Pop. alvo para rastreamento de câncer de próstata	290
Portadores de hipertensão arterial esperados:	390
Portadores de hipertensão arterial cadastrados: →SISAB	332
Relação hipertensos esperados/cadastrados	200
Portadores de diabetes esperados:	130
Portadores de diabetes cadastrados: →SISAB	72
Relação diabéticos esperados/cadastrados	35

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Mário Campos (2017)

Os quadros 4, 5 e 6 apresentam as questões relacionadas ao destino do lixo, esgoto e abastecimento de água na Microárea em Mário Campos/MG.

Quadro 4 - Destino do lixo: Distribuição das famílias segundo o destino de lixo e Microárea da ESF, 2018.

Destino do lixo: Distribuição das famílias segundo o destino de lixo e Microárea da ESF, 2018.					
Microárea	1	2	3	4	Total
Coletado	2 dias na semana	2 dias na semana	2 dias na semana	2 dias na semana	Coletado o lixo 2 (dois) vezes por semana em cada Microárea
Total	2 coletas	2 coletas	2 coletas	2 coletas	2 coletas

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Mário Campos, (2017)

Quadro 5 - Esgoto: Distribuição das famílias segundo o destino dos dejetos e Microárea da ESF, 2018.

Esgoto: Distribuição das famílias segundo o destino dos dejetos e Microárea da ESF, 2018.				
Microárea	1	2	3	4
Sistema Público	0	0	0	0
Fossa	80% das moradias	80% das moradias	80% das moradias	80% das moradias
Céu aberto	20 % das moradias	20% das moradias	20% das moradias	20% das moradias

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde/ 2018

Quadro 6 - Abastecimento de água: Distribuição das famílias segundo o abastecimento de água e Microárea da ESF, 2018.

Abastecimento de água: Distribuição das famílias segundo o abastecimento de água e Microárea da ESF, 2018.				
Microárea	1	2	3	4
Sistema público	100% das moradias	100% das moradias	100% das moradias	100% das moradias

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde/2018

Toda população da comunidade tem fornecimento de energia elétrica pela Companhia Elétrica de Minas Gerais (CEMIG). A comunidade possui uma Escola Municipal; não possui creches na comunidade e conta com nove igrejas evangélicas e uma igreja católica. Possui uma quadra poliesportiva na comunidade e uma ONG: Projeto Margarida, da igreja do Evangelho Quadrangular, com a realização de mamografias e eletrocardiogramas anuais para a população da comunidade. A Associação dos moradores não é ativa, devido ao desinteresse da própria comunidade.

1.3 O Sistema Municipal de Saúde de Mário Campos

A Secretaria Municipal de Saúde localiza-se na região central e conta com uma Unidade de Saúde com atendimento médico 24 horas para casos agudos de urgência/emergência e cinco Unidades de Saúde da Família, um Centro de Fisioterapia e um serviço de saúde mental.

Mário Campos conta com cinco equipes de Estratégia de Saúde da Família na atenção primária.

Quanto à atenção especializada, o município conta com os serviços especializados através de convênio com o Consórcio Intermunicipal de Saúde do Médio Paraopeba (CISMEP) que são realizados nos municípios de Betim, Brumadinho, Sarzedo e Belo Horizonte, sede de micro e macrorregião.

O município é habilitado conforme Norma Operacional Básica – NOB 96- em Gestão Plena da Atenção Básica e aderiu ao Pacto pela Saúde. Faz parte do Consórcio Intermunicipal do Médio Paraopeba - CISMEP, voltado para a atenção de média e alta complexidade, para atender as dificuldades apresentadas pelos

municípios consorciados em garantir aos usuários do SUS exames e consultas nesses níveis de atenção.

Em 2013, o Fundo Municipal de Saúde (FMS) passou a ser gerido pelo Secretário Municipal de Saúde e administrado em parceria com a Secretaria Municipal de Fazenda, com respeito às necessidades e prioridades da Secretaria Municipal de Saúde.

O Conselho Municipal de Saúde (CMS) foi criado através da Lei Municipal 008/97 e revisado pela Lei 045/97, e é motivado a exercer sua função de controle social conforme definido na Lei Federal 8.142. As conferências acontecem de dois em dois anos de acordo com a Lei Municipal 045/97. Sua composição segue a paridade exigida pela Lei Federal 8.142 e Lei Municipal 045/97:

- I. 6 (seis) representantes dos usuários.
- II. 3 (três) representantes dos trabalhadores da saúde do SUS local.
- III. 3 (três) representantes do governo.

As reuniões acontecem mensalmente em datas e locais acordados pelos conselheiros.

1.4 Unidade Básica de Saúde Tangará

A Unidade de Saúde de Tangará abriga somente uma equipe, foi inaugurada há cerca de três anos e está situada na Rua Santa Catarina número 130. É uma casa alugada, adaptada para ser uma Unidade de Saúde. A Casa tem estrutura moderna e bem conservada com oito cômodos, dois banheiros, uma varanda dianteira, sendo dividida em: uma sala de espera, uma recepção, um consultório da enfermeira, dois consultórios médicos, uma sala de observação, uma sala de medicações, uma sala de curativos e pequenos procedimentos e uma cozinha.

