

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

**YAINERY CASTRO ALMEIDA**

**INTERVENÇÃO EDUCATIVA COM PACIENTES PORTADORES DE  
HIPERTENSÃO ARTERIAL NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA  
FAMÍLIA ERMIDA 1, DIVINOPOLIS- MINAS GERAIS**

**BOM DESPACHO - MINAS GERAIS**

**2018**

**YAINERY CASTRO ALMEIDA**

**INTERVENÇÃO EDUCATIVA COM PACIENTES PORTADORES DE  
HIPERTENSÃO ARTERIAL NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA  
FAMÍLIA ERMIDA 1, DIVINOPOLIS- MINAS GERAIS**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao curso de Especialização em Gestão do Cuidado em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção de certificado de Especialista.

Orientadora: Profa. Dra. Matilde Meire Miranda Cadete

**BOM DESPACHO - MINAS GERAIS**

**2018**

**YAINERY CASTRO ALMEIDA**

**INTERVENÇÃO EDUCATIVA COM PACIENTES PORTADORES DE  
HIPERTENSÃO ARTERIAL NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA  
FAMÍLIA ERMIDA 1, DIVINOPOLIS- MINAS GERAIS**

Banca Examinadora

Profa. Dra. Matilde Meire Miranda Cadete- orientadora-UFMG

Profa. Dra. Maria Rizioneide Negreiros de Araújo - UFMG

Aprovada em Belo Horizonte, .2018

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço a minha família e amigos pela compreensão e ajuda para o desenvolvimento deste trabalho.

Ao coletivo de professores que, durante este curso, manteve disposição e todos os ensinamentos e contribuições oferecidas para conclusão do Curso de Especialização.

Também a minha equipe de saúde pelo apoio e informação para elaboração do projeto.

## RESUMO

A Hipertensão arterial é uma doença crônica frequente em nível mundial e em nossa área de abrangência, causando grande impacto econômico para os sistemas de saúde e para a sociedade, devido ao não tratamento correto e às complicações ocasionadas pela hipertensão, como a doença cardiovascular, insuficiência renal crônica e acidentes cerebrovasculares. Tudo pode ser evitado ou minimizado com diagnóstico precoce, tratamento oportuno e adequado e educação para o autocuidado. Pelo exposto, este trabalho objetivou elaborar uma proposta de intervenção educativa para que pacientes com hipertensão arterial da Estratégia Saúde da Família Ermida 1, Divinópolis-Minas Gerais tenham melhor qualidade de vida. A elaboração desta proposta se baseou no diagnóstico situacional e no Planejamento Estratégico Situacional, além de pesquisa bibliográfica realizada na Biblioteca Virtual em Saúde, nas bases de dados da SciELO, LILACS e MEDLINE, com os descritores: hipertensão, autocuidado e educação em saúde. Com esta intervenção espera-se reduzir os níveis pressóricos dos pacientes hipertensos, diminuir as possíveis complicações da doença, assim como diminuir o número de casos que podem aparecer, e melhorar a qualidade vida dos usuários da nossa área de abrangência.

**Palavras chave:** Educação em Saúde. Autocuidado. Hipertensão

## ABSTRACT

The Systemic Arterial Hypertension is the most frequent chronic disease at the global level and in this area of study, causing great economic impact for the health systems for society, due to the treatment and complications caused by hypertension, as well as cardiovascular disease, renal insufficiency and cerebrovascular accidents. It can be avoided or minimized with early diagnoses, timely and adequate treatment and education for self-care. For this reasons, this work has the objective of elaborate a proposal of educational intervention so that patients with arterial hypertension of Family Health Strategy Ermida 1, Divinópolis-Minas Gerais have best quality of life. The elaboration of this proposal was based on situational diagnosis and Situational Strategic Planning, in addition to a bibliographic research carried out in the Virtual Health Library, in the databases of SciELO, LILACS and MEDLINE, with the descriptors: hypertension, self-care and Education in ~~Chers~~. With this intervention we hope to reduce the pressure levels of hypertensive patients, reduce the possible complications of the disease, as well as reduce the number of cases that may appear, and improve the quality of life of users in our area of coverage.

Keywords: Health Education, Self-care, Hypertension.

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b>	_____	<i>Erro! Indicador não definido.</i>
<b>1.1 Breves informações sobre o município</b>	_____	<i>Erro! Indicador não definido.</i>
<b>1.2 Sistema Municipal de saúde</b>	_____	<i>Erro! Indicador não definido.</i>
<b>1.3 A Comunidade de Santo Antônio dos Campos</b>	_____	<i>Erro! Indicador não definido.</i>
<b>1.4 Unidade de Saúde da Família</b>	_____	<i>Erro! Indicador não definido.</i>
<b>1.5 O dia a dia da Equipe de Saúde da Família</b>	____	<i>Erro! Indicador não definido.</i>
<b>1.6 Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade (primeiro passo)</b>	_____	<i>Erro! Indicador não definido.</i>
<b>1.7 Priorização dos problemas – a seleção do problema para plano de intervenção (segundo passo)</b>	_____	<i>Erro! Indicador não definido.</i>
<b>2 JUSTIFICATIVA</b>	_____	<i>Erro! Indicador não definido.</i>
<b>3 OBJETIVO</b>	_____	<i>Erro! Indicador não definido.</i>
<b>4 METODOLOGIA</b>	_____	<i>Erro! Indicador não definido.</i>
<b>5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA</b>	_____	<i>Erro! Indicador não definido.</i>
<b>5.1 Hipertensão e a Estratégia Saúde da Família</b>	_	<i>Erro! Indicador não definido.</i>
<b>5.2 Terapêutica da HAS</b>	_____	<i>Erro! Indicador não definido.</i>
<b>6 PLANO DE INTERVENÇÃO</b>	_____	<i>Erro! Indicador não definido.</i>
<b>6.1 Descrição do problema</b>	_____	<i>Erro! Indicador não definido.</i>
<b>6.2 Explicação do problema</b>	_____	<i>Erro! Indicador não definido.</i>
<b>6.3 Nós críticos e suas justificativas</b>	_____	<i>Erro! Indicador não definido.</i>
<b>6.4 Desenho das operações</b>	_____	<i>Erro! Indicador não definido.</i>
<b>7 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	_____	<i>Erro! Indicador não definido.</i>
<b>REFERÊNCIAS</b>	_____	<i>Erro! Indicador não definido.</i>

## 1 INTRODUÇÃO

### 1.1 Breves informações sobre o município:

Divinópolis é um município brasileiro de Minas Gerais, localizado no polo da região centro-oeste. Limita-se ao norte com Nova Serrana, ao noroeste com Perdigoão, a oeste com Santo Antônio do Monte, a sudoeste com São Sebastião do Oeste, ao sul com Cláudio e a leste com Carmo do Cajuru e São Gonçalo do Pará. Sua principal fonte de captação de água é feita no Rio Itapecerica. Caracteriza-se, principalmente, pela indústria confeccionista e metalurgia/siderurgia (DIVINÓPOLIS, 2017).

