

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS  
FACULDADE DE MEDICINA. NÚCLEO DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA  
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO GESTÃO DO CUIDADO EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

**Jefferson Carlos Tolentino Rodrigues**

**PROPOSTA DE INTERVENÇÃO PARA CONTROLE DA HIPERTENSÃO DOS  
USUÁRIOS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA PROGRESSO, MUNICÍPIO  
DE TRÊS MARIAS, MINAS GERAIS**

**Belo Horizonte/Minas Gerais**

**2020**

**Jefferson Carlos Tolentino Rodrigues**

**PROPOSTA DE INTERVENÇÃO PARA CONTROLE DA HIPERTENSÃO NOS  
USUÁRIOS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA PROGRESSO, MUNICÍPIO  
DE TRÊS MARIAS, MINAS GERAIS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização Gestão do Cuidado em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientadora: Profa. Dra. Andréa Gazzinelli

**Belo Horizonte/Minas Gerais**

**2020**

**Jefferson Carlos Tolentino Rodrigues**

**PROPOSTA DE INTERVENÇÃO PARA CONTROLE DA HIPERTENSÃO DENTRE  
OS USUÁRIOS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA PROGRESSO,  
MUNICÍPIO DE TRÊS MARIAS, MINAS GERAIS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização Gestão do Cuidado em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientadora: Profa. Dra. Andréa Gazzinelli

Banca examinadora

Professora Dra. Andréa Gazzinelli – Orientadora – UFMG

Professora Dra. Matilde Meire Miranda Cadete – UFMG

Aprovado em Belo Horizonte, em 10 de novembro de 2020

## **AGRADECIMENTOS**

Este trabalho foi construído graças ao apoio incondicional e sempre presente da mulher espetacular que norteia minha vida e que fica sempre dizendo para eu nunca desistir. Maressa, esse trabalho é uma conquista sua também.

Agradeço imensamente a minha tutora pelos ensinamos e apontamentos dados.

Todos os tutores nos diversos módulos pelos ensinamentos e parcimônia em guiar meus estudos. Agradeço também a equipe por ser fonte abundante de dúvidas e soluções.

E por fim, agradeço a minha mãe, minha família. George, anjo, saudades.

## RESUMO

A hipertensão arterial sistêmica é uma doença crônica global, silenciosa e amplamente disseminada na nossa sociedade, e que pode acarretar sérias complicações, principalmente cardiovasculares. Impacta, sobremaneira, a população da área de abrangência da Unidade Básica de Saúde (UBS) Progresso, situada no município de Três Marias, Minas Gerais. Após a realização do diagnóstico situacional, no território de abrangência da aludida UBS, constatou-se um grande número de pessoas com hipertensão arterial e muitos sem a devida e necessária adesão terapêutica. Visando, desta forma, enfrentar o problema, foi escolhido como objetivo deste estudo, elaborar um projeto de intervenção para prevenção e controle da hipertensão, bem como contribuir para a melhoria a qualidade de vida da comunidade. Realizou-se uma revisão de literatura nos bancos de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), nas bases de dados da *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), Sistema Online de Busca e Análise de Literatura Médica (MEDLINE) e *sites* do Ministério da Saúde e do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Verificou-se que a atenção primária, através de todos da equipe, deve pautar-se na educação à saúde de forma contínua objetivando a prevenção e o controle da hipertensão. Viu-se que o desenvolvimento de um projeto de intervenção pode contribuir para ampliar o conhecimento dos usuários sobre a hipertensão arterial e sobre como uma “doença comum e silenciosa” pode gerar importantes problemas para os mesmos. Viu-se também que a utilização de métodos de discussão e reuniões, bem como o trabalho contínuo (educação continuada) podem gerar a mudanças de hábitos na comunidade que podem ser preponderantes na adesão do paciente ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso.

Palavras-Chave: Hipertensão. Fatores de Risco. Estratégia Saúde da Família. Educação em Saúde.

## ABSTRACT

Systemic arterial hypertension is a global chronic disease, silent, and widespread in our society, that lead to serious complications, mainly cardiovascular diseases. It greatly impacts the population in the area of the Basic Health Unit Progresso, located in the municipality of Três Marias, Minas Gerais. Thus, after carrying out the situational diagnosis, in the territory covered by the referred UBS, a large number of people with hypertension were identified, and many without therapeutic adherence. In order to face the problem, it was chosen as the objective of this study to elaborate an intervention project to prevent for the prevention and control of hypertension, as well as to contribute to the improvement of the community's quality of life. A literature review was carried out in the databases of the Virtual Health Library (VHL), in the databases of the Scientific Electronic Library Online (SciELO), Sistema Online de Busca e Análise de Literatura Médica (MEDLINE) and site of the Ministry of Health and the Brazilian Institute of Geography and Statistics. It was found that primary care, and the health team should prioritize continuous education for hypertension prevention and control. It was seen that the development of an intervention project can contribute to increase users' knowledge about arterial hypertension and how a "common and silent disease" can generate so many and important problems for them. It was also seen that the use of methods of discussion and meetings, as well as continuous work (continuing education) can generate a change of habit in the community and can be predominant in the patient's adherence to the pharmacological and non-pharmacological treatment.

Keywords: Hypertension. Risk Factors. Family Health Strategy. Health Education.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

QUADRO 1 – Número de usuários por faixa etária e sexo da área adstrita da Unidade Básica de Saúde Progresso, Três Marias, Minas Gerais.	12
QUADRO 2 – Número de indivíduos por condição de saúde na Unidade Básica de Saúde Progresso, Três Marias, Minas Gerais.	13
QUADRO 3 - Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adstrita à equipe de Saúde, Unidade Básica de Saúde Progresso, Município de Três Marias - MG.	17
QUADRO 4 – Número de usuários por grupos de hipertensos na região da ESF Progresso, município de Três Marias, Minas Gerais, 2019.	24
QUADRO 5 - Desenho das operações (6º passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo) sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema “Alta taxa de hipertensos sem controle”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Progresso, município de Três Marias, Minas Gerais.	26
QUADRO 6 - Operações sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema “Alta taxa de hipertensos sem controle”, no território sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Progresso, município de Três Marias, Minas Gerais.	27
QUADRO 7 - Operações sobre o “nó crítico 3” relacionado ao problema “Alta taxa de hipertensos sem controle”, no território sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Progresso, município de Três Marias, Minas Gerais.	28

