

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

LUCAS FONSECA VELOSO

**MELHORIA DA ASSISTÊNCIA AOS PACIENTES COM
HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA DA EQUIPE DE SAÚDE DA
FAMÍLIA MILHO BRANCO/AMAZÔNIA DO MUNICÍPIO DE JUIZ DE
FORA**

JUIZ DE FORA / MINAS GERAIS

2020

LUCAS FONSECA VELOSO

**MELHORIA DA ASSISTÊNCIA AOS PACIENTES COM
HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA DA EQUIPE DE SAÚDE DA
FAMÍLIA MILHO BRANCO/AMAZÔNIA DO MUNICÍPIO DE JUIZ DE
FORA**

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

Orientador: Professor Edison José Corrêa

JUIZ DE FORA / MINAS GERAIS

2020

LUCAS FONSECA VELOSO

**MELHORIA DA ASSISTÊNCIA AOS PACIENTES COM
HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA DA EQUIPE DE SAÚDE DA
FAMÍLIA MILHO BRANCO/AMAZÔNIA DO MUNICÍPIO DE JUIZ DE
FORA**

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

Orientador: Professor Edison José Corrêa

Banca examinadora

Professor Edison José Corrêa, UFMG

Professora Nayara Ragi Baldoni, Universidade de Itaúna (UIT)

Aprovado em Belo Horizonte, em 03 de outubro de 2020.



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
FACULDADE DE MEDICINA
NESCON - NÚCLEO DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

FOLHA DE APROVAÇÃO

Aos 03 dias do mês de Outubro de 2020, a Comissão Examinadora designada pela Coordenação do Curso Especialização Gestão do Cuidado em Saúde da Família – CEGCSF se reuniu online para avaliar o Trabalho de Conclusão de Curso do aluno **LUCAS FONSECA VELOSO** intitulado MELHORIA DA ASSISTÊNCIA AOS PACIENTES COM HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA DA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA MILHO BRANCO/AMAZÔNIA DO MUNICÍPIO DE JUIZ DE FORA”, requisito parcial para a obtenção do Título de Especialista em Gestão do Cuidado em Saúde da Família. A Comissão Examinadora foi composta pelos professores: Dr. EDISON JOSÉ CORRÊA e Profa. Dra. NAYARA RAGI BALDONI. O TCC foi aprovado com a nota 75.

Esta Folha de Aprovação foi homologada pela Coordenação do CEGCSF no dia três do mês de outubro do ano de dois mil e vinte e devidamente assinada pelo seu Coordenador, Prof. Dr. Tarcísio Márcio Magalhães Pinheiro.

Belo Horizonte, 01 de julho de 2021.

PROF. DR. TARCÍSIO MÁRCIO MAGALHÃES PINHEIRO
Coordenador do Curso de Especialização em Gestão do Cuidado em Saúde da Família



Documento assinado eletronicamente por **Tarcísio Marcio Magalhaes Pinheiro, Coordenador(a) de curso de pós-graduação**, em 01/07/2021, às 18:41, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://sei.ufmg.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **0815899** e o código CRC **346EFB2D**.

Referência: Processo nº 23072.233974/2021-62

SEI nº 0815899

AGRADECIMENTOS

À Deus pela força e coragem durante a caminhada e por ser meu sustento quando muitas vezes me via sem perspectiva para seguir em frente. À minha família, por sempre acreditar que sou capaz, por torcer e vibrar junto comigo em cada pequena e grande conquista. À minha esposa Laisa, obrigado por sempre acreditar em mim e por estar ao meu lado. Ao meu orientador professor Edison, pela paciência, dedicação, incentivo e ensinamentos na orientação que tornaram possível a conclusão deste trabalho. Aos amigos e colegas de trabalho da UBS Milho Branco pela cumplicidade e suporte em todos os momentos. E a todos que de alguma forma contribuíram em minha formação profissional, a minha sincera gratidão.