Segundo dados do Instituto Nacional de Meteorologia (INMET, 1992), desde 1995 a menor temperatura registrada em Divinópolis foi de 0,7 °C em 18 de julho de 2000, e a maior atingiu 38,4 °C em 22 de outubro de 2015, superando o recorde de 38,3 °C em 15 de outubro de 2014. O clima é semiúmido com estação seca, classificado como tropical, com ventos dominando de Sudeste e Nordeste, fracos e moderados: umidade relativa do ar, em média, nos 72%. Índice pluviométrico superior a 1 300 mm e temperatura média anual de 22 °C.

Pelo censo de 2010, havia em Divinópolis, 213.016 habitantes e uma população estimada de 234.937 para 2017, numa área da unidade territorial de 708,11 km. Tem uma População residente alfabetizada de 191.839 pessoas, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2017).

Em Divinópolis, o fornecimento de água tratada à população está a encargo da Companhia de Saneamento de Minas Gerais (COPASA). O sistema de captação superficial localiza-se à margem esquerda do Rio Itapecerica. Depois de captada a água é tratada em um laboratório situado no prédio central da estação de tratamento de água, onde depois é distribuída à população. A água é armazenada em reservatórios estrategicamente localizados. O sistema de captação da água conta, ainda, com estações elevatórias de água tratada para abastecer os reservatórios localizados nas partes altas (DIVINÓPOLIS, 2017).

.Ao fim dos anos 1970, os problemas econômicos da indústria siderúrgica forçaram a

demissão e o fechamento de empresas. As dificuldades provocaram o surgimento da indústria da confecção que contornou o desemprego crescente e se transformou em importante alternativa econômica. O efeito imediato foi o incremento da construção civil e dos transportes rodoviários e uma moderada redução dos problemas sociais. Hoje, cerca de 20 mil pessoas estão diretamente empregadas a esse setor, mantendo aceitável o nível de desemprego (DIVINÓPOLIS, 2017).

Divinópolis é a cidade-polo do Alto São Francisco, conhecida pela qualidade de suas confecções, mas destacada também pela prestação de serviços de profissionais liberais, pelos serviços da administração pública (dos três níveis), pelo comércio diversificado e pela qualidade de suas escolas de ensino regular e de graduação superior em mais de 15 áreas (DIVINÓPOLIS, 2017).

Além de outras Instituições de Ensino Superior (IES) presentes em Divinópolis, a cidade conta, também, com o Campus Dona Lindu da Universidade Federal de São João Del Rei (UFSJ) que oferece quatro cursos na área da saúde: Bioquímica, Enfermagem, Farmácia e Medicina (DIVINÓPOLIS, 2017).

Conta, ainda, com o Centro Federal de Educação Tecnológica de Minas Gerais (CEFET-MG) oferecendo três cursos técnicos integrados ao ensino médio, Eletromecânica, Informática e Produção de Moda, além do curso em nível superior de Engenharia Mecatrônica (DIVINÓPOLIS, 2017).

## **1.2 Sistema Municipal de saúde**

O Sistema Local de Saúde possui um Conselho Municipal de Saúde constituído com 50% de usuários divididos em 25% trabalhadores de saúde e 25% prestadores de serviço. As reuniões são mensais e sempre na penúltima quarta-feira do mês. O Fundo Municipal de Saúde tem seus recursos provenientes da União (41%), do Estado (14%) e do município (45%). Sendo o orçamento destinado à saúde distribuídos da seguinte forma: 18% dos recursos são gastos com Atenção Primária; 64% gastos com a média e alta complexidade.

O Programa Saúde da Família (PSF) foi implantado em 1996, sendo a primeira equipe atuando na zona rural. Tratava-se de uma equipe atípica composta por médico, enfermeira, técnica de enfermagem, assistente social, psicóloga, cirurgião

dentista e Auxiliar em Saúde Bucal (ASB), sem Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Em 1998 ocorreu a ampliação para mais três equipes, sendo uma de zona rural e duas na zona urbana na periferia do município, composta por equipe mínima (médico, enfermeiro, técnico de enfermagem, quatro ACS, cirurgião dentista e ASB). Os profissionais médicos, enfermeiros e cirurgiões dentistas foram selecionados por concurso público, os demais foram contratados. Este processo de implantação foi realizado em parceria com a comunidade através de reuniões com os conselhos de saúde distrital, local e municipal com o objetivo de explicar a nova forma de atendimento centrada na prevenção de doenças, promoção da saúde sem prejuízo da resolução dos problemas já existentes (NOGUEIRAS, 2017).

Quanto à rede de serviços, o Sistema de saúde do município dispõe de 43 Unidades de Atenção Primária (UAPS), sendo 11 Centros de Saúde Convencionais e 32 equipes de ESF.

Para a atenção especializada o município conta com uma policlínica onde se realizam atendimentos e procedimentos em algumas especialidades e para atendimento às urgências tem a Unidade de Pronto Atendimento (UPA) que funciona 24 horas.

Divinópolis tem o Consórcio Intermunicipal de Saúde do vale de Itapeçerica (CISVI) onde se realizam alguns meios de diagnóstico como os eletrocardiogramas, mamografias e ultrassons, também tem o Laboratório Central CEMAS com uma grande variedade dos meios diagnósticos. Existem convênios com diferentes instituições como o Hospital São João de Deus onde se realizam procedimentos mais específicos.