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
CDC	Centers for Disease Control and Prevention
CEMIG	Companhia Energética de Minas Gerais
DM	Diabetes melito ( <i>Diabetes mellitus</i> )
ESF	Estratégia Saúde da Família
eSF	Equipe de Saúde da Família
eSUS	Prontuário Eletrônico do Sistema Único de Saúde
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDHM	Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
MEDLINE	Sistema Online de Busca e Análise de Literatura Médica
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio a Saúde da Família
NICE	National Institute for Health and Care Excellence
PES	Planejamento Estratégico Situacional
PSF	Programa Saúde da Família
SciELO	Scientific Electronic Library Online
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
VIGITEL	Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico

## SUMÁRIO

1	<b>INTRODUÇÃO</b>	10
1.1	Aspectos Gerais do Município	10
1.2	O Sistema Municipal de Saúde	10
1.3	Aspectos da Comunidade	12
1.3.1.	Aspectos socioeconômicos	12
1.3.2.	Aspectos epidemiológicos	12
1.3.3.	As principais causas de óbitos, internação e doenças de notificação da área de abrangência da ESF Progresso.	13
1.3.4.	Os principais problemas relacionados à situação de saúde da população adscrita à área de abrangência da ESF Progresso.	14
1.4	A Unidade Básica de Saúde Progresso	14
1.5	A Equipe de Saúde da Família da Unidade Básica de Saúde Progresso	15
1.6	O funcionamento da Unidade Básica de Saúde Progresso	16
1.7	O dia a dia da equipe	16
1.8	Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade (primeiro passo)	16
1.9	Priorização dos problemas – a seleção de problemas para plano de intervenção (segundo passo)	17
2	<b>JUSTIFICATIVA</b>	18
3	<b>OBJETIVOS</b>	19
3.1	Objetivo Geral	19
3.2	Objetivos Específicos	19
4	<b>METODOLOGIA</b>	20
5	<b>REVISÃO BIBLIOGRÁFICA</b>	21
5.1	Definição e classificação da Hipertensão Arterial Sistêmica	21
5.2	A epidemiologia da Hipertensão Arterial Sistêmica	22
5.3	Tratamento da Hipertensão Arterial Sistêmica	22
6	<b>PLANO DE INTERVENÇÃO</b>	24
6.1	Descrição dos problemas selecionados (terceiro passo)	24
6.2	Explicação dos problemas selecionados (quarto passo)	24
6.3	Seleção dos nós críticos (quinto passo)	25
6.4	Desenho das operações (sexto passo)	25
7	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	29
	<b>REFERÊNCIAS</b>	30

# **1 INTRODUÇÃO**

## **1.1 Aspectos Gerais do Município de Três Marias – Minas Gerais**

Três Marias é uma cidade com 32.716 habitantes (estimativa do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE para o ano de 2020), localizada na região central do estado de Minas Gerais e distante 270 quilômetros da capital do Estado (IBGE, 2017). Possui uma área de 2.168 km<sup>2</sup>, uma densidade demográfica de 10,57 e um Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) de 0,752 considerado alto. Possui dois distritos chamados Barreiro Grande e Andrequicé (IBGE, 2010).

A cidade de Três Marias surgiu das construções das casas para abrigar os operários da construção da Barragem/Usina Hidrelétrica de Três Marias, além do comércio e de fazendeiros da região. Em geral, as residências foram construídas em lugares impróprios e sem alinhamento, o que levou a um crescimento desordenado. Com o crescimento vertiginoso, o povoado logo passou a distrito, pertencendo ao município de Corinto. Em 1962 desmembrou-se de Corinto e foi elevada a município e mudou o nome de Barreira Grande para Três Marias como a Usina. Todas as atividades da cidade, direta ou indiretamente, têm ligação com a usina hidrelétrica (trabalhadores e prestadores de serviço da Companhia Energética de Minas Gerais - CEMIG ou trabalhadores da Votoratim) (IBGE, 2010).

A cidade possui, como principal atividade cultural, as festas religiosas que exaltam o Rio São Francisco e o festival na comunidade rural de Andrequicé que abriga a casa que pertenceu ao personagem de Guimarães Rosa, Manuelzão (IBGE, 2010).

## **1.2 O Sistema Municipal de Saúde**

Na área da saúde, a cidade pertence à microrregião de Curvelo e da Macrorregião de Belo Horizonte, sendo os pacientes enviados para consultas e exames de média complexidade nessas duas cidades.

Na atenção primária, o município conta com cinco equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) na zona urbana e duas na zona rural cobrindo 83% da população. As ESF localizadas na zona urbana (Novo Horizonte e Ipiranga) possuem pediatra e cardiologista e funcionam, também, como núcleos de atenção secundária. A ESF do Centro engloba as especialidades de Ginecologia, Ortopedia e Cirurgia Geral e também funciona como núcleo de atenção secundária. Um problema grande enfrentado pelas Equipes de Saúde da Família (eSF) é justamente o fato de haver grandes áreas descobertas e o contínuo fluxo de pessoas

que vem à cidade a procura de trabalho, acarretando um aumento de áreas carentes numa cidade que já é carente de estrutura de saúde e cuidado.

O Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) fica alocado na própria sede da Secretaria de Saúde. Lá existem a farmácia pública (com Assistência Farmacêutica), bem como Fisioterapia, Nutrição e Assistência Social. O município, por ser integrado na rede de Curvelo e Sete Lagoas, tem transporte (ônibus e vans) diariamente para estas cidades.

O município conta com um hospital de pequeno porte que atende urgência e emergência e que funciona também como centro de imagem (realiza Rx e mamografias solicitadas nas ESF), contudo, carece de maiores insumos para um desempenho adequado de sua função. Por fim, o município utiliza o prontuário eletrônico do Sistema Único de Saúde (eSUS) nas suas unidades e prontuários físicos no hospital. Todos os usuários são cadastrados (Cartão SUS) nas unidades a que pertencem.