EPÍGRAFE

“No mundo haveis de ter tribulações. Coragem!” (João 16, 33)

RESUMO

Introdução: No Brasil e no mundo, a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é considerada um grave problema de saúde pública. Atinge grande parte de indivíduos adultos e idosos, contribuindo direta ou indiretamente para desfechos negativos por doença cardiovascular. Há uma alta demanda de atendimento de toda a equipe de saúde na abordagem dessa doença, por se tratar de uma condição crônica, necessitando de acompanhamento longitudinal para prevenção e tratamento das complicações associadas. Quando não é feito o manejo adequado da HAS, o sistema público é onerado por necessitar absorver a demanda de desfechos negativos nas atenções secundária e terciária. **Objetivo:** Elaborar e apresentar um plano de intervenção para melhorar a abordagem da hipertensão arterial, pela equipe de Saúde da Família Milho Branco/ Amazônia, no município de Juiz de Fora, Minas Gerais. **Metodologia:** Foi utilizado o Planejamento Estratégico Situacional para estimativa rápida dos problemas observados e definição do problema prioritário, dos nós críticos e das ações. Foi realizada consulta à Biblioteca Virtual em Saúde do Nescan e documentos de órgãos públicos e de outras fontes de busca para revisão bibliográfica. Dentre os problemas identificados no diagnóstico da comunidade atendida pela equipe 33, foi priorizado o “aumento de pacientes hipertensos fora da meta na comunidade”. Foram sugeridos projetos e soluções para os nós críticos: déficit na assistência ao portador de HAS, extensa área de abrangência territorial da unidade e dificuldades no manejo do tratamento não medicamentoso. **Considerações finais:** A resolução dos nós críticos expostos visa melhorar o desempenho da equipe na realização de medidas preventivas, conscientizar a população e principalmente aumentar a adesão dos pacientes ao tratamento não medicamentoso, parte essencial do combate a HAS.

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

ABSTRACT

INTRODUCTION: In Brazil and worldwide, systemic arterial hypertension is considered a serious public health problem. It affects a large part of adult and elderly individuals, contributing directly or indirectly to negative outcomes due to cardiovascular disease. There is a high demand for care from the entire health team in addressing this disease, as it is a chronic condition, requiring longitudinal monitoring to prevent and treat associated complications. When systemic arterial hypertension is not properly managed, the public system is burdened because it needs to absorb the demand for negative outcomes in secondary and tertiary care.

OBJECTIVE: To develop and present an intervention plan to improve the approach to arterial hypertension, by the Milho Branco/ Amazônia Family Health team, in the city of Juiz de Fora, Minas Gerais.

METHODOLOGY: Situational Strategic Planning was used to quickly estimate the problems observed and define the priority problem, critical nodes and actions. Nescon's Virtual Health Library and documents from public agencies and other search sources for bibliographic review were carried out. Among the problems identified in the diagnosis of the community served by the team 33, priority was given to the “increase in hypertensive patients outside the goal in the community”. Projects and solutions were suggested for critical nodes: deficit in the care of patients with systemic arterial hypertension, extensive area of territorial coverage of the unit and difficulties in the management of non-drug treatment.

FINAL CONSIDERATIONS: The resolution of exposed critical nodes aims to improve the team's performance in carrying out preventive measures, educate the population and specially to increase patient adherence to non-pharmacological treatment, essential part of the fight against hypertension.

Keywords: Family health strategy. Primary health care. Hypertension. Diabetes mellitus.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABNT	Associação Brasileira de Normas Técnicas
ABS	Atenção Básica à Saúde
ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
AVE	Acidente Vascular Encefálico
CASM	Centro de Atenção à Saúde Mental
CISDESTE	Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região Sudeste
CMC	Central de Marcação de Consultas
DM	Diabetes melito (<i>Diabetes mellitus</i>)
DSM	Departamento de Saúde da Mulher
e-SUS AB	Prontuário Eletrônico da Atenção Básica
ESF	Estratégia Saúde da Família
eSF	Equipe de Saúde da Família
GCPC	Grupo Cirúrgico de Pequenas Cirurgias
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
HDL	Lipoproteína de Alta Densidade (High Density Lipoprotein)
HGeJF	Hospital Geral de Juiz de Fora
HPS	Hospital de Pronto Socorro
HIPERDIA	Cadastramento e acompanhamento dos pacientes hipertensos e diabéticos
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MEC	Ministério da Educação
MS	Ministério da Saúde
PA	Pressão Arterial
PAM	Pronto Atendimento Médico
PES	Planejamento Estratégico Situacional