Divinópolis conta ainda com o Hospital Santa Lúcia, Hospital Santa Mônica e Hospital São Judas Tadeu. Entretanto, têm-se problemas com a falta de contratos para especialidades como Ortopedia o que faz com que os pacientes tenham que ir a outros municípios, bem como não se tem cobertura para os meios diagnósticos como a Tomografia Axial Computadorizada e a ressonância Magnética Nuclear.

### **1.3 A Comunidade de Santo Antônio dos Campos**

Santo Antônio dos Campos é um distrito da cidade Divinópolis, no centro-oeste

de Minas Gerais. Fica a 7 km de distância do trevo rodoviário "Bocão", ficando a 9 km do centro da cidade. É também conhecida como Ermida, devido ao antigo nome da estação ferroviária ali localizada. Tem aproximadamente 8.250 habitantes, divididos nos sub-bairros: "Casas Populares", "Floreremida", "Centro", "Pedregal ou Santa Cruz" e "Jardim Primavera", e também nas comunidades rurais "Tamboril", "Lopes", "Posses", "Rua Grande", "Amadeu Lacerda", "Perobas", "Lajes", "Lagoa", "Djalma Dutra", "Córrego Falso" e "Branquinhos".

#### **1.4 Unidade de Saúde da Família**

A equipe de saúde da UBS Santo Antônio dos Campos localiza-se no bairro do mesmo nome e foi inaugurada há cerca de 10 anos e está situada a 50 metros da rua principal que faz a ligação com o centro da cidade. É uma Unidade de Saúde com local próprio. A área destinada à recepção é grande o que faz um atendimento adequado e é motivo de satisfação dos usuários. As reuniões com a comunidade (os grupos operativos) são realizadas no salão da igreja do bairro Santa Cruz.

A população tem muito apreço pela Unidade de Saúde. A Unidade, atualmente, está bem equipada e conta com os recursos adequados para o trabalho da equipe, que presta serviços de Ginecologista, Clínico Geral, Odontologia, Fisioterapia, Psicologia, Farmácia, Vacina e coleta para exames e as equipes de saúde Ermida I e Ermida II.

A Equipe de Saúde da Família, onde atuo como médica é chamada de Ermida I e é composta por: uma enfermeira, uma técnica de enfermagem, duas agentes comunitárias de saúde e uma médica cubana participante do Programa Mais Médicos e com cinco anos de experiência na atenção primária. A unidade funciona das 7 as 11 horas e das 13 as 17 horas.

#### **1.5 O dia a dia da Equipe de Saúde da Família**

O tempo da Equipe está ocupado com as atividades de atendimento agendado e da demanda espontânea e com o atendimento de alguns programas, tais como puericultura, controle de câncer de mama e ginecológico, atendimento a hipertensos e diabéticos. A equipe já tentou desenvolver ações de saúde, como por exemplo,

grupos de hipertensos e diabéticos, que, com o tempo, se mostraram pouco frutíferos.

Em relação aos grupos de hipertensos e diabéticos, a equipe resolveu condicionar o a consulta periódica realizado pelo médico e a participação nas reuniões.

Os ACS fazem atividades de ginástica, duas vezes na semana, com uma grande participação de pessoas idosas.

Todos os membros da equipe participam na visita domiciliar, atividade que permite um atendimento mais direcionado ao paciente e suas condições de vida.

No que diz respeito à vacinação, a equipe conta com a câmara de refrigeração e temos uma cobertura de 100% da nossa população. As consultas de pré-natal são agendadas e o atendimento é feito pelo ginecologista da unidade, algumas o fazem com nossa equipe. Temos um grupo de gestantes que acontece uma vez ao mês para esclarecer dúvidas e questões que apresentam sobre a gravidez, o momento do parto e cuidados do recém-nascido.

A consulta ao recém-nascido e puérpera é realizada nos primeiros dias pós-parto, preferencialmente no quinto dia de vida, para as ações ao recém-nascido, sempre e quando for possível se realiza no domicílio pela equipe de enfermagem. As crianças são acompanhadas com frequência pela consulta de puericultura até os dois anos de idade, a partir dos dois anos as consultas se tornam anuais.

Outras atividades realizadas são os grupos educativos. Com as gestantes, uma vez ao mês, e outro com o grupo de saúde que é para pacientes com doenças crônicas. Neles se desenvolvem atividades educativas participativas para o melhoramento do estilo de vida do paciente, obter um controle e evitar complicações de suas doenças.

Realizamos uma reunião de equipe ao mês onde analisamos o trabalho do mês finalizado, atividades pendentes a realizar, programamos para o trabalho do mês próximo, as visitas a realizar e avaliamos os casos preocupantes.

Na área de abrangência da equipe Ermida I estima-se que a população total seja de 1828 usuários com cadastro atual, segundo os Agentes Comunitários de Saúde

(ACS), em 589 famílias.

A principal causa de mortalidade está relacionada com complicações das Cardiopatias e da Diabetes, seguido de complicações respiratórias (embolia pulmonar e insuficiência respiratória), acidentes e câncer. As principais causas de internação são problemas ligados à falta de controle da Hipertensão, Diabetes e Cardiopatias.

Destaca-se que nas doenças de notificação compulsória tivemos casos de crianças com varicela.

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

Segundo Campos, Faria e Santos (2010, p. 36), a estimativa rápida

[...] 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 grandes gastos, constituindo uma ferramenta importante para apoiar um processo de planejamento participativo.

Assim, a estimativa rápida feita na nossa área de abrangência mostrou os seguintes problemas:

- Alta prevalência e incidência de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS).
- Alta incidência de Diabetes Mellitus (DM).
- Elevado consumo de medicamentos ansiolíticos e antidepressivos.
- Alta incidência de doenças agudas do aparelho respiratório.
- Alta incidência de parasitismos intestinais.
- Obesidade.
- Alcoolismo.
- Falta de profissionais especializados (pediatras).

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

A partir da identificação dos problemas pela nossa equipe de saúde se fez uma priorização destes, baseada nos seguintes critérios: importância, urgência, e capacidade de enfrentamento. O problema priorizado foi a alta incidência de Hipertensão arterial.

Durante as consultas de demanda espontânea feitas no ESF, observou-se que existe um número marcante de pacientes com Hipertensão arterial, a maioria deles não controlados e alguns com sequelas renais, neurológicas, visuais e outras. Em nossa área temos um total de 183 pacientes hipertensos cadastrados.