A referência aos serviços especializados se dá mediante encaminhamento via ESF, contudo, devido ao modelo de atenção predominante no município que é fragmentado, a contrarreferência fica prejudicada. Por conta da própria realidade socioeconômica e cultural da área a ESF é vista como um “setor” do hospital e tal visão é chancelada pela gestão que ainda tem o foco na doença e não no cuidado. Assim, a coordenação e a comunicação entre os diversos setores são completamente inexistentes. Os níveis secundários e terciários, ao não utilizarem o prontuário eletrônico e terem prontuário físico diverso, acabam por realizar ações e condutas que não são repassadas ao nível primário, cabendo à ESF descobrir as ações quando na consulta.

Conforme exposto, os principais problemas alistados ao Sistema Municipal de Saúde estão relacionados à própria visão da gestão que ainda é uma visão obsoleta do processo de saúde. Foca na doença e não na prevenção e no cuidado e tem uma estrutura fragmentada de saúde com enfoque no ambiente hospitalar. Ademais, por ser um município dependente de outros centros, o processo do cuidado fica prejudicado já que o paciente não tem acesso a exames de laboratório e de imagem com facilidade e nem consultas com especialistas atrapalhando em sobremaneira o cuidado.

### 1.3 Aspectos da Comunidade

#### 1.3.1 Aspectos Socioeconômicos

A área da ESF Progresso é imensa geograficamente sendo a maior área do município. Existe plano para que ela seja fracionada em duas ou mais ESF, devido ao seu tamanho e população que é de 6.092 usuários. É uma área que apresenta uma característica de pluralidade de pacientes já que engloba os dois bairros de maior renda *per capita* do município (CEMIG e Satélite) e os dois bairros mais carentes (Parque das Nações e Parque das Gemas). É uma comunidade marcada por grande número de gestantes e crianças (nas áreas carentes), além de pacientes acamados e com doenças crônicas.

A comunidade possui uma creche particular (não existem creches públicas na cidade) e duas escolas (uma escola para educação infantil e uma escola que engloba o ensino fundamental e médio). Por conta da carência de duas das regiões unidas, a Pastoral da Criança tem um escritório que funciona em uma das igrejas do bairro Parque das Gemas.

Toda a comunidade possui água tratada, contudo, nem toda a comunidade possui asfalto.

#### 1.3.2 Aspectos epidemiológicos

O perfil epidemiológico da população da área de abrangência da ESF assim como o número de usuários por condição de saúde estão descritos nos quadros 1 e 2 respectivamente.

QUADRO 1 – Número de usuários por faixa etária e sexo da área adstrita da Unidade Básica de Saúde Progresso, Três Marias, Minas Gerais.

FAIXA ETÁRIA/ANO	MASCULINO	FEMININO	TOTAL
< 1	43	54	97
1-4	98	79	177
5-14	274	326	600
15-19	532	340	872
20-29	389	534	923
30-39	432	578	578
40-49	367	510	877
50-59	335	364	699
60-69	231	421	652
70-79	64	89	153
≥ 80	8	24	32
<b>TOTAL</b>	<b>2773</b>	<b>3319</b>	<b>6092</b>

Fonte: Cadastro do município constando a população da área de abrangência, 2019.

QUADRO 2 – Número de indivíduos por condição de saúde na Unidade Básica de Saúde Progresso, Três Marias, Minas Gerais.

Condição de Saúde	Quantitativo (n°)
Gestantes	96
Hipertensos	784
Diabéticos	132
Pessoas com doenças respiratórias (asma, DPOC, enfisema, outras)	74
Pessoas que tiveram AVC	53
Pessoas que tiveram infarto	7
Pessoas com doença cardíaca	89
Pessoas com doença renal (insuficiência renal, outros)	6
Pessoas com hanseníase	2
Pessoas com tuberculose	1
Pessoas com câncer	14
Pessoas com sofrimento mental	89
Acamados	6
Fumantes	458
Pessoas que fazem uso de álcool	1230
Usuários de drogas	34

Fonte: Cadastro do município constando a população da área de abrangência, 2019.

Os dados do Quadro 1 mostram maior contingente populacional na faixa etária de pessoas com idade entre 20 a 29 anos, seguida da faixa etária de 40 a 49 anos. Destaca-se, ainda, a população idosa e com mais de 70 anos de idade (153 pessoas) e com mais de 80 anos, com 32 pessoas.

No que diz respeito aos dados epidemiológicos, o quantitativo de pessoas com hipertensão é alto, díspar das outras doenças, bem como sobressaem os dados relativos à alta incidência de pessoas que fazem uso de álcool.

### **1.3.3 As principais causas de óbitos, internação e doenças de notificação da área de abrangência da ESF Progresso.**

A principal causa de óbito da população da comunidade está relacionada aos problemas/complicações de eventos tromboembólicos seguido de mortes violentas (assassinatos, acidentes e uso de entorpecentes). As principais causas de internação ocorrem por problemas mentais e recrudescimento de doenças crônicas (diabetes e hipertensão). As principais notificações feitas na nossa área são relacionadas a acidentes de trabalho, tentativas de suicídio e violência doméstica.

#### **1.3.4 Os principais problemas relacionados à situação de saúde da população adscrita à área de abrangência da ESF Progresso.**

Por conter duas áreas carentes, a comunidade sofre com a violência e o uso de drogas. Assassinatos e outros problemas relacionados à briga de gangues acabam por amedrontar a comunidade como um todo. Ademais, esse tipo de problema, em geral, atrai o jovem para o mundo do crime levando muitos a terem uma vida desregrada, gerando problemas familiares (muitas mães com quadro depressivo em uso de medicação). É comum também a gestação na adolescência contribuindo para um número alto de crianças pequenas, com menos de três anos.

#### **1.4 A Unidade Básica de Saúde Progresso**

A Unidade Básica de Saúde (UBS) Progresso (equipe única) foi inaugurada há cerca de três anos e está situada na rua Marmelada, continuação da rua principal do bairro. No entanto, está afastada das áreas mais movimentadas ao ponto de ter um sítio com criação de gado. É um prédio amplo, construído para abrigar duas equipes completas de saúde, mais o laboratório da cidade, contudo, devido a problemas de alocação, somente uma equipe trabalha no local, ficando várias salas vazias.