PSF	Programa Saúde da Família
RCV	Risco Cardiovascular
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SECOPTT	Serviço de Controle, Prevenção e Tratamento do Tabagismo
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UPA	Unidades de Pronto Atendimento

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 – Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à equipe de Saúde Milho Branco/ Amazônia, Unidade Básica de Saúde Milho Branco, município de Juiz de Fora, estado de Minas Gerais	17
Quadro 2 – Operações sobre o “nó crítico 1” relacionado ao aumento do número de pacientes com Hipertensão Arterial Sistêmica, na população sob responsabilidade da Equipe da Estratégia Saúde da Família Milho Branco/ Amazônia, Município de Juiz de Fora - MG, 2020	27
Quadro 3 – Operações sobre o “nó crítico 2” relacionado ao aumento do número de pacientes com Hipertensão Arterial Sistêmica, na população sob responsabilidade da Equipe da Estratégia Saúde da Família Milho Branco/ Amazônia, Município de Juiz de Fora - MG, 2020	28
Quadro 4 – Operações sobre o “nó crítico 3” relacionado ao aumento do número de pacientes com Hipertensão Arterial Sistêmica, na população sob responsabilidade da Equipe da Estratégia Saúde da Família Milho Branco/ Amazônia, Município de Juiz de Fora - MG, 2020	29

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
1.1 Aspectos gerais do município de Juiz de Fora	12
1.2 O sistema municipal de saúde de Juiz de Fora	12
1.3 Aspectos da comunidade adscrita à Equipe de Saúde da Família 33 – Milho Branco/ Amazônia	14
1.4 A Unidade Básica de Saúde Milho Branco	14
1.5 O funcionamento da Unidade de Saúde da Equipe Milho Branco/ Amazônia	15
1.6 O dia a dia da equipe Milho Branco/ Amazônia	16
1.7 Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade (primeiro passo) .	16
1.8 Priorização dos problemas – a seleção do problema prioritário para plano de intervenção (segundo passo)	17
2 JUSTIFICATIVA	18
3 OBJETIVOS	19
3.1 Objetivo geral	19
3.2 Objetivos específicos	19
4 METODOLOGIA	20
5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	21
5.1 Hipertensão arterial sistêmica	21
5.2 Aspectos epidemiológicos	22
5.3 Rastreamento e acompanhamento da hipertensão na atenção primária à saúde	22
6 PLANO DE INTERVENÇÃO	25
6.1 Descrição do problema selecionado (terceiro passo)	25
6.2 Explicação do problema selecionado (quarto passo)	25
6.3 Seleção dos nós críticos (quinto passo)	25
6.4 Desenho das operações (sexto ao décimo passo)	25
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	30
REFERÊNCIAS	31

1 INTRODUÇÃO

1.1 Aspectos gerais do município de Juiz de Fora

Juiz de Fora é um município da região da Zona da Mata do estado de Minas Gerais e encontra-se a sudeste da capital do estado. Sua população estimada em 2019 era de 568.873 habitantes. Tem uma área em torno de 1.435,749 km² (BRASIL, 2019).

Faz parte do eixo industrial das cidades próximas à BR 040 e das próximas à BR 116, entre Rio de Janeiro, São Paulo e Belo Horizonte. Tem destaque no competitivo mercado de negócios e eventos, sendo destino para eventos de repercussão nacional e internacional. “Juiz de Fora é reconhecida como uma das cidades mais amigáveis do Brasil”, graças aos serviços, à gastronomia, à hospitalidade e à cultura do povo (PREFEITURA DE JUIZ DE FORA, 2020).

Na área de saúde, a cidade é sede da microrregião, sendo referência para consultas e exames de média complexidade, atendimento de urgência e emergência, e cuidado hospitalar. O município possui tratamento de água, rede de esgoto e coleta de lixo. Há 95,5% da população com abastecimento de água tratada, 94,7% com rede de esgoto e 91,3% com coleta de lixo.