Por estes motivos a nossa equipe de saúde decidiu dar a maior prioridade para este problema de saúde, devido a sua repercussão na sociedade e suas complicações.

No Quadro 1 encontra-se descrita a priorização dos problemas de acordo com sua classificação de importância, urgência e capacidade de enfrentamento pela equipe de saúde

**Quadro 1-** Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adstrita à equipe de Saúde Ermida 1, município de Divinópolis, estado de Minas Gerais, 2017

<b>Problemas</b>	<b>Importância*</b>	<b>Urgência**</b>	<b>Capacidade de enfrentamento***</b>	<b>Seleção/priorização**</b>
Alta prevalência e incidência de Hipertensão Arterial.	Alta	6	Parcial	1
Alta incidência de Diabetes Mellitus.	Alta	8	Parcial	1
Elevado consumo de medicamentos ansiolíticos e antidepressivos.	Alta	4	Parcial	2

Alta incidência de Doenças Respiratórias.	Meia	3	Parcial	2
Alta incidência de parasitismos intestinais.	Meia	3	Parcial	2
Obesidade	Alta	2	Parcial	3
Alcoolismo.	Meia	2	Parcial	3
Falta de profissionais especializados (pediatras).	Meia	2	Parcial	3

\*Alta, média ou baixa

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

\*\*\*Total, parcial ou fora

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

Portanto, a alta incidência de HAS foi considerado o problema que a equipe de saúde deve investir no atual momento.

## 2 JUSTIFICATIVA

Como na maioria da ESF, a hipertensão arterial é um dos principais problemas enfrentados pela nossa equipe, fator pelo qual se justifica este trabalho. Durante as consultas de demanda espontânea, observou-se que existe um número marcante de pacientes com hipertensão arterial, a maioria deles não controlados e alguns com sequelas renais, neurológicas, cardiovasculares e outras. Em nossa área temos um total de 183 pacientes hipertensos cadastrados, o que corresponde a 10% da população total da nossa área de abrangência.

Apesar do alto índice de pessoas com hipertensão, a HAS tem baixas taxas de controle e a mortalidade aumenta progressivamente com a elevação da PA a partir de 115/75 mmHg de forma linear, contínua e independente pelas doenças cardiovasculares (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

Assim, torna-se interessante a proposição de ações preventivas o que leva a equipe a trabalhar efetivamente nas consultas, nas visitas domiciliares e nos grupos priorizando as atividades de promoção e prevenção da saúde.

O Ministério da Saúde afirma que

Os profissionais da AB têm importância primordial nas estratégias de prevenção, diagnóstico, monitorização e controle da hipertensão arterial. Devem também, ter sempre em foco o princípio fundamental da prática centrada na pessoa e, conseqüentemente, envolver usuários e cuidadores, em nível individual e coletivo, na definição e implementação de estratégias de controle à hipertensão (BRASIL, 2013, p. 21).

Alerta-se, ainda que a HAS causa grande impacto econômico para o sistema de saúde e para a sociedade, devido ao não tratamento e às complicações ocasionadas pela hipertensão, como a doença cardiovascular, insuficiência renal crônica e acidentes cerebrovasculares. Tudo pode ser evitado ou minimizado com diagnósticos precoce, tratamento oportuno e adequado e educação para o autocuidado.

Pelo exposto e pelo impacto causado na saúde pública, faz-se necessária a realização de um projeto de intervenção com elementos de educação para pacientes com hipertensão arterial na ESF Ermida 1, do município Divinópolis, com o objetivo de reduzir os níveis pressóricos e diminuir as possíveis complicações da doença, assim como diminuir o número de casos novos.

### **3 OBJETIVO**

Elaborar uma proposta de intervenção educativa para que pacientes com Hipertensão arterial da ESF Ermida 1, Divinópolis-Minas Gerais tenham melhor qualidade de vida.

#### 4 METODOLOGIA

Para a elaboração deste projeto de intervenção foi utilizado o diagnóstico situacional e o Planejamento Estratégico Situacional (PES) conforme Campos, Faria e Santos (2010) através de dados obtidos do site do Sistema de informação da Atenção Básica e, principalmente, da estimativa rápida realizada pela equipe do ESF. Identificamos os problemas mais relevantes da nossa população e elegemos a Hipertensão arterial por sua: importância, urgência, e capacidade de enfrentamento.

O estudo se baseou, também, na seleção de artigos publicados em revistas indexadas nas bases de dados da Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e na *Scientific Electronic Library Online* (SciELO) e Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE) no período entre 2008 a 2017 utilizando os descritores:

Educação em Saúde.

Autocuidado.

Hipertensão

## 5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

### 5.1 Hipertensão e a Estratégia Saúde da Família

Segundo a Sociedade Brasileira de Cardiologia (2016) a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) decorre de vários fatores e é assinalada por elevação sustentada dos níveis pressóricos  $\geq 140$  e/ ou 90 mmHg. Associa-se sempre a distúrbios metabólicos, alterações funcionais e/ou estruturais de órgãos-alvo. Além do mais, é agravada pela presença de outros fatores de risco (FR), como a presença excessiva ou anormal de colesterol e triglicérides no sangue, obesidade abdominal, intolerância à glicose e diabetes mellitus (DM).

No Brasil, a hipertensão atinge 32,5% (36 milhões) de indivíduos adultos, dos quais mais 60% são idosos, “contribuindo direta ou indiretamente para 50% das mortes por doença cardiovascular (DCV)”. “Em 2013 ocorreram 1.138.670 óbitos, 339.672 dos quais (29,8%) decorrentes de DCV, a principal causa de morte no país” (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2016, p.10).

A HAS é um problema de saúde pública mundial. Classifica-se em Hipertensão Arterial Sistêmica primária que são aproximadamente o 90% dos casos e não é possível estabelecer uma causa, ou secundária os restantes 5% a 10% e pode ser identificada uma causa secundária, potencialmente tratável. Entre as principais causas encontradas como responsáveis pela Hipertensão Arterial Sistêmica secundária são: doença renal; endócrina; vascular e síndrome da apneia obstrutiva do sono (DINIS *et al.*, 2017).

Segundo Lessa (2010, p.1470), “silenciosa, a hipertensão arterial sistêmica (HAS) é a mais prevalente doença vascular no mundo e o mais potente fator de risco para doenças cerebrovasculares, predominante causa de morte no Brasil”.