É um prédio novo, mas apresenta problemas estruturais, sobretudo seu teto, que caiu e foi trocado por telhas de vidro que, em dias de calor, gera um efeito estufa, causando desconforto para funcionários e pacientes. A área destinada à recepção é pequena e dividida com a recepção do laboratório. Com isso, em horários de pico de atendimento (manhã), cria-se certo tumulto na Unidade já que duas funcionárias ficam chamando pacientes ao mesmo tempo, uma para fazer a triagem para atendimento médico e outra para preenchimento de ficha e encaminhamento do paciente para a sala de coleta de sangue.

Essa confusão aliada ao calor gera grande questionamento dos pacientes que desejam um espaço mais ameno e separação de locais de atendimento. O local de espera possui cadeiras, mas devido ao grande número de pessoas para serem atendidas pelo médico e realizarem exames, não raro, pacientes são vistos sentados no chão ou apoiando na parede (que fica com marcas de calçado). Devido ao grande número de salas ociosas, as reuniões ocorrem no local que serviria para abrigar o serviço de odontologia, que é uma sala ampla e arejada.

No entanto, ainda não existem grupos operativos em funcionamento, com promessa de serem iniciados no final do ano. A equipe também presta atendimento de um turno em uma sala improvisada na escola municipal localizada a quatro quilômetros de distância da ESF. Esse atendimento visa dar suporte à população de um bairro carente chamado de Parque das Nações e iniciou após acordo dos líderes comunitários com a prefeitura. Essa decisão gerou críticas de moradores de outros bairros que querem o mesmo tipo de tratamento.

Por fim, a ESF não tem qualquer tipo de medicamento ou material para curativos e nebulização e no aparecimento de algum paciente em necessidade de alguma medida que necessite medicação, o mesmo deve ser obrigatoriamente encaminhado ao hospital. Essa ausência completa de insumos impede que a unidade possa atender uma eventual urgência médica.

Conforme afirmado anteriormente, os problemas da unidade são relacionados com a divisão geopolítica da unidade que é responsável por uma área geográfica muito grande o que atrapalha, sobremaneira, o atendimento da população já que é difícil para muitos pacientes se locomoverem até a unidade. Ademais, a estrutura da unidade com o laboratório municipal, também localizado no mesmo prédio, atrapalha em sobremaneira o trabalho da equipe.

### **1.5 Equipe de Saúde da Família da ESF Progresso**

A ESF possui cinco agentes comunitários de saúde (ACS), uma técnica de enfermagem, uma enfermeira e um médico que tentam dar atendimento a uma população de aproximadamente 6.000 pessoas. Contudo, parte do serviço é prejudicada devido à própria extensão da comunidade o que enfraquece o acolhimento já que a distância de alguma das áreas cobertas pela ESF (Parque das Gemas, por exemplo) ultrapassa os seis quilômetros do posto. A área de cobertura da UBS Progresso é subdividida em cinco microáreas não homogêneas.

### **1.6 O Funcionamento da Unidade de Saúde Progresso**

A UBS funciona das 7:00 às 17:00 horas, de segunda às sexta-feira, inclusive em horário de almoço. Para garantir esse funcionamento ininterrupto os agentes comunitários se revezam durante a semana, de acordo com uma escala, em atividades relacionadas à assistência, como recepção e arquivo.

A técnica de enfermagem faz aferição de pressão e glicemia durante todo o expediente e é responsável também pela triagem. A enfermeira fica responsável pelos atendimentos ginecológicos e organização burocrática e de gestão.

### **1.7 O dia a dia da Equipe Progresso**

A ESF possui atendimento exclusivo por demanda espontânea sendo ausente qualquer tipo de grupo operativo. As receitas são renovadas todas as terças e quintas (o paciente deixa a receita antiga e a mesma é transcrita e entregue posteriormente ao mesmo).

Não há programa de pré-natal e puericultura e as gestantes e as crianças entram na quota de fichas diárias (como demanda espontânea). As visitas domiciliares ocorrem uma vez por mês mediante agendamento das ACS e enfermeira.

Devido à prioridade ser o atendimento de demanda espontânea, inexistente planejamento e desta forma o trabalho da equipe acaba se tornando inócuo tendo em vista que o atendimento de pacientes mais vulneráveis esbarra na ingerência municipal em priorizar números de atendimento em detrimento a qualidade do trabalho de assistência e prevenção.

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

Após reunião com a equipe e leitura dos textos de apoio, os problemas de saúde levantados na área adstrita foram: número grande de usuários com obesidade, hipertensão, diabetes, além de dependência de benzodiazepínicos. Após exaustivo debate, o grande número de hipertensos não controlados foi considerado o problema prioritário devido não só ao contingente de hipertensos na unidade, mas também pela capacidade de enfrentamento do problema na própria unidade.

Segundo dados epidemiológicos da própria unidade, a hipertensão é a doença crônica de maior prevalência, acometendo 784 pessoas, o que corresponde a 20% da população acima de 20 anos. Contudo, apenas 306 (39%) são acompanhadas regularmente pela eSF. Tal fato justifica o relevante número de pacientes com complicações decorrentes da hipertensão

arterial como insuficiência renal crônica, acidente vascular encefálico e infarto agudo do miocárdio.

Além destes, outros problemas identificados foram a falta frequente de medicamentos na farmácia popular, áreas muito grandes e descobertas pela Equipe Saúde da Família (eSF) e número reduzido de médicos especialistas.

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

QUADRO 3 - Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adstrita à equipe de Saúde, Unidade Básica de Saúde Progresso, Município de Três Marias - MG.

Principais Problemas	Importância*	Urgência**	Capacidade de Enfrentamento***	Seleção****
Altas taxas de Obesidade	Alta	5	Total	2
Altas taxas de Hipertensão	Alta	6	Total	1
Dependência de Benzodiazepínicos	Alta	3	Parcial	5
Altas taxas de Diabetes	Alta	5	Total	3
Falta de medicamentos na farmácia popular	Alta	4	Fora	4
Número reduzido de médicos especialistas no município.	Média	4	Fora	7
Áreas muito grandes descobertas pela Equipe Saúde da Família	Alta	3	Fora	6

FONTE: Elaborado pelo autor através de dados compilados em reunião com a Equipe da ESF Progresso, 2019.