A área é considerada adequada para atender a demanda e a população (aproximadamente 2.500 usuários), sendo aproveitado bem o espaço disponível do imóvel.

A área da sala de espera possui cadeiras em ótimo estado e quantidade suficiente para atender a demanda nos horários de pico (manhã) de atendimento, possibilitando a organização e satisfação dos usuários para aguardar o atendimento.

Possui um consultório para a enfermeira, onde se realiza o acolhimento e atendimento de consultas agendas (pré-natal, puericulturas, preventivo, etc).

Possui dois consultórios médicos, sendo um utilizado pelo pediatra toda quinta feira pela manhã. Nos dias vagos são utilizados pelas Agentes Comunitárias de Saúde para tarefas interna na unidade. Também são realizadas reuniões internas nessa sala. O outro consultório é de uso do médico da família e comunidades para os atendimentos de demanda espontânea (pela manhã) e consultas agendas (à tarde).

As reuniões com a comunidade (grupos operativos, por exemplo) são realizadas na sala de espera, que fica na varanda externa da unidade.

A Unidade de Saúde conta com equipamentos e recursos adequados para o trabalho da equipe, possuem mesa ginecológica, glicosímetro, nebulizador, estetoscópio, esfignomanômetro, termômetro instrumental cirúrgico para pequenas cirurgias e curativos, possibilitando a total satisfação dos usuários e equipe de saúde.

1.5 A Equipe de Saúde da Família Branco

A equipe da ESF Branco é formada pelos profissionais: uma enfermeira, um médico generalista, quatro agentes comunitários de saúde, uma recepcionista e uma auxiliar de serviços.

1.6 O dia a dia da equipe ESF Branco

A equipe da ESF Branco está ocupada pela manhã (08h às 11h) exclusivamente para atendimento da demanda espontânea (casos agudos).

No horário da tarde (13h às 17h) realiza-se atendimento programado: pré-natal, puericultura, saúde da criança e adolescente, saúde do homem e da mulher, saúde do idoso e troca de receitas de medicamentos de uso contínuo.

A equipe busca ações para controle da hipertensão, diabetes, câncer de mama, câncer de próstata, desnutrição e saúde mental.

São promovidas reuniões com a comunidade, como grupos operativos, por exemplo, com temas voltados para as principais causas de morbimortalidades, como hipertensão, diabetes, aleitamento materno, vacinas. As reuniões são realizadas

com intuito da participação da comunidade para melhorar a qualidade de vida e prevenção de enfermidades.

A equipe desenvolve outras ações de saúde como exemplo: caminhadas ao ar livre, para motivar a atividade física e combater o sedentarismo.

O Quadro 7 apresenta-se o resumo as atividades desenvolvidas pela Equipe.

Quadro 7 - Atividades da Equipe de Saúde da família Branco, município de Mario Campos, Estado de Minas Gerais.

TURNO	SEGUNDA	TERÇA	QUARTA	QUINTA	SEXTA
MANHÃ	Demanda Espontânea Acolhimento (enfermeira)	Demanda Espontânea Acolhimento (enfermeira)	Demanda Espontânea Acolhimento (enfermeira)	Demanda Espontânea Acolhimento (enfermeira)	Acolhimento (enfermeira) Day off do medico
TARDE	Consulta agendada retornos/renovação de receitas Puericultura (enfermeira)	Pré-natal, puericultura, puerpério, planejamento familiar (médico)	Consulta agendada retornos/renovação de receitas Pré-natal (enfermeira)	Visita domiciliar (médico) Grupos: tabagismo, hiperdia, idosos, gestante.	Prevenção (enfermeira) Day off do médico

Fonte: Próprio autor, 2017

A equipe também promove reuniões periódicas (mensal) com participação de todos para buscar soluções para melhorar a qualidade de vida dos usuários e melhorar o trabalho em equipe.

1.7 Estimativa rápida: Problemas de Saúde do território e da comunidade (primeiro passo)

No município de Mário Campos os principais problemas existentes na atualidade são as doenças crônicas degenerativas: diabetes, Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS). Além disso, há vários usuários portadores de distúrbios mentais e déficits neurológicos que são acompanhados pelos serviços da atenção básica e saúde mental do município.

Os principais fatores de risco na comunidade e município constituem em etilismo, sedentarismo, tabagismo, situação socioeconômica precária da maioria das famílias da comunidade, além do uso de drogas ilícitas por jovens e adolescentes.

O serviço de saneamento básico deixa a desejar no que se refere à coleta das eliminações fisiológicas, não existe rede de esgoto. Existem moradias que liberam seu esgoto a céu aberto ou em fossas.