Estudo realizado por Malta *et al.* ( 2017, p. 7s) revelam que

[...] cerca de um quarto da população adulta residente nas capitais brasileiras refere ter HAS. As variáveis associadas à HAS foram: aumento da idade e envelhecimento, baixa escolaridade, raça/cor preta, obesidade, diabetes ou colesterol elevado autorreferidos, ser

ex-tabagista e relatar consumo de sal em excesso. No limite da significância, encontra-se a variável ser do sexo feminino.

No estudo longitudinal, denominado ELSA, realizado com 1.315.103 servidores públicos de seis capitais brasileiras apontou uma prevalência de HAS em 35,8%, com predomínio de 40,1% entre homens e 32,2% entre as mulheres (CHOR *et al.*, 2012).

Estudo realizado com 595 pessoas com hipertensão arterial sistêmica sobre a assistência prestada por equipes de Estratégia Saúde da Família (ESF) moradoras da área de 10 equipes de saúde da família de Blumenau (SC) aponta que 90% se mostraram satisfeitos com os serviços. O descontrole pressórico mostrou-se associado a não adesão ao tratamento, ao sedentarismo e classes C/D/E, nota-se que 69,3% apresentaram PA > 140x90mmHg. Dentre os hipertensos encontra-se relato de tabagismo (13,1%) e consumo de álcool (23,7%), o tempo médio de uso de medicamentos para HAS foi de 127,9 meses sendo o esquema mais frequente a monoterapia com inibidores da enzima de conversão da angiotensina (19,6%). Ressalta-se que a prevalência de não adesão ao tratamento medicamentoso foi de 53,1% (HELENA; NEMES; ELUF-NETO, 2010).

Avaliação da eficiência da Estratégia Saúde da Família nas ações relacionadas à hipertensão de 66 municípios catarinenses de pequeno porte encontrou que os “municípios foram mais eficientes na produção de serviços (37,8%) do que na produção de resultados (16,6%)”. Destaca-se que 41 municípios foram ineficientes nos serviços: cadastro no Sistema de Informação sobre Hipertensão e Diabetes, atendimento individual e visita domiciliar para usuários com hipertensão” (RABETTI; FREITAS, 2011, p. 258).

## **5.2 Terapêutica da HAS**

Quanto ao tratamento da hipertensão, o Ministério da Saúde (BRASIL, 2013, p.35) recomenda que “Se a média das três medidas forem iguais ou maiores a

140/90mmHg, está confirmado o diagnóstico de HAS e a pessoa deverá ser agendada para consulta médica para iniciar o tratamento e o acompanhamento”.

Os tratamentos propostos são medicamentos e não medicamentoso com vistas à manutenção de níveis pressóricos controlados e de acordo com as características do paciente busca-se reduzir o risco de doenças cardiovasculares e, assim, diminuir a morbimortalidade das pessoas hipertensas ( BRASIL, 2006).

Para o tratamento medicamentoso, a 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial recomenda que na vigência de medicação anti-hipertensiva, o paciente deverá receber orientações claras sobre a importância do uso correto e contínuo dos remédios, da necessidade de adequação de doses quando necessária e da troca de medicamentos além dos possíveis efeitos colaterais (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2016).

A indicação do tratamento medicamentoso deve se pautar em:

- Ter demonstrado a capacidade de reduzir a morbimortalidade CV;
- Ser eficaz por via oral;
- Ser bem tolerado;
- Poder ser usado no menor número de tomadas por dia;
- Ser iniciado com as menores doses efetivas;
  - Poder ser usado em associação;
- Ser utilizado por um período mínimo de quatro semanas, antes de modificações, salvo em situações especiais;
- Ter controle de qualidade em sua produção (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2016, p.35).

Discorrendo sobre o tratamento não medicamentoso, este visa principalmente as mudanças de hábitos de vida.

O Ministério da Saúde, ao abordar o tratamento das doenças crônicas, alerta para diversos fatores relacionados à severidade da condição crônica e que se constituem na complexidade do problema e, assim, na qualidade de vida da pessoa e do risco de ocorrer morbidade ou mortalidade (BRASIL, 2014).

No que diz respeito às doenças cardiovasculares, dentre os graus de severidade da condição crônica, no Quadro 2 apresentamos o grau 1. Trata-se de fatores que se ligam à doença crônica hipertensiva.

Quadro 2 – Graus de severidade das condições crônicas cardiovasculares

Graus de severidade da condição crônica	Exemplos
<b>Grau 1:</b> presença de fatores de risco ligados aos comportamentos e estilos de vida na ausência de doença cardiovascular.	Tabagismo Excesso de peso Sedentarismo Uso de álcool

Fonte ( BRASIL, 2014, p.43).

As pessoas que se encaixam no grau 1 e com os respectivos fatores de risco demandam apoio e atividades de educação para o exercício do autocuidado.

A adoção de hábitos saudáveis, como alimentação adequada e saudável, com restrição do sal na dieta, diminuição do consumo de álcool, prática de atividade física, controle do peso e abandono do tabagismo são essenciais para se conseguir diminuir alguns fatores de risco e devem ser levados em conta durante toda a vida (BRASIL, 2013).

Contudo, um grande desafio para os membros da equipe de saúde é a adesão dos pacientes ao tratamento da HAS. Estudo realizado por Reiners *et al.* (2012, p.586) demonstrou :

[...] a fragilidade na adesão ao tratamento tanto farmacológico quanto não farmacológico por parte dos usuários pesquisados. Nenhum deles, segundo os critérios adotados, tem adesão total ao tratamento anti-hipertensivo estabelecido pelas diretrizes brasileiras, constituindo um desafio para os profissionais que prestam cuidado a pessoas com HAS a reversão desse quadro.

O estudo de Reiners *et al.* (2012), de abordagem nacional e de pacientes cadastrados na Estratégia Saúde da Família de Cuiabá (MT), aponta que nenhum adere totalmente ao tratamento anti-hipertensivo e que no tratamento não farmacológico o que os pacientes menos seguem é a realização de atividades físicas, seguida do abandono ao fumo e redução do sal na alimentação. O estudo

ainda mostrou que 1/3 dos hipertensos não conseguem tomar as medicações como prescritas pelo médico (REINERS *et al.*, 2012).