Localizam-se no município de Juiz de Fora, 12 faculdades credenciadas pelo MEC, sendo 10 privadas e duas públicas federais. As duas faculdades federais, são a Universidade Federal de Juiz de Fora, fundada em 1960 e considerada a segundo melhor universidade do estado de Minas Gerais e 14^a posição entre as universidades brasileiras segundo ranking internacional em 2018 e o Instituto Federal do Sudeste de Minas Gerais, além de 10 outras privadas (BRASIL, 2020).

1.2 O sistema municipal de saúde de Juiz de Fora

O município de Juiz de Fora conta hoje com 63 Unidades Básicas de Saúde (UBS), sendo 38 aderidas à Estratégia de Saúde da Família (ESF), 12 equipes no modelo tradicional, uma 1 no modelo misto e 12 equipes na zona rural, funcionando na modalidade tradicional. Um grande problema no desenvolvimento da Estratégia Saúde da Família (ESF) é a rotatividade dos profissionais de saúde, particularmente de médicos.

Na cidade, existem doze hospitais gerais, sendo três públicos, três filantrópicos e seis privados. Um dos hospitais públicos na cidade é um hospital militar, o Hospital Geral de Juiz de Fora (HGeJF), vinculado ao Ministério da Defesa. O Hospital de Pronto Socorro (HPS) é,

no município, referência em acidentes ofídicos e casos de urgência e emergência para o Sistema Único de Saúde (SUS) e também o único que administra soro antiescorpiônico.

Além do HPS, há as Unidades de Pronto Atendimento (UPA) Norte, Santa Luzia e São Pedro, e as Unidades Regionais Norte (Policlínica de Benfica) e Leste. Há um sistema de prontuário eletrônico nessas unidades.

Os Departamentos de Clínicas Especializadas PAM Andradas e PAM Marechal (Pronto Atendimento Médico) são os principais centros de atenção secundários à saúde. No PAM Marechal também se situam o Departamento de Saúde da Mulher (DSM), o Centro de Atenção à Saúde Mental (CASM), o Grupo Cirúrgico de Pequenas Cirurgias (GCPC), o Serviço de Controle, Prevenção e Tratamento do Tabagismo (SECOPTT), a Central de Marcação de Consultas (CMC), além de serem realizados exames de média e alta complexidade referenciados nas UBSs e nos ambulatórios de atenção secundária.

Também estão presentes na região de Juiz de Fora o Departamento de Internação Domiciliar e o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (atualmente administrado pelo Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região Sudeste – CISDESTE).

Todas as unidades públicas exigem o cadastro do usuário no SUS, que deve, obrigatoriamente, portar o número do Cartão SUS para receber qualquer tipo de atendimento ou exame.

Cerca de 30 UBS utilizam atualmente o sistema de prontuário eletrônico (e-SUS AB). As UPAs e os hospitais da cidade também possuem seus próprios sistemas eletrônicos. Entretanto, infelizmente, ainda não há compartilhamento de informações dos usuários em um formato de rede integrada.

O modelo que se busca aperfeiçoar no município é o Modelo de Vigilância em Saúde, que abrange uma série de setores da sociedade, com os princípios de promoção da saúde e prevenção de doenças. A partir desse modelo, conseguimos obter as principais informações sobre nosso território, implementar ações direcionadas para os principais problemas que a nossa população enfrenta, e criar projetos com o objetivo de impactar a população e alcançar eficiência nos resultados.

O município de Juiz de Fora possui na maioria das UBS a ESF implementada, tendo algumas unidades ainda com funcionamento tradicional ou misto. Temos como referência para média e alta complexidade os hospitais e as UPA na cidade. Após as intervenções nas esferas secundária e/ou terciária, os pacientes retornam para que a UBS possa fazer um trabalho adequado de acompanhamento contínuo e reabilitação.