1.8 Priorização dos problemas (segundo passo)

Diante da situação exposta, foi proposta uma intervenção que alterasse o acompanhamento dos indivíduos portadores de HAS, baseada em estratégias de ações educativas e terapêuticas, com o objetivo principal de melhorar os índices de pressão arterial com estratificação do Risco Cardiovascular (RVC).

Abaixo, o Quadro 8 apresenta a classificação de prioridades dos problemas da equipe de saúde de Tangará:

Quadro 8 - Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à equipe de Saúde de Tangará, ESF Branco, município de Mario Campos, Estado de Minas Gerais.

PRINCIPAIS PROBLEMAS	IMPORTÂNCIA	URGÊNCIA	CAPACIDADE DE ENFRETEAMENTO	SELEÇÃO
Aumento de fatores de risco para doenças cardiovasculares.	Alta	8	Parcial	1
Alto índice de hipertensão arterial sistêmica	Alta	8	Parcial	2
Alto índice de diabetes mellitus	Alta	8	Parcial	3
Uso indiscriminado remédios.	Alta	5	Parcial	4
Ausência de rede de esgoto	Alta	4	Externa	6

Fonte: Próprio autor, 2017

2 JUSTIFICATIVA

A escolha do tema se justifica por vir ao encontro da realidade de saúde em geral, onde temos a Hipertensão como uma enfermidade de alta prevalência no Brasil e no mundo, sendo um importante fator de risco para os agravos cardiovasculares.

A relevância está em que a alta incidência de hipertensos na comunidade assistida pela Unidade de Saúde vem alcançando classificação de alto risco para agravos cardiovasculares, em um período de 10 anos.

Verificou-se que uma grande proporção dos usuários hipertensos não realizava o tratamento adequadamente e não recebia orientações adequadas sobre os riscos ao longo dos anos da abstenção do tratamento anti-hipertensivo correto e acompanhamento periódico com a Equipe da Saúde da Família.

Assim, a partir da realização do projeto de intervenção ora proposto, espera-se prevenir complicações da hipertensão, esclarecer sobre os fatores de risco cardiovascular, alcançar maior adesão dos pacientes ao tratamento, valorizar a mudança de comportamentos dos hipertensos, estimulando o autocontrole.

Espera-se também, envolver familiares e comunidade no diagnóstico precoce e no apoio aos hipertensos, organizar o atendimento desses pacientes, proporcionando um seguimento regular e racionalizar a demanda por consulta médica assistencial.

3 OBJETIVOS

3.1 - Objetivo geral

Elaborar um projeto de intervenção com vista a aumentar a adesão ao tratamento pelos pacientes hipertensos da Estratégia de Saúde da Família Branco, na comunidade de Tangará no município de Mário Campos, Minas Gerais.

3.2 - Objetivos específicos

Estratificar por risco todos os usuários hipertensos na ESF Branco.

Identificar os determinantes que dificultam o controle da HAS na comunidade assistida.

Treinar a equipe para que possam tomar condutas devidas para cada grupo de risco cardiovascular.

Melhorar o acompanhamento e controle da HAS

Minimizar a morbimortalidade pela doença na comunidade.

4 METODOLOGIA

Para realização do presente plano de ação, foi utilizada a estimativa rápida para identificação dos problemas observados e o Planejamento Estratégico Situacional (PES) para a definição do problema prioritário, dos nós críticos e das ações, de acordo com Campos, Faria e Santos (2010).

Inicialmente foi realizado o diagnóstico situacional no período de março a maio de 2018. O diagnóstico situacional foi baseado no método de estimativa rápida que constitui um modo de se obter informações sobre um conjunto de problemas e dos recursos potenciais para o seu enfrentamento, num curto período de tempo e sem altos gastos (CAMPOS; FARIAS; SANTOS, 2010).

Em um segundo momento foi realizada a revisão de literatura em bases de dados eletrônicas como Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciência da Saúde (LILACS), Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE) e Scientific Electronic Library Online (SciELO) e Google acadêmico, além de periódicos indexados na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), documentos do Ministério da Saúde entre outros, tendo por base os Descritores em Ciência de Saúde (DeCS): Atenção Primária em Saúde, Estratégia Saúde da Família e Hipertensão. O objetivo dessa revisão foi dar sustentação teórica à elaboração do plano de ação.

Finalmente, com as informações do diagnóstico situacional e da revisão de literatura foi proposto um plano de ação para que os pacientes adscritos na ESF Branco do município de Mário Campos-MG realizem mudanças no estilo de vida a fim de se obter melhor controle da HAS e redução de complicações cardiovasculares.

5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

5.1 Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS)

A hipertensão arterial e as doenças associadas aos riscos cardiovasculares é a maior causa de mortes em todo o mundo. De acordo com a Organização Mundial de Saúde estima que em 2030 quase 23,6 milhões de pessoas morrerão de doenças cardiovasculares e que 13 milhões de pessoas morrem todos os anos antes dos 70 anos por doenças cardiovasculares (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2018).