Fica claro para nós que ações educativas propostas e implementadas são importantes para se alcançar a maior adesão possível das pessoas hipertensas ao tratamento e que essas são intrínsecas ao processo de atenção em saúde desenvolvido pela equipe de saúde.

## 6 PLANO DE INTERVENÇÃO

Essa proposta refere-se ao problema priorizado “Intervenção educativa com pacientes portadores de hipertensão arterial na estratégia de saúde da família ermida 1, Divinópolis- Minas Gerais”, para o qual se registra uma descrição do problema selecionado, a explicação e a seleção de seus “nós críticos”, de acordo com a metodologia do Planejamento Estratégico Simplificado (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

### 6.1 Descrição do problema:

O tema escolhido para ser abordado foi a **alta incidência e prevalência de Hipertensão arterial**. Existe um grande número de pacientes hipertensos em nossa área, levando a uma grande demanda de consultas. Muitos pacientes hipertensos apresentam dificuldade de adesão ao tratamento e com fatores que aumentam ainda mais o risco de problemas cardiovasculares e neurológicos, riscos estes causadores de maior mortalidade no município.

Desde que eu comecei a trabalhar no meu posto percebi que a incidência dos pacientes hipertensos é alta, assim como o descontrole evidente dos pacientes que já tinham diagnóstico de Hipertensão Arterial por diferentes motivos. A maioria dos pacientes desconhece a doença, as complicações, o tratamento adequado, a importância do tratamento ou que tem diagnóstico de hipertensão.

### 6.2 Explicação do problema

A maioria dos problemas levantados tem o caráter multisetorial, ou seja, a solução deles não tem uma responsabilidade direta da equipe. A grande solução depende de outros setores do município. Isso não quer dizer que eles vão continuar sem solução, mas a eliminação deles é mais em longo prazo e com a participação conjunta de todos os envolvidos. Por isso, são priorizados os problemas que podem ser resolvidos ou pelo menos controlados pela equipe e que sua solução possa ser executada pelos componentes da equipe. A **elevada incidência e prevalência de pacientes hipertensos** têm sido relacionadas ao quantitativo de pacientes com fatores de risco que contribuem com o surgimento da hipertensão e a grande maioria

não está ciente da doença e tudo o que ela representa para sua saúde. Os principais fatores de risco presentes na população são: tabagismo, maus hábitos dietéticos, sedentarismo e dislipidemias, o que nos orienta para onde dirigir com maior ênfase as ações de prevenção e promoção de saúde com o objetivo de erradicar ou diminuir os fatores de risco e as consequências que eles acarretam.

### **6.3 Nós críticos e suas justificativas**

Reafirmamos que a hipertensão é um problema prioritário e urgente em nossa área, e os “nós críticos” identificados mais frequentes para sua ocorrência são:

- Falta de entendimento da doença por educação insuficiente sobre a Hipertensão arterial.
- Hábitos de vida inadequados: tabagismo, alcoolismo, alimentação inadequada, sedentarismo, etc.
- Falta de adesão ao tratamento e ausência as consultas periódicas;
- Processo de trabalho da equipe de saúde inadequado para a prevenção de complicações.

## 6.4 Desenho das operações

Quadro 3 - Desenho de operações para os “nós” críticos do problema” Alta incidência e prevalência de paciente Hipertensos”

“““				
Nó crítico	Operação/projeto	Resultados esperados	Produtos esperados	Recursos necessários
<b>Hábitos de vida inadequados</b>	<b><i>Vida saudável</i></b>  Modificar hábitos e estilos de vida. Capacitação de equipes de saúde	Diminuir em 50% o número de sedentários, tabagistas e obesos . População mais informada aumenta anos de vida e adesão a atividades físicas e sem medicamentos. -Equipe capacitada na melhora o atendimento para a população hipertensa.	Programa de caminhada, prática em academias orientadas;  Campanha educativa no rádio local e comunidade	Organizacional → para organizar as Caminhadas, exercícios Cognitivo → informação sobre o tema e estratégias de comunicação; Político → conseguir o espaço na rádio local, mobilização social e articulação Intersetorial com a rede de ensino; Financeiro → para aquisição de recursos audiovisuais, folhetos e educativos, etc.
<b>Falta de entendimento da doença por educação insuficiente sobre a Hipertensão arterial.</b>	<b><i>Juntos venceremos a hipertensão arterial</i></b>  Aumentar o nível de conhecimento dos pacientes e familiares sobre a doença.  Aumentar o nível de informação da população sobre hipertensão arterial	-Incluir o grupo familiar nas palestras e no acompanhamento dos hipertensos.  População mais informada mais capacitada manejo da hipertensão.	-Maior número de familiares participando e acompanhando o paciente hipertenso.  Hipertensos participando ativamente dos grupos educativos. Avaliação do nível de informação da população sobre a hipertensão.; Campanha educativa na rádio local; Programa Saúde na Escola; capacitação dos ACS e de cuida dos principais líderes comunitários	Cognitivos: Conhecimento de hipertensos e familiares sobre o tema.  Políticos: parceria, mobilização social, disponibilização de materiais.  Organizacionais: auxiliar a equipe nos divulgações dos grupos

<b>Falta de adesão ao tratamento e ausência às consultas periódicas</b>	<p><b>Viva com prazer</b></p> <p>-Aumentar o nível de conhecimento dos pacientes e familiares sobre o uso correto das medicações e a importância de acudir a consultas periódicas.</p>	<p>-Conscientizar o paciente e familiares mostrando que disciplina precisa fazer parte de sua vida.</p> <p>-Ir periodicamente à consulta.</p>	<p>-Pacientes e familiares conscientizados sobre a importância da medicação.</p> <p>- Pacientes com a hipertensão controlada.</p>	<p>Cognitivos: Conhecimento sobre o tema.</p> <p>Políticos: parceria da equipe de saúde, mobilização social, disponibilização de materiais.</p> <p>Organizacionais: auxiliar a equipe nos divulgações dos grupos.</p>
<b>Processo de trabalho da Equipe de Saúde da Família inadequado.</b>	<p><b>Cuidar Melhor</b></p> <p>Melhorar a estrutura do serviço para o atendimento dos portadores de hipertensão.</p>	<p>Garantia de medicamentos e exames previstos para todos os hipertensos adscritos à equipe.</p>	<p>Capacitação de pessoal;</p> <p>Contratação de exames e consultas especializadas;</p> <p>Compra de medicamentos.</p>	<p>Políticos → decisão de aumentar os recursos para estruturar o serviço; financeiros → aumento da oferta de exames, consultas e medicamentos; Cognitivo → elaboração do projeto de adequação.</p>
	<p><b>Linha de Cuidado</b></p> <p>Implantar a linha de cuidado para o diabéticos, incluindo os mecanismos de referência e contra referências.</p>	<p>Cobertura 100% da população com hipertensão diagnosticada.</p>	<p>Linha de cuidado para risco cardiovascular implantada; protocolos implantados; recursos humanos capacitados; regulação implantada; gestão da linha de cuidado implantada.</p>	<p>Cognitivo → elaboração de projeto da linha de cuidado e de protocolos; Político → articulação entre os setores da saúde e adesão dos profissionais; Organizacional → adequação de fluxos (referência e contra referências).</p>