\*Alta, média ou baixa

\*\* Distribuir 30 pontos entre os problemas identificados

\*\*\*Total, parcial ou fora

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

## 2 JUSTIFICATIVA

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) compõe o grupo das chamadas doenças crônicas não transmissíveis. Possui uma alta taxa de morbimortalidade sendo um dos mais importantes fatores de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais. As doenças cardiovasculares são consideradas, atualmente, as principais causas de morte no Brasil e a primeira causa de hospitalizações no SUS (SCHMIDT *et al.*, 2011). Além disso, as doenças cardiovasculares e o acidente vascular cerebral são responsáveis por cerca de 30% da mortalidade na população brasileira e por cerca de 40% dos casos de aposentadoria precoce e de absenteísmo no trabalho (MALACHIAS *et al.*, 2016).

O fato de ser muitas vezes assintomática pode retardar o diagnóstico e favorecer o aparecimento de complicações (MALACHIAS *et al.*, 2016). Além disso, o fato de ser uma doença silenciosa com um tratamento que envolve um número maior de medicamentos contribui para a não adesão ao tratamento.

Sabe-se que a HAS é uma doença com alta prevalência e baixas taxas de controle (BRASIL, 2013). Dados da UBS de 2020 mostram que a hipertensão é a doença crônica de maior prevalência na unidade, acometendo 784 pessoas, o que corresponde a aproximadamente 20% da população maior de 20 anos. Estes dados estão de acordo com as prevalências do país que, em adultos, varia entre 22% e 44%, aumenta com a idade e pode chegar a 75% nos idosos com mais de 70 anos (BRASIL, 2019). O grave problema dos hipertensos da área de abrangência da UBS Progresso é o fato de apenas 306 (39%) serem acompanhados regularmente pela unidade.

O controle da HAS é uma das áreas estratégicas da atenção básica que tem como objetivo fortalecer e qualificar a atenção ao hipertenso por meio da integralidade e da longitudinalidade do cuidado, em todos os pontos de atenção (BRASIL, 2013). Para que se atinja este objetivo é necessário que a eSF Progresso estabeleça uma série de ações para estimular adesão ao tratamento e mudanças no estilo de vida. Com isto, espera-se reduzir os fatores de risco cardiovasculares, com um diagnóstico precoce e uma assistência adequada, feito principalmente na atenção básica, tendo em vista a proximidade dos profissionais de saúde com os usuários e seus familiares.

### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 Objetivo geral**

Apresentar um projeto de intervenção visando ao controle da hipertensão arterial sistêmica na comunidade atendida pela Estratégia Saúde da Família do Bairro Progresso, em Três Marias, Minas Gerais.

#### **3.2 Objetivos específicos**

1. Propor processo de educação permanente para a equipe, visando conhecimento mais abrangente (atualização conceitual e de processo de trabalho) em prevenção e tratamento de hipertensão arterial sistêmica e suas complicações.
2. Propor palestras e outras atividades educativas visando o esclarecimento da comunidade para a necessidade de acompanhamento clínico e orientação quanto ao erro de considerar ausência de sintomas como noção de doença controlada.
3. Propor processo de conscientização através de ações educativas com vistas a orientar a comunidade para a necessidade de aderir aos tratamentos farmacológico e não farmacológico com o intuito de tratar a doença.

#### 4 METODOLOGIA

O presente trabalho foi desenvolvido utilizando o Planejamento Estratégico Situacional (PES) para estimativa rápida dos problemas observados e definição do problema prioritário, bem como identificação dos nós críticos e das ações a serem desempenhadas na solução do problema delineado (FARIA; CAMPOS; SANTOS, 2018). Assim, após aplicação da ferramenta descrita pelos autores, pode-se determinar que a área territorial circunscrita de atuação deste profissional necessitava de uma abordagem mais incisiva no cuidado ao usuário com “hipertensão arterial”, tendo em vista o elevado número de indivíduos com controle inadequado

Foi feita revisão da literatura sobre o problema prioritário utilizando os descritores: Hipertensão, Fatores de Risco, Estratégia Saúde da Família, Educação em Saúde. Foram feitas consultas à Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), ao Sistema Online de Busca e Análise de Literatura Médica (MEDLINE), *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), além de sites do Ministério da Saúde e do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Para redação do texto deste trabalho, todo ele foi baseado nas normas da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT).

Finalmente foram identificados os nós críticos que dificultam o controle adequado dos hipertensos. O plano de ação foi elaborado de acordo com o PES. Para cada nó crítico foram elaborados o desenho das operações, resultados e produtos esperados, recursos necessários, viabilidade, elaboração e gestão do plano.

## 5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

### 5.1. Definição e classificação da Hipertensão Arterial Sistêmica

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma doença crônica multifatorial, caracterizada por elevação e sustentação da pressão sanguínea nas artérias (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010; GOLDMAN; AUSIELLO, 2018). A pressão alta induz o coração a realizar um esforço além do habitual para distribuir o sangue pelo corpo. É considerada um dos fatores de risco mais importantes para a ocorrência de acidente vascular encefálico, infarto agudo do miocárdio, aneurisma arterial, insuficiência cardíaca e renal (BRASIL, 2019).

A American Heart Association (AHA) modificou, em 2017, os critérios diagnósticos de hipertensão, passando a considerar hipertensão qualquer pressão sistólica maior ou igual a 130mmHg e pressão diastólica maior ou igual a 80mmHg. De acordo com a nova diretriz, mais pessoas serão diagnosticadas com hipertensão, quase metade dos americanos adultos (46%). Apesar do aumento das taxas diagnósticas, a maioria poderá ser tratada com mudanças no estilo de vida e apenas uma pequena porcentagem dos pacientes necessitará fazer uso de anti-hipertensivos (WHELTON *et al.*, 2017).

A HAS pode ser classificada como primária ou secundária, sendo que aproximadamente 95% dos casos são primários, tendo origem em fatores não específicos genéticos e de estilo de vida (GOLDMAN; AUSIELLO, 2018). Entre os fatores relacionados com o estilo de vida que aumentam o risco de hipertensão estão o excesso de sal na dieta, excesso de peso, tabagismo e consumo de álcool. As secundárias são assim denominadas devido a terem gênese em causas identificáveis, como doença renal crônica, estenose da artéria renal, doenças endócrinas e outros (GOLDMAN; AUSIELLO, 2018). A hipertensão também está presente em 80% dos pacientes com fibrilação atrial, sendo a principal comorbidade além do fator idade e 80% dos adultos com diabetes têm hipertensão (WHELTON *et al.*, 2017).