A literatura define a Hipertensão Arterial (HA) como condição clínica multifatorial caracterizada por elevação sustentada dos níveis pressóricos ≥ 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 e Diabetes Mellitus (DM) (MALACHIAS *et al.*, (2016, p. 1).

No Brasil, os números de pacientes em tratamento de hipertensão arterial, são alarmantes. De acordo com os fatores de risco supracitados em consonância com os dados complementares da Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC), dos 47,5 milhões de hipertensos apenas 19,6% estão com os valores pressóricos controlados. A Sociedade Brasileira de Cardiologia aponta, ainda, que a hipertensão mal controlada ou sem diagnóstico reduz, em média, 16,5 anos na expectativa de vida do portador da doença e alerta para o fato de milhões de brasileiros que apresentam quadro de HAS que ainda não fazem o tratamento, além de muitos desconhecerem este quadro clínico (MALACHIAS. *et al.*, (2016).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), a cada ano, a hipertensão causa 7,6 milhões de óbitos de pessoas em todo o mundo, cerca de 80% em países em desenvolvimento como o Brasil, mais da metade na faixa de 45 a 69 anos de idade (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2018).

Fato é que, uma vez que o paciente é diagnosticado com HA, é preciso estabelecer tratamento adequado, acompanhamento continuado e orientado ao longo da vida, para melhorar a qualidade de vida do indivíduo e minimizar as complicações.

Os principais fatores de risco para a HA são: a hereditariedade, a idade, a raça, o sedentarismo, o tabagismo, a ingestão de sal e de álcool, a obesidade e o estresse. Ao longo da vida o indivíduo com maiores possibilidades de adquirir a HAS, nem sempre se cuida preventivamente. Uma vez que o indivíduo é portador de HAS, este adquire, por consequência, o risco para doença coronariana, acidente vascular encefálico (AVE), aterosclerose, retinopatia e nefropatia (COELHO; NOBRE, 2006).

Com o avançar da idade, pessoas na faixa etária dos 50 aos 59 anos ou mais, apresentam maiores chances de serem hipertensas do que as da faixa etária de 20 a 49 anos (CARVALHO, 2010).

Segundo Radovanovic *et al.* (2014) a variável atividade física não apresentou associação significativa com a presença de HA, porém estudos longitudinais são mais apropriados para avaliar os efeitos da atividade física sobre a pressão arterial.

Acerca da atividade física, Gravina; Grespan e Borges (2007) afirmam que:

A atividade física deve ser de fácil realização, com exercícios de curta duração e baixa intensidade, visando desenvolver resistência, flexibilidade articular e força muscular sem provocar lesões, e pode ser fracionada ao longo do dia, com aumento gradativo do tempo e da intensidade do exercício (GRAVINA; GRESPAN; BORGES, 2007, p.33).

Caminhadas, alongamentos, atividades físicas programadas, de acordo com a idade e as condições físicas reais do paciente, são de suma importância para avanço em todos os tratamentos prescritos.

O combate ao sedentarismo realizado por meio de atividade física programada pode melhorar o risco coronário, atuando também por seu efeito em outros fatores de risco, pois aumenta os níveis de HDL, diminui os níveis de triglicérides, da pressão arterial e do peso corporal, melhora a tolerância à glicose e corrige a distribuição da gordura. A atividade física aumenta a densidade óssea, o que constitui um benefício importante em idosos com osteoporose, além de contribuir para a flexibilidade e a força muscular. A melhora da coordenação e do equilíbrio pode diminuir quedas e, por conseguinte, reduzir a morbidade e melhorar a qualidade de vida. Além disso, o exercício diminui a demanda de oxigênio necessária para o esforço físico, contribuindo para evitar que estresses cardíacos (angina) limite as atividades da vida diária. A atividade física promove também uma importante melhora da auto-estima e da sensação de bem-estar. (GRAVINA; GRESPAN; BORGES, 2007, p.34).

A dieta alimentar hipossódica também tem associação significativa com a HAS, podendo alcançar resultados positivos nos valores pressóricos. O consumo alimentar e a importância de uma dieta equilibrada deve ser uma das orientações recomendadas pelo profissional de saúde ao indivíduo com hipertensão, por favorecerem a redução do risco cardiovascular (RADOVANOVIC *et al.*, 2014). O excesso de sódio existente na maioria das alimentações é um dos maior causadores do índice de HAS.

A obesidade tem aumentado em todo o mundo e também é considerada importante fator de risco para a HAS. Ademais o IMC aumentado está fortemente ligado à hipertensão, mas esse indicador representa o peso total do corpo, sendo incapaz de distinguir entre o excesso de tecido adiposo e a alta massa muscular (RADOVANOVIC *et al.*, 2014).