Quadro 4 - identificação dos recursos críticos

Recursos críticos para o desenvolvimento das operações definidas para o enfrentamento dos “nos críticos do problema “ Alta incidência de paciente hipertensos”	
<b>Operação/Projeto</b>	<b>Recursos críticos</b>
<i>Vida saudável</i>	Político → conseguir o espaço na rádio local; Financeiro → para aquisição de recursos audiovisuais, folhetos educativos, etc.
<b>Juntos venceremos a hipertensão arterial</b>	Cognitivo Conhecimento sobre o tema Político → ; parceria, mobilização social, disponibilização de materiais Organizacionais: auxiliar a equipe nos divulgações dos grupos
<b>Saber +</b>	Político → articulação intersetorial.
<b>Viva com prazer</b>	Cognitivos: Conhecimento sobre o tema. Políticos: parceria da equipe de saúde, mobilização social, disponibilização de materiais. Organizacionais: auxiliar a equipe nas divulgações dos grupos.
<b>Cuidar Melhor</b>	Político → decisão de aumentar os recursos para estruturar o serviço; Financeiro → recursos necessários para a estruturação do serviço (custeio e equipamentos).
<b>Linha de Cuidado</b>	Político → articulação entre os setores da saúde e adesão dos profissionais.

No Quadro 5 está apresentada a viabilidade do plano

Quadro 5 - Análise de viabilidade do plano para o problema “Alta incidência e prevalência de paciente hipertensos”

Operações/ Projetos	Recursos críticos	Controle dos recursos críticos		Ação estratégica
		Ator que controla	Motivação	
<p><b>Vida saudável</b></p> <p>Modificar hábitos de vida da população sobre qualidade de vida. -Capacitação dos da equipe de saúde.</p>	<p>Político → conseguir o espaço na rádio local; Financeiro → para aquisição de recursos audiovisuais, folhetos educativos, etc.</p>	<p>Secretário de Saúde Equipe de saúde</p>	<p>Favorável</p>	<p>Não há</p>
<p><b>Juntos venceremos a hipertensão</b></p> <p>Aumentar o nível de conhecimento dos pacientes e familiares sobre as doenças relacionadas a hipertensão arterial</p>	<p>Conhecimento sobre o tema. Políticos: parceria, mobilização social, disponibilização de materiais. Organizacionais: auxiliar a equipe nas divulgações</p>	<p>- Secretaria Municipal de Saúde.  -Equipe de Saúde.  - Secretaria de Educação (nutricionista).</p>	<p>Favorável.</p>	<p>Necessário apresentar o Projeto para Secretária de Educação através de ofício.</p>
<p><b>Saber +</b></p> <p>Aumentar o nível de informação da população sobre os riscos da hipertensão. Conhecimento dos pacientes com</p>	<p>Político → articulação com a Secretaria de Educação e comunicação</p>	<p>Secretaria de Educação e comunicação Equipe multidisciplinar: Farmacêutico, nutricionista e</p>	<p>Favorável</p>	

melhor acompanhamento da equipe de saúde.		educador físico.		
<b>Viva com prazer</b> -Aumentar o nível de conhecimento dos pacientes e familiares sobre o uso correto das medicações. Anti-hipertensivos	Cognitivos: Conhecimento sobre o tema. Políticos: parceria da equipe de saúde, mobilização social, disponibilização de materiais. Organizacionais: auxiliar a equipe nas divulgações dos grupos.	- Secretaria Municipal de Saúde. -Equipe de Saúde.	Favorável.	Não há
<b>Cuidar Melhor</b> Estruturar os serviços de saúde para melhorar a efetividade do cuidado.	Político → decisão de aumentar os recursos para estruturar o serviço; financeiros → recursos necessários para o equipamento da rede e para custeio (medicamentos, exames e consultas especializadas).	Prefeito Municipal Secretário de Saúde	Favorável Favorável	Apresentar projeto de estruturação da rede
<b>Linha de Cuidado</b> Reorganizar o processo de trabalho para melhorar a efetividade do cuidado.	Político → articulação entre os setores assistenciais da saúde.	Secretário Municipal de Saúde e equipe multidisciplinar	Favorável	

No Quadro 6 apresentamos o plano operativo

Quadro 6 -- Elaboração do plano operativo para o problema “ Alta incidência de paciente hipertensos