1.3 Aspectos da comunidade adscrita à Equipe de Saúde da Família 33 – Milho Branco/Amazônia

A equipe de Saúde da Família 33, à qual pertence o autor, atua em parte do bairro Milho Branco (duas microáreas) e em todo o bairro Amazônia (dividido em quatro microáreas). São desenvolvidas atividades de educação para a saúde que incluem salas de espera e grupos de direitos sexuais e reprodutivos, de hipertensos e diabéticos, de pré-natal, de tuberculose e de saúde mental.

Nossa equipe cobre 100% dos quesitos em pré-natal e puericultura na nossa área de abrangência. Outras atividades também são realizadas, como imunização, nebulização, retirada de pontos, visitas domiciliares, coleta de sangue, aferição de pressão arterial (PA) e administração de medicações básicas.

1.4 A Unidade Básica de Saúde Milho Branco

A UBS Dr. Arlindo Leite, localizada no bairro Milho Branco, zona norte do município, foi fundada em 27 de outubro de 1989. Até o ano de 1999, a unidade atendeu a população na modalidade tradicional. Com a criação do Programa de Saúde da Família a unidade passou a funcionar no modelo ESF.

Em 2004 passou pela primeira reforma e ampliação e em 2012 concretizou-se o segundo projeto de reforma estrutural. Mesmo assim, sua área pode ser considerada inadequada considerando a demanda e a população atendida. Atualmente, sua área de atuação abrange os bairros Milho Branco, Amazônia, Fontesville e Encosta do Sol.

A região possui áreas montanhosas, dificultando o acesso da população mais afastada à unidade. A unidade conta com sala de espera, recepção, quatro consultórios médicos, um consultório odontológico, um consultório de enfermagem, salas de nebulização, vacinas e procedimentos, sala de reunião e dos agentes de saúde, cozinha, vestiários e banheiros. Há computadores na recepção e nos consultórios.

Atualmente, há três equipes na unidade, contando com:

Um médico, que deve realizar as consultas clínicas, quando e onde for necessário, além de atividades programadas, encaminhamentos para outros pontos de atenção, bem como contribuir, realizar e participar das atividades de educação permanente de todos os membros da equipe; Uma enfermeira, que deve realizar as consultas e procedimentos de enfermagem, as atividades programadas e de atenção à demanda espontânea, além de planejar, gerenciar e

avaliar as ações desenvolvidas pelos agentes comunitários, juntamente com os outros membros da equipe, e participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da UBS.

Um técnico em enfermagem, que deve participar das atividades de atenção, realizando procedimentos regulamentados no exercício de sua profissão, realizar ações de educação em saúde à população adstrita, conforme planejado pela equipe, bem como participar e contribuir com as atividades de educação permanente em saúde da equipe;

Seis agentes comunitários de saúde (ACS) que devem mediar a relação da comunidade com a equipe, cadastrando-as e mantendo o cadastro atualizado, orientando-as quanto à utilização dos serviços de saúde disponíveis, acompanhando-as por meio de visitas domiciliares, desenvolvendo atividades de promoção de saúde e prevenção de doenças e de vigilância à saúde, e mantendo contato permanente com as famílias; Uma auxiliar de limpeza, que responsável pela limpeza e cuidado da unidade; Uma recepcionista, que deve intermediar as necessidades dos usuários e a estrutura organizacional, sendo a primeira responsável em acolher os indivíduos.

1.5 O funcionamento da Unidade de Saúde da Equipe Milho Branco/ Amazônia

A equipe 33 é composta por: médico, enfermeira, seis agentes de saúde e técnica em enfermagem. A Unidade de Saúde funciona das 7h:00min às 17h:00min, com intervalo de almoço das 11h:00min às 13h:00min, durante todos os dias da semana.

Durante a construção buscou-se dar o enfoque necessário a todos os problemas da nossa população, que são principalmente os relacionados à Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes *Mellitus* (DM), mas tratando com equidade todas as situações que encontramos em nossa área de abrangência.

Procurou-se organizar a agenda de forma a contemplar todas as necessidades da comunidade, no entanto sem superlotá-la, pois, caso haja alguma intercorrência, é possível encaixar na programação e dar a devida atenção.