Outro fator colaborativo para o aumento da pressão arterial é o excesso de massa corporal, porém vale ressaltar que nem todo indivíduo com sobrepeso e obesidade são hipertensos. O consumo elevado de bebidas alcoólicas principalmente fora das refeições também aumentam o risco de hipertensão arterial.

O tabagismo é outro fator relevante e que colabora para a incidência de hipertensão arterial. Observou-se que “o tabagismo e HAS são os dois principais fatores de risco para a mortalidade de adultos por doenças não transmissíveis em alguns estudos revisados” (IKEDA *et al.*, 2012 apud RADOVANOVIC *et al.*, 2014, p. 551).

A diabetes colabora para a hipertensão arterial se instaurar, sendo que a resistência à insulina, uma condição típica do diabético tipo 2, é uma falha no organismo que dificulta o acesso das células à glicose circulante. Esse fator favorece que a glicose circulante permaneça em excesso no sangue, contribuindo para as artérias se enrijecerem, o que ao longo do tempo aumenta a pressão arterial. O diabetes e hipertensão são condições comumente associados. Bem como os níveis elevados de colesterol associados à hipertensão representam maior risco à doença coronariana, de forma que intervenções terapêuticas podem diminuir a morbidade e a mortalidade em diversas condições de risco (RADOVANOVIC *et al.*, 2014).

A presença de fatores de risco cardiovascular ocorre mais comumente na forma combinada: pré-disposição genética, fatores ambientais, idade, inatividade física, fumo, álcool, o sobrepeso, a hiperglicemia e a dislipidemia.

Por fim, a partir dos resultados obtidos em relação aos pacientes adscritos na ESF/Branco, embora se trate de um município de pequeno porte, observa-se que o índice de pessoas adultas hipertensas é elevado, o que não difere muito do que tem sido encontrado em outras localidades brasileiras com diferentes portes populacionais.

5.2 As práticas educativas e a abordagem ao indivíduo, família e comunidade.

As práticas educativas nas unidades de saúde e comunidades são estratégias para melhorar a qualidade de vida das pessoas. Estas práticas são fornecidas por profissionais da saúde entre eles, enfermeiro(a), técnicos de enfermagem, ACS, médicos, dentista, auxiliar dentário, assistente social, educador físico, fisioterapia entre outros.

A equipe multiprofissional pode ser constituída por todos os profissionais que lidem com pacientes hipertensos: médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, nutricionistas, psicólogos, assistentes sociais, professores de educação física, fisioterapeutas e agentes comunitários de saúde.

Os membros de um grupo multiprofissional devem trabalhar de acordo com os limites e especificidades de sua formação, e respeitada esta especificidade, necessitam conhecer a ação individual de cada um dos outros membros. Além disso, cada local de trabalho deve adequar-se à sua realidade. Deve ficar claro que não há necessidade de todo esse grupo para a formação da equipe (SBC, 2007).

No âmbito comunitário, particularmente no que se refere às doenças crônicas, destaca-se a Hipertensão Arterial Sistêmica. A prática educativa, como parte integrante do cuidado, objetiva à construção de um saber compartilhado sobre o processo saúde-doença-cuidado, a educação assegura aos indivíduos, o direito de decidir quais estratégias são mais apropriadas para promover, manter e recuperar sua saúde.

O paciente deve ser reconhecido como sujeito portador de um saber sobre o processo saúde-doença-cuidado, capaz de estabelecer uma relação próxima e dialógica com o serviço de saúde e de desenvolver uma análise crítica sobre a

realidade que vive e sua saúde, para desenvolver estratégias para melhorar a qualidade de vida e minimizar os agravos na saúde e enfrentar a realidade vivida.

O conceito referente ao enfrentamento sugere a possibilidade de se promover saúde, ao se estimular a reflexão e pensamento sobre a mudança da “forma que vemos as coisas e lidamos com elas”. Para melhorar o entendimento a sua própria relação saúde/doença tanto do usuário, família e comunidade (LIMA, 2014).

O trabalho de qualquer equipe deve basear-se nas práticas e concepções vigentes no Sistema Único de Saúde propostos da Reforma Sanitária. Portanto, ao se realizar uma reunião com grupo operativo, preconizou-se alguns pontos que não podem faltar, como: local da reunião, ata da reunião e um planejamento a ser seguido. Toda reunião aborda os pontos avaliados na reunião passada, sendo de extrema importância saber se as informações abordadas junto aos usuários foram absorvidas; se necessitam que se repita algo pertinente, ou se ficou alguma dúvida. Segundo Vasconcelos; Grillo e Soares (2009):

Um grupo organizado de pessoas se comporta como um “sistema” de engrenagens, que em sua totalidade cumpre sua “funcionalidade”, se articula e atua em uma rede de papéis, com o estabelecimento que a partir das relações estabelecem vínculos entre si (VASCONCELOS; GRILLO; SOARES, 2009 apud MARCELINO, 2014, 33).