– Plano Operativo”					
Operações	Resultados	Produtos	Ações estratégicas	Responsável	Prazo
<b>Vida saudável</b> Modificar hábitos de vida. de vida. Capacitação dos da equipe de saúde.	Diminuir número de pacientes hipertensos, obesos e manter a saúde dos controlados.	Programa de caminhada e prática de exercício em academias	Apresentar o projeto para Secretaria Municipal de saúde	Secretario saúde	Três meses para o início das atividades
<b>Juntos venceremos o diabetes</b> Aumentar conhecimento dos pacientes e familiares sobre doenças relacionadas a hipertensão	Usuários e familiares mais informados sobre a doença. Facilitar a realização de exames laboratoriais já existentes para esses pacientes.	Grupos educativos com profissionais da saúde usuários e familiares. Mutirões da saúde. Investir em consultas especializadas já existentes.	- Apresentar o projeto para Secretaria Municipal de saúde. Secretaria da Educação	Coordenador (a) da Atenção básica	Início: três meses
<b>Saber +</b> Aumentar o nível de Informação da população sobre a hipertensão	População mais informada sobre a hipertensão . Conhecimento dos pacientes com melhor acompanhamento da equipe de saúde.	Avaliação do nível de informação da população sobre a hipertensão PSE Capacitação dos ACS e dos cuida dores.	Apresentar o projeto para Secretaria Municipal de saúde.	Coordenador da Atenção Primária, Médico ESF	Início em quatro meses
<b>Viva com prazer-</b> Aumentar o nível de conhecimento dos pacientes e familiares sobre o uso correto das medicações.	Melhorar o acompanhamento da equipe de saúde para com esse paciente diminuindo assim as complicações da doença.	Capacitação para os profissionais e Agentes Comunitários de Saúde. Aumentar a oferta de consultas médicas.	Apresentar o projeto para Secretaria Municipal de saúde.	Coordenador da Atenção Primária. Médico da equipe.	Início: três meses.
<b>Cuidar Melhor</b> Estruturar os serviços de saúde para melhorar a efetividade do cuidado..	Melhor organização do seguimento e da oferta de consultas , exames e medicamento e meta de 80%.	Equipamento da rede; compra de exames e consultas especializadas e compra de	Apresentar projeto de estruturação da rede.	Coordenador de Atenção primária.	Quatro meses apresentação do projeto.

		medicamentos.			
--	--	---------------	--	--	--

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Busca-se, por meio deste plano de intervenção, contribuir para uma atenção mais humanizada e qualificada à pessoa com Hipertensão Arterial Sistêmica promovendo ações educativas e, portanto, promoção à saúde dos hipertensos, pelos profissionais da ESF Ermida 1, Divinópolis, Minas Gerais.

Sabe-se que o controle e o tratamento de doenças crônicas são complexos e difíceis devido à falta de participação efetiva do usuário no tratamento medicamentoso e não medicamentoso, muitas vezes em decorrência do desconhecimento da doença e dos riscos que a cercam bem como de ser uma doença assintomática.

A qualidade de vida e os níveis pressóricos podem ser recuperados e normalizados pela redução dos fatores de risco modificáveis através da reorganização do processo de trabalho, da informação ao usuário sobre a doença e da qualidade da alimentação, da participação em atividades físicas, dentre outros. Além disso, torna-se importante a equipe rever a agenda de trabalho, proporcionar reuniões entre equipe e usuários e criar vínculo com os usuários.

Com esta intervenção espera-se reduzir a exposição das pessoas aos fatores de risco modificáveis e assim contribuir para melhor compreensão dos hipertensos atendidos pela ESF Ermida I em Divinópolis - Minas Gerais sobre seu estado de saúde aderindo à terapia medicamentosa e não medicamentosa necessária ao controle da pressão arterial, para que o paciente viva bem e feliz.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

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.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à saúde. Departamento de Atenção Básica. **Prevenção clínica de doença cardiovascular, cerebrovascular e renal crônica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006

BRASIL. Vigitel Brasil 2014. Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. [Internet]. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2015/abril/15/PPT-Vigitel-2014-.pdf>. Acesso em 05 dez. 2017.

BRITO, M. **Intervenção educativa em pacientes com diabetes mellitus na Estratégia de Saúde da Família Diomício Souza Silva, Fronteira dos Vales**. 2016. Monografia (Trabalho de Conclusão de Curso), Universidade de Minas Gerais, , 2016.

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

CHOR, D. *et al.* Prevalence, awareness, treatment and influence of socioeconomic variables on control of high blood pressure: results of the ELSA-Brasil Study. PLOS One. 10(6), 2015. Disponível em: <http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0127382>. Acesso em 5 jan. 2018.

DINIS, P.G. *et al.* Hipertensão Arterial Sistêmica Secundária: Incertezas do Diagnóstico. **Acta Medica Portuguesa**, v. 30, n. 6, p. 493-496, 2017.

DIVINÓPOLIS. Minas Gerais. **História de Divinópolis**, 2017. Disponível em: [www.encontramgdivinopolis.com/divinopolis](http://www.encontramgdivinopolis.com/divinopolis)

HELENA, E.T.S.; NEMES, M.I.B.; ELUF-NETO, J. Avaliação da assistência a pessoas com hipertensão arterial em Unidades de Estratégia Saúde da Família. **Saúde Sociedade**, v. 19, n. 3, p. 614-626, 2010.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **IBGE@idades**. 2016. Disponível em: <<https://idades.ibge.gov.br>>. Acesso em: 5 sep. 2017.

INSTITUTO NACIONAL DE METEOROLOGIA. Banco de dados meteorológicos. Brasília, 1992. Disponível em: <<http://www.inmet.gov.br>>. Acesso em 5 sep. 2017.

LESSA, I. Hipertensão arterial sistêmica no Brasil: tendência temporal [editorial]. **Cad Saude Publica**. v. 26, n.8 ,p. 1470, 2010;

MALTA, D. C. *et al.* Prevalência e fatores associados com hipertensão arterial autorreferida em adultos brasileiros. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 51, supl. 1, 11s, 2017.

NOGUEIRAS, R. **Diagnóstico do serviço de saúde: ESF Ermida I e II**. Divinópolis, 2017.

RABETTI, A.C.; FREITAS, S.F.T. Avaliação das ações em hipertensão arterial sistêmica na atenção básica. **Revista Saúde Pública**, v. 45, n. 2, p. 258-68, 2011.

REINERS, A. A. O. *et al.* Adesão ao tratamento de hipertensos da atenção básica. **Ciência Cuidado Saúde**, v. 11, n. 3, p. 581-587, 2012.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão. **Arq. Bras. Cardiol.**, v.107, n.3, supl.3, 2016. Disponível em: <[http://publicacoes.cardiol.br/2014/diretrizes/2016/05\\_HIPERTENSAO\\_ARTERIAL.pdf](http://publicacoes.cardiol.br/2014/diretrizes/2016/05_HIPERTENSAO_ARTERIAL.pdf)>

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Arquivo Brasileiro de Cardiologia**, v. 95, n.1, p. 1-51, 2010. Disponível em: [http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2010/Diretriz\\_hipertensao\\_associados.pdf](http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2010/Diretriz_hipertensao_associados.pdf)