O problema possui herança genética em 90% dos casos, a chamada hipertensão primária. Entretanto, há vários fatores que influenciam nos níveis pressóricos, como os hábitos de vida do indivíduo (BRASIL, 2019). Os casos restantes, considerados secundários, recebem essa denominação por terem gênese em causas identificáveis, como insuficiência

renal crônica, estenose da artéria renal, doenças endócrinas e outros (GOLDMAN; AUSIELLO, 2018).

## **5.2. A epidemiologia da Hipertensão Arterial Sistêmica**

No Brasil, a prevalência de HAS em adultos varia entre 22% e 44% e aumenta com a idade, podendo chegar a até 75% nos idosos com mais de 70 anos (BRASIL, 2013). No Reino Unido, mais de um quarto dos adultos têm hipertensão. A prevalência está aumentando à medida que a população envelhece e essa mesma pesquisa demonstrou uma prevalência de 30% em homens e 26% em mulheres (NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CLINICAL EXCELLENCE – NICE, 2019).

No Reino Unido, país com um dos estudos epidemiológicos mais robustos sobre hipertensão, a hipertensão arterial sistêmica é o terceiro maior fator de risco para morte prematura e invalidez, depois do fumo e da dieta. Em 2010, 1,4 bilhão de pessoas em todo o mundo tinham hipertensão, o que contribuiu para 18 milhões de mortes cardiovasculares anualmente (NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CLINICAL EXCELLENCE – NICE, 2019).

Nos USA, 45% o que significa 108 milhões de pessoas tem hipertensão, mas somente um em cada quatro (24%) indivíduos com hipertensão tem a doença controlada. Ainda, a HAS é causa principal de morte de aproximadamente 500 mil pessoas nos USA em 2018 (CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION – CDC, 2020).

## **5.3. Tratamento da Hipertensão Arterial Sistêmica**

A assistência a pessoa com HAS é um desafio para os profissionais da ESF, tendo em vista os vários fatores que afetam o seu controle. No que se refere ao tratamento medicamentoso, é geralmente iniciado com um ou dois anti-hipertensivos e, com o decorrer do tempo, é normal a associação de outros medicamentos. Ressalta-se que no Brasil, o acesso aos medicamentos para tratamento da hipertensão pode ser considerado adequado, sendo que grande parte desses medicamentos é obtida gratuitamente (MENGUE *et al.*, 2016; GEWEHR *et al.*, 2018)

Dados da Pesquisa Nacional Sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos, realizado entre setembro de 2013 e fevereiro de 2014 em domicílios urbanos

nas cinco regiões do Brasil mostraram que os cinco fármacos mais utilizados pelos entrevistados foram, em ordem decrescente, hidroclorotiazida, losartana, captopril, enalapril e atenolol. Mostraram, ainda, que aproximadamente 36% dos indivíduos usavam dois fármacos e 13,5% utilizavam três ou mais fármacos (MENGUE *et al.*, 2016).

Dentre os fatores que mais contribuem para a não adesão ao tratamento, Gewehr *et al.* (2018) citam a baixa renda, o uso de dois ou mais anti-hipertensivos e a dificuldade para ler a embalagem dos medicamentos. A diretriz americana também expõe outro dado estatístico de que apenas 20% dos pacientes aderem ao tratamento e mais de 25% não obedecem a prescrição inicial. Se não tratada, uma pressão sistólica maior que 180 mmHg ou uma pressão diastólica maior que 120mmHg podem levar a uma chance de morte de aproximadamente 80% em um ano, com sobrevivência, em média, de 10 meses (WHELTON *et al.*, 2017).

## 6 PLANO DE INTERVENÇÃO

Essa proposta refere-se ao problema priorizado “alta taxa de hipertensos sem controle adequado”, para o qual se registra uma descrição do problema selecionado (terceiro passo), a explicação (quarto passo) e a seleção de seus nós críticos (quinto passo).

Os quadros seguintes mostram o desenho das operações – para cada causa selecionada como “nós crítico”, a(s) operação(ões), projeto, os resultados esperados, os produtos esperados, os recursos necessários para a concretização das operações (estruturais, cognitivos, financeiros e políticos). Foi utilizada a metodologia do Planejamento Estratégico Simplificado (FARIA; CAMPOS; SANTOS, 2018).

### 6.1 Descrição do problema selecionado (terceiro passo)

QUADRO 4 – Número de usuários por grupos de hipertensos na região da ESF Progresso, município de Três Marias, Minas Gerais, 2019.

Descrição dos grupos	Número de usuários	Fontes
Hipertensos esperados	458	Estudos epidemiológicos
Hipertensos cadastrados	783	e-SUS
Hipertensos confirmados	783	Registro da equipe
Hipertensos acompanhados conforme protocolo	306	Registro da equipe
Hipertensos controlados	237	Registro da equipe

FONTE: Elaborado pelo autor através de dados compilados em reunião com a Equipe da ESF Progresso, 2019

### 6.2 Explicação do problema selecionado (quarto passo)

A HAS é de natureza crônica e silenciosa e, por isso, os indivíduos, em geral têm dificuldade em identificá-la o que pode acarretar complicações. Em longo prazo é um dos principais fatores de risco para uma série de doenças graves como eventos tromboembólicos, insuficiência cardíaca, doença arterial periférica, incapacidade visual, doença renal crônica e demência.

### **6.3 Seleção dos nós críticos (quinto passo)**

- Baixa adesão terapêutica aos medicamentos prescritos. Somado a isso, há também falta de medicamentos anti-hipertensivos básicos e muitos pacientes não possuem condições financeiras para comprar a medicação, o que acaba resultando em descontrole dos níveis pressóricos.
- Hábitos de vida inadequados. População carente (baixas condições financeiras) o que dificulta aquisição de alimentos que compõem uma dieta saudável. Alto consumo de alimentos ricos em gordura e carboidratos e pobre em frutas e verduras. Ademais, por conta dos problemas alimentares citados acima, a maioria dos pacientes hipertensos, também são dislipidêmicos e estão acima do peso. Esses pacientes sobrepesos/obesos ampliam o número de consultas com problemas ortopédicos, já que, não raro, esses usuários apresentam dores nos joelhos, articulações coxofemorais e região lombar ao realizarem caminhada. O acompanhamento nutricional é coletivo, e ocorre apenas mensalmente durante as reuniões do “Hiperdia” e não há acompanhamento nutricional individual disponível pela Secretaria Municipal da Saúde.
- Dificuldade da equipe em realizar grupos operativos e fornecer orientações aos usuários (necessidade de estimular os hipertensos a buscar a UBS). Pouca adesão aos grupos de hipertensos (apesar que o hiperdia foi instituído há pouco mais de 2 meses).