Sabe-se que algumas dificuldades nesse trabalho educativo aparecerão, pois cada indivíduo carrega suas histórias, cultura, suas crenças e saberes transmitidos de pais pra filhos, amigo a amigo etc. Por isso é necessário, antes de qualquer intervenção, entender o usuário de forma individualizada, para posteriormente ingressá-lo em práticas educativas coletivas (VASCONCELOS; GRILLO; SOARES, 2009).

A função das práticas educativas está principalmente na adoção de estilo de vida saudável. O trabalho da equipe contribui para melhor compreensão do paciente acerca da HAS. Assim, as ações educativas e terapêuticas em saúde devem ser desenvolvidas com grupos de pacientes, seus familiares e a comunidade, sendo adicionais às atividades individuais. De acordo com Suárez (2015):

[...] a aquisição do conhecimento é fundamental, mas é apenas o primeiro passo. A implementação efetiva das mudanças é lenta e, por dependerem de medidas educativas, necessitam de continuidade. Devem ser promovidas por meio de ações individualizadas, elaboradas para atender às necessidades específicas de cada paciente, e de ações coletivas de modo a

ampliar o campo de ação e apresentar a melhor relação custo-benefício, podendo, assim, ser mantidas em longo prazo. (BRASIL, 2000 apud SUÁREZ, 2015, p. 6).

Sendo assim, todos os recursos disponíveis devem ser utilizados a fim de modificar os hábitos de vida dos pacientes e desse modo melhorar seu quadro de saúde e sua qualidade de vida.

6 PLANO DE AÇÃO

O plano de ação que se segue refere-se ao problema priorizado: Hipertensão Arterial na área de abrangência da Equipe do ESF Branco da cidade de Mário Campos /MG.

6.1 Descrição do problema selecionado (terceiro passo)

A Hipertensão é uma enfermidade de alta prevalência no Brasil e mundialmente e é um importante fator de risco para os agravos cardiovasculares. Verificamos que a HAS é um problema de grande relevância uma vez que um grande número de pacientes adscritos na ESF/Branco apresentam dificuldades em aderir ao tratamento.

Uma grande proporção dos usuários hipertensos da Estratégia Saúde da Família/Branco não realiza o tratamento de controle pressórico adequadamente, bem como não recebe orientações adequadas sobre os riscos. Ao longo dos anos estes pacientes vêm se abstendo do tratamento anti-hipertensivo correto e acompanhamento periódico com a Equipe da Saúde da Família, complicando assim, sobremaneira o quadro de sua saúde.

6.2 Explicando o problema selecionado (quarto passo)

Boa parte dos usuários hipertensos da Estratégia Saúde da Família/Branco não adere ao tratamento. Verifica-se que a abordagem destes pacientes é realizada criteriosamente, por profissionais qualificados, contudo, são os usuários com condições socioeconômicas, cultural, educacional desfavoráveis que mais necessitam de orientação quanto aos hábitos de vida, dieta saudável, atividade física, uso correto da medicação e consultas periódicas. Tais fatores apresentam-se como fatores dificultadores para essa população.

Existe uma grande resistência por parte desses usuários também, para o uso dos medicamentos prescritos, sendo que alguns deles consideram que não apresentam sintomas e não necessitam se medicar. Já outros, devido à falta de medicação disponibilizada na rede do SUS e o baixo poder aquisitivo deixam de tomar a medicação.

Outra dificuldade encontrada é quanto ao absenteísmo às consultas programadas bem como aos grupos operativos na ESF para acompanhar esses pacientes. Tem sido realizada busca ativa pelas ACS da unidade a esses usuários para retomarem o acompanhamento com a equipe de saúde.

6.3 Seleção dos nós críticos (quinto passo)

O tema escolhido justifica-se pela falta de adesão ao tratamento da HAS na comunidade assistida pela Unidade de Saúde. A equipe selecionou os seguintes nós críticos relacionados ao problema escolhido:

- Uso irregular dos medicamentos no plano terapêutico;
- Dieta inadequada, com altos níveis de sódio e carboidratos;
- Ausência de atividades físicas regulares.

6.4 Desenhos das operações (sexto passo)

Depois de identificar os "nós críticos", passamos à elaboração do plano de ação para buscar as soluções e estratégias que possam permitir o enfrentamento do problema.

Quadro 9 – Operações sobre o “nó crítico 1: Uso irregular dos medicamentos no plano terapêutico”, relacionado ao problema HAS na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família/BRANCO do município Mário Campos estado de Minas Gerais.

Nó crítico 1	Uso irregular dos medicamentos no plano terapêutico
Operação (operações)	Estabelecer práticas de informação e intervenção ativa junto aos pacientes que fazem uso de medicamentos de controle de pressão arterial.
Projeto	Promoção do conhecimento de plano terapêutico / Manejo farmacológico
Resultados esperados	Reduzir em 70% o número pacientes que não utiliza corretamente os medicamentos prescritos nos planos terapêuticos. Implantar ação educativa permanente em saúde hipertensiva junto à comunidade.
Produtos esperados	Programa de prevenção e controle a HAS. Ações Educativas constantes por toda Equipe, principalmente da ACS. Modificar hábitos e estilos de vida.
Recursos necessários	Estrutural: Membros da Equipe. Cognitivo: Informação sobre HAS. Financeiro: Recurso para produzir material informativo. Político: Mobilização Social.