### **6.4 Desenho das operações sobre nó crítico – operações, projeto, resultados e produtos esperados, recursos necessários e críticos (sexto passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo)**

Os passos sexto a décimo são apresentados nos quadros seguintes, separadamente para cada nó crítico.

QUADRO 5 - Desenho das operações (6º passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo) sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema “Alta taxa de hipertensos sem controle adequado”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Progresso, município de Três Marias, estado de Minas Gerais

<b>Nó crítico 1</b>	<b>Baixa adesão terapêutica aos medicamentos prescritos</b>
<b>6º passo: operação</b> (operações)	Modificar percepção sobre a importância do uso correto dos medicamentos prescritos
<b>6º passo: projeto</b>	Adesão ao tratamento
<b>6º passo: resultados esperados</b>	Aumento da adesão ao tratamento / Aumento do percentual de pacientes hipertensos controlados.
<b>6º passo: produtos esperados</b>	Campanha educativa através de recursos visuais, reuniões em grupo e consultas individuais
<b>6º passo: recursos necessários</b>	Cognitivo: Profissional com conhecimento sobre o tema e estratégias de comunicação Político: conseguir permissão para usar espaços públicos Financeiro: recursos para aquisição de materiais visuais, folhetos educativos etc.
<b>7º passo: Viabilidade do plano: controle dos recursos críticos (atores /motivação)</b>	Cognitivo: Elaboração de conteúdo sobre o tema e estratégias de comunicação Político: conseguir permissão para usar espaços públicos Financeiro: recursos junto a secretaria de saúde para aquisição de recursos visuais, folhetos educativos etc.
<b>8º passo: controle dos recursos críticos - ações estratégicas</b>	Reuniões intersetoriais (dirigentes, equipe de saúde, prefeito, secretário de saúde, gerentes de estabelecimentos comerciais, associação comunitária).
<b>9º passo; acompanhamento do plano - responsável e prazos</b>	Médico e enfermeira. Três meses para o início das atividades
<b>10º passo: gestão do plano: monitoramento e avaliação das ações</b>	Campanha educativa local: aos três meses: formato dos panfletos e cartazes definidos. Monitorar pacientes hipertensos através do controle da pressão arterial e participação nos grupos

FONTE: Elaborado pelo autor através de dados compilados em reunião com a Equipe da ESF Progresso, 2019

QUADRO 6 - Operações sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema “Alta taxa de hipertensos sem controle adequado”, no território sob responsabilidade da ESF Progresso, município de Três Marias, estado de Minas Gerais

<b>Nó crítico 2</b>	<b>Hábitos de vida inadequados</b>
<b>6º passo: operação</b> (operações)	Modificar percepção sobre a doença e sobre os riscos da doença e a importância de evitar o tabagismo, sedentarismo, sobrepeso/obesidade, ingestão alta de sal e álcool.
<b>6º passo: projeto</b>	Vida saudável
<b>6º passo: resultados esperados</b>	Manter hábitos saudáveis/Melhoria do controle da doença / Aumento do percentual de pacientes hipertensos controlados.
<b>6º passo: produtos esperados</b>	Campanha educativa e orientações junto aos usuários e comunidade local sobre a importância de manter hábitos de vida saudáveis e agendar consulta de rotina.  Ampliar o número de encontros de acompanhamento nutricional.
<b>6º passo: recursos necessários</b>	Cognitivo: Profissional com conhecimento sobre o tema e estratégias de comunicação. Incentivar hábitos saudáveis  Político: parceria com profissionais de outras áreas (educador físico, nutricionista, etc)  Financeiro: recursos para aquisição de materiais visuais, folhetos educativos etc.
<b>7º passo: Viabilidade do plano: controle dos recursos críticos (atores /motivação)</b>	Gestor da UBS (favorável). Secretaria Municipal de Saúde (Favorável).
<b>8º passo: controle dos recursos críticos - ações estratégicas</b>	Reuniões intersetoriais (dirigentes, equipe de saúde, prefeito, secretário de saúde, associação comunitária).
<b>9º passo; acompanhamento do plano - responsável e prazos</b>	Médico e enfermeira e outros profissionais da saúde
<b>10º passo: gestão do plano: monitoramento e avaliação das ações</b>	Três meses para o início das atividades  Busca ativa de pacientes que não comparecerem às reuniões de orientação por mais de uma vez seguida.

FONTE: Elaborado pelo autor através de dados compilados em reunião com a Equipe da ESF Progresso, 2019

QUADRO 7 - Operações sobre o “nó crítico 3” relacionado ao problema “Alta taxa de hipertensos sem controle adequado”, no território sob responsabilidade da ESF Progresso, município de Três Marias, estado de Minas Gerais.