Recursos críticos	Estrutural: ACS e equipe operativa. Cognitivo: ampliar os conhecimentos acerca de riscos cardiovasculares. Político: Adesão do gestor local. Financeiro: Panfletos, cartazes, cartilhas ...
Controle dos recursos críticos	Favorável.
Ações estratégicas	Visitas domiciliares, Reuniões quinzenais, consultas agendadas e direcionamento a exames específicos e outros profissionais do NASF.
Prazo	Semanalmente
Responsável (eis) pelo acompanhamento das ações	Médico, enfermeira, ACS e demais membros da Equipe.
Processo de monitoramento e avaliação das ações	A avaliação da proposta de intervenção será feita por meio das reuniões com a comunidade juntamente com o grupo operativo.

Quadro 10 – Operações sobre o “nó crítico 2: Dieta inadequada, com altos níveis de sódio”, relacionado ao problema HAS na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família/BRANCO do município Mário Campos estado de Minas Gerais.

Nó crítico 2	Dieta inadequada com altos níveis de sódio e carboidratos.
Operação (operações)	Estabelecer práticas de informação e intervenção emergencial relacionado a alimentação adequada principalmente para pacientes com maiores riscos de desenvolver HAS.
Projeto	Promoção a alimentação adequada.
Resultados esperados	Reduzir em 90% o número de pacientes que se alimentam de forma inadequada, principalmente no que se refere ao índice de sódio e carboidratos na sua dieta diária.
Produtos esperados	Programa de prevenção a HAS. Ações Educativas constantes por toda Equipe, principalmente da ACS. Modificar hábitos e estilos de vida.
Recursos necessários	Estrutural: Membros da Equipe e nutricionista. Cognitivo: Informação sobre HAS Financeiro: Recurso para produzir material informativo. Político: Mobilização Social.
Recursos críticos	Estrutural: ACS, nutricionista e equipe operativa. Cognitivo: ampliar os conhecimentos acerca de riscos cardiovasculares. Político: Adesão do gestor local. Financeiro: Panfletos, cartazes, cartilhas...
Controle dos recursos críticos	Favorável.
Ações estratégicas	Visitas domiciliares, Reuniões quinzenais, consultas agendadas e direcionamento a exames específicos e outros profissionais do NASF.
Prazo	Semanalmente
Responsável (eis) pelo acompanhamento das ações	Médico, enfermeira, nutricionista , ACS e demais membros da Equipe.
Processo de monitoramento e avaliação das ações	A avaliação da proposta de intervenção será feita por meio das reuniões do grupo operativo.

Quadro 11 – Operações sobre o nó crítico 3: “Ausência de atividades físicas regulares”, relacionado ao problema HAS na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família/BRANCO do município Mário Campos estado de Minas Gerais.

Nó crítico 3	Ausência de atividades físicas regulares
Operação (operações)	Melhorar o sistema cardiovascular por intermédio das atividades físicas regulares
Projeto	Intervenção educativa e operativa de promoção ao hábito de atividades físicas regulares.

Resultados esperados	Reduzir em 90% o número de pacientes sedentários na área de abrangência da Equipe de Saúde de Família / Branco, tendo em vista reduzir os índices pressóricos principalmente dos pacientes portadores de HAS.
Produtos esperados	Programa de prevenção a HAS. Ações Educativas constantes por toda Equipe, principalmente da ACS e profissional e educação física. Modificar hábitos e estilos de vida.
Recursos necessários	Estrutural: Membros da Equipe e profissional especializado em atividades físicas. Cognitivo: Informação sobre HAS Financeiro: Recurso para produzir material informativo. Político: Mobilização Social.
Recursos críticos	Estrutural: ACS, equipe operativa e profissional especializado em atividades físicas. Cognitivo: ampliar as considerações acerca da importância das atividades físicas para qualidade de vida. Político: Adesão do gestor e da comunidade local. Financeiro: Panfletos, cartazes, cartilhas ...
Controle dos recursos críticos	Favorável.
Ações estratégicas	Visitas domiciliares, Reuniões quinzenais, consultas agendadas e direcionamento a exames específicos e outros profissionais do NASF.
Prazo	Semanalmente
Responsável (eis) pelo acompanhamento das ações	Médico, enfermeira, nutricionista e profissional de educação física, ACS e demais membros da Equipe.
Processo de monitoramento e avaliação das ações	A avaliação da proposta de intervenção será feita por meio das reuniões do grupo operativo e dos profissionais especializados envolvidos no plano.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao final deste estudo é possível perceber que, por mais que se tenha avançado positivamente em relação à saúde dos indivíduos acometidos da HAS, há muito que se executar em relação a prevenção desta doença silenciosa.