<b>Nó crítico 3</b>	Dificuldade da equipe em realizar grupos operativos e fornecer orientações aos usuários (necessidade de estimular os hipertensos a buscar a UBS)
<b>6º passo: operação</b> (operações)	Ampliar o conhecimento da equipe sobre estratégias para estimular a população a manter controle de rotina da saúde (buscar os hipertensos que não frequentam a UBS)
<b>6º passo: projeto</b>	Busca ativa dos usuários hipertensos
<b>6º passo: resultados esperados</b>	Todos os pacientes hipertensos em controle regular na UBS/ População mais informada sobre riscos cardiovasculares. Equipe com maior nível de conhecimento sobre estratégias de adesão
<b>6º passo: produtos esperados</b>	Reuniões quinzenais com equipe para manter busca ativa e consultas regulares dos hipertensos. Capacitação especial dos ACS e de cuidadores. Nível de informação da população estabelecido e estratégias definidas.
<b>6º passo: recursos necessários</b>	Cognitivos – profissionais com conhecimento sobre estratégias de estímulo a adesão ao tratamento. Organizacionais - organização da agenda. Políticos - articulação intersetorial e mobilização social.
<b>7º passo: Viabilidade do plano: controle dos recursos críticos (atores /motivação)</b>	Políticos: articulação intersetorial. Gestor da UBS (favorável). Secretaria Municipal de Saúde (Favorável). Comunidade (favorável)
<b>8º passo: controle dos recursos críticos - ações estratégicas</b>	Reuniões intersetoriais (dirigentes, equipe de saúde, diretora da escola, associação comunitária).
<b>9º passo; acompanhamento do plano - responsável e prazos</b>	Médico, enfermeira e equipe de saúde, principalmente ACS
<b>10º passo: gestão do plano: monitoramento e avaliação das ações</b>	Início em três meses e término em 12 meses.
<b>6º passo: operação</b> (operações)	Nível de informação da população sobre importância das consultas, adesão ao tratamento e riscos de complicações: Famílias-alvo do projeto identificadas (aos nove meses). Campanha educativa local: aos três meses: formato dos panfletos e cartazes definidos. Rede formalizada; Capacitação dos ACS e de cuidadores sobre hipertensão: seis meses: programa de capacitação elaborado, ACS capacitados; Cuidadores identificados

FONTE: Elaborado pelo autor através de dados compilados em reunião com a Equipe da ESF Progresso, 2019

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A hipertensão arterial é uma importante doença com sérias repercussões para o indivíduo acometido e para toda a rede de saúde. A não adesão farmacológica e não farmacológica, o tratamento errôneo, além de causar sérios danos ao paciente, como apresentado no corpo deste trabalho, gera uma necessidade de alocação de vultuosos recursos ao sistema de saúde. Esses necessários a tratar os diversos problemas causados pelo aumento pressórico e destruição/acometimento de órgãos alvo.

Assim, é salutar que a atenção primária, através de todos os seus profissionais, busque se pautar na educação contínua propagando uma estratégia de prevenção e controle da hipertensão. Desta forma, somente com estratégias educativas bem definidas, notadamente abordagens que ajudem os pacientes a conscientizar que a hipertensão deve ser corretamente prevenida e controlada, é que se pode chegar a uma melhoria da saúde de toda a comunidade com conseqüente redução de complicações clínicas.

Desta forma, o desenvolvimento de um projeto de intervenção com atividades de educação em saúde oferecida à população da Unidade Básica de Saúde Progresso pode contribuir para ampliar o conhecimento dos usuários sobre a hipertensão arterial e sobre como uma “doença comum e silenciosa” pode gerar tantos e importantes problemas para os mesmos. Assim, este autor pretende, juntamente com a equipe, abordar e trabalhar com a comunidade a necessidade de adesão correta aos fármacos prescritos, mudança de hábitos e, sobretudo, identificação de que algo necessitava ser feito para que essa mesma população possa ter melhora de sua saúde.

Por fim, frisa-se que a educação contínua é pilar do processo de saúde e que os profissionais da saúde precisam ser constantemente capacitados, a fim de desenvolverem suas atividades de maneira eficaz visando a melhoria de todos os agravos que possam acometer a população em que estão inseridos.

## REFERÊNCIAS

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**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 128 p.: il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 37). Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias\\_cuidado\\_pessoa\\_doenca\\_cronica.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_pessoa_doenca_cronica.pdf). Acesso em: 6 out. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. **Vigitel Brasil 2019: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico : estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2019**. Brasília: Ministério da Saúde, 2020. Disponível em: <https://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2020/Abril/27/vigitel-brasil-2019-vigilancia-fatores-risco.pdf>. Acesso em 28 ago 2020.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION – CDC. Facts about hypertension. Atlanta, GA: Centers for Disease Control and Prevention; 2020. Disponível em: <https://www.cdc.gov/bloodpressure/facts.htm>. Acesso em: 4 ago 2020.

FARIA H. P.; CAMPOS, F. C. C. SANTOS, M. A. **Planejamento, avaliação e programação das ações em saúde**. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2018. [https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/PLANEJAMENTO\\_AVALIACAO\\_PROGRAMACAO\\_Versao\\_Final.pdf](https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/PLANEJAMENTO_AVALIACAO_PROGRAMACAO_Versao_Final.pdf). Acesso em: 6 out. 2019.

GEWEHR *et al.* Adesão ao tratamento farmacológico da hipertensão arterial na Atenção Primária à Saúde. **Saúde Debate**, v. 42, n. 116, p. 179-190, 2018.

GOLDMAN, L.; AUSIELLO, D.A. **Cecil Medicina - Tratado de Medicina Interna**. 23 ed. Rio de Janeiro: Elsevier Saunders, 2018.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. IBGE. **Censo demográfico de 2017**. Dados referentes ao Município de Três Corações. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/tres-coracoes/pesquisa/23/25124>. Acesso em: 6 out 2019.

MENGUE, S.S. *et al.* Acesso e uso de medicamentos para hipertensão arterial no Brasil. **Rev. Saúde Pública**, v. 50, supl 2, p. 8s, 2016.

NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CLINICAL EXCELLENCE – NICE. Hypertension in adults: diagnosis and management. National Institute for Health and Clinical Excellence. Londres. 2019. Disponível em: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng136/resources/hypertension-in-adults-diagnosis-and-management-pdf-66141722710213>. Acesso em: 13 nov. 2019.

MALACHIAS, M. V. B. *et al.* 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial. **Arq Bras Cardiol.**, v. 107, n. (3 Supl. 3), p. 1-83, 2016.

SCHMIDT, M.I. *et al.* Chronic non-communicable diseases in Brazil: burden and current challenges. **The Lancet**, v. 377, n. 9781, p. 1949-61, 2011.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Arq Bras Cardiol**, v. 95, n. 1, p. 1-51, Suplemento 1, 2010

WHELTON, P K., *et al.* 2017 Guideline for the Prevention, Detection, Evaluation, and Management of High Blood Pressure in Adults. **Journal of the American College of Cardiology**. Disponível em: <https://www.ahajournals.org/doi/10.1161/HYP.0000000000000065>. Acesso em 12 nov 2020.