Fato é que as estratégias aqui propostas no plano de ação não se tornarão efetivas sem o envolvimento dos diversos setores das políticas públicas e dos diversos setores sociais.

Mudança de estilo de vida é palavra de ordem para que se alcancem os objetivos e metas em qualidade da saúde dos pacientes. Para se chegar a este denominador comum foi necessário pesquisa e reconhecimento da situação real da saúde da população adscrita na USB. Em seguida, ao identificar os problemas desta população, os nós críticos e por fim as possibilidades de estratégias de apoio e atendimento a saúde a atenção de saúde da família.

Sendo assim, o problema identificado e explicado, ressaltaram-se no plano de ação as possibilidades e estratégias para enfrentamento real do problema.

Por fim é possível afirmar que se faz necessário uma ação conjunta e sistematizada de todos os setores da sociedade a fim de intensificar a importância de se conhecer e fomentar atitudes em prol do conhecimento, cuidado e tratamento adequado para a hipertensão arterial e não somente na área de abrangência da ESF/Branco em Mário Campos/MG. Além disso, acredita-se que este plano contribuirá, também, para oferecer aos hipertensos um serviço de melhor qualidade, refletindo de forma benéfica em sua saúde.

REFERÊNCIAS

CAMPOS, F.C.C.; FARIA, H. P.; SANTOS, M. A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. Nescon/UFMG 2ed. Belo Horizonte, 2010.

CARVALHO, A.C.A. Desenvolvimento de placas de ateroma em pacientes diabéticos e hipertensos. **Revista de Ciências Médicas e Biológicas**. v.9, supl.1, p.73-77, 2010.

COELHO, E. B.; NOBRE, F. Recomendações práticas para se evitar o abandono do tratamento anti-hipertensivo. **Revista Brasileira de Hipertensão**. v.13, n.1, p. 51-54, 2006.

DUARTE, R. Pesquisa Qualitativa: Reflexões sobre o trabalho de campo. **Cadernos de Pesquisa**, Rio de Janeiro: PUC-RJ, n. 115, p. 130-154, mar., 2002. Disponível em:
<http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010015742002000100005&script=sci_arttext&tlng=pt> Acesso em: 06 mai. 2017.

GRAVINA, C.F.; GRESPAN, S.M.; BORGES, J.L. Tratamento não-medicamentoso da hipertensão no idoso. **Rev Bras Hipertens**. V.14, n. 1, p. 33-36, 2007. Disponível em: <<http://departamentos.cardiol.br/dha/revista/14-1/09-tratamento-nao-medicamentoso.pdf>> Acesso em: 27 de jan. 2019.

LIMA, C. L.; OLIVEIRA, A. P. S.; MACEDO, B. F.; DIAS, V. O.; COSTA, S.M. Relação profissional-usuário de saúde da família: perspectiva da bioética contratualista. **Rev. bioét.** V. 22, n.1, p. 152-60, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/bioet/v22n1/a17v22n1.pdf>> Acesso em: 27 de jan. 2019

MÁRIO CAMPOS. Câmara Municipal de Mário Campos, Minas Gerais. Disponível em: <<http://www.cmmc.mg.gov.br/>> Acesso em 04 de fev. 2018.

RADOVANOVIC, C. A. T.; SANTOS, L. A.; CARVALHO, M.D.B.; MARCON, S. S. Hipertensão arterial e outros fatores de risco associados às doenças cardiovasculares em adultos. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. v. 22, n.4, p. 547-53, 2014. Disponível em:
<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v22n4/pt_0104-1169-rlae-22-04-00547.pdf>. Acesso em 20 jan. 2018

MALACHIAS, M. V. B. *et al.* 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial. **Arq Bras Cardiol.**; V. 107, n. (3Supl.3), p. 1-83, 2016. Disponível em:
http://publicacoes.cardiol.br/2014/diretrizes/2016/05_HIPERTENSAO_ARTERIAL.pdf

SBC. Sociedade Brasileira de Cardiologia. V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. **Arq Bras Cardiol.**, 2007; São Paulo, v.89(3). Disponível em: <<http://www.arquivosonline.com.br/2007/8903/pdf/8903012.pdf>>. Acesso em 15 de jan. 2019.

SUÁREZ, Z. T. Intervenção educativa em adultos hipertensos assistidos no centro municipal de saúde nova Holanda - Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2015. Disponível em: <<https://ares.unasus.gov.br/acervo/bitstream/handle/ARES/3747/Zaida%20Tusell%20Su%C3%A1rez.pdf?sequence=1&isAllowed=y>>. Acesso em 19 de jan. 2019.

VASCONCELOS, M; GRILLO, M.J. C.; SOARES, S. M. **Práticas pedagógicas em atenção básica a saúde. Tecnologias para abordagem ao indivíduo, família e comunidade.** Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2009.