O formato atual desta agenda possui aspectos positivos e negativos. Planejar com antecedência garante uma maior organização da unidade, de forma a não coincidir com atividades semelhantes das outras três equipes. Também possibilita avisar em tempo hábil aos usuários da comunidade a data e o horário de cada consulta programada. Entretanto, a demanda é variável a cada mês. Daí a importância de não se ter uma agenda engessada, mas adaptável

de acordo com o aumento do número de gestantes ou o conseqüente aumento da demanda nos grupos de puericultura por exemplo.

1.6 O dia a dia da equipe Milho Branco/ Amazônia

A agenda da UBS é atualizada ao final de cada mês, contemplando a atenção à demanda espontânea e à atenção programada. Nessa agenda, definimos quantidades de consultas para as condições crônicas e agudas, que são, respectivamente, 12 e quatro atendimentos por turno. Além disso, programamos as visitas domiciliares e grupos operativos a serem realizados durante o referido mês, com o propósito de reduzir o número de agudizações e, portanto, de internações hospitalares desses pacientes com doenças crônicas, que muitas vezes são desnecessárias. Ademais, incrementar ações educativas reduz o número de pacientes que procuram os hospitais da cidade como portas de entrada do SUS e aumenta aqueles que buscam a prevenção de doenças e promoção da saúde.

Adequando a agenda à realidade da comunidade, é necessário organizar grupos semanais de puericultura, HAS e DM. Estes são comumente realizados terça-feira e quarta-feira no período da tarde respectivamente. Nas quintas-feiras, alternam-se os grupos de pré-natal e preventivos, quinzenalmente. Em toda última sexta-feira do mês, é realizado o grupo de tuberculose e nas outras sextas, o de saúde mental.

1.7 Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade (primeiro passo)

Após reunião extraordinária da equipe 33, foi realizado e discutido o diagnóstico situacional com o objetivo de se construir um plano de ação para os problemas identificados a partir do diagnóstico realizado. A Estimativa Rápida deve, além de identificar os principais problemas de saúde da área de abrangência, produzir informações que permitam conhecer as causas e as conseqüências do problema (FARIA, CAMPOS, SANTOS, 2018).

- Aumento do número de pacientes com HAS
- Dificuldade de acesso à UBS
- Falta de controle clínico de pacientes com diabetes nos últimos dois anos / não aquisição de fitas de glicemia

- Associação tráfico de drogas / aumento dos índices de violência urbana (assaltos, homicídios, ...)
- Saneamento básico precário

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

Quadro 1: Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à equipe de Saúde Milho Branco/ Amazônia, Unidade Básica de Saúde Milho Branco, município de Juiz de Fora, estado de Minas Gerais.

Problemas	Importância*	Urgência**	Capacidade de enfrentamento***	Seleção/ Priorização****
Aumento do número de pacientes com Hipertensão Arterial Sistêmica	Alta	10	Total	1
Dificuldade de acesso à UBS	Alta	7	Parcial	2
Falta de controle clínico de pacientes com diabetes nos últimos dois anos / não aquisição de fitas de glicemia	Alta	7	Parcial	3
Associação tráfico de drogas / aumento dos índices de violência urbana	Alta	3	Parcial	4
Saneamento básico precário	Média	3	Parcial	5

Fonte: Dados do autor. Baseado em FARIA, 2018.

*Alta, média ou baixa

** Total dos pontos distribuídos até o máximo de 30

***Total, parcial ou fora

****Ordenar considerando os três itens

Definiu-se como problemas, nesta ordem de prioridade: aumento de pacientes com HAS, dificuldade de acesso à UBS, controle de pacientes com DM, violência urbana e saneamento básico precário. Tanto o primeiro quanto o terceiro problema, por serem diretamente ligados às intervenções clínicas, têm uma capacidade de enfrentamento maior do que as outras condições sociais/estruturais. Ainda assim, vale destacar que o controle de doenças crônicas, como HAS e DM também sofrem interferência da condição social do paciente e da família.

2 JUSTIFICATIVA

No Brasil, de acordo com o Ministério da Saúde, 388 pessoas morrem por dia devido à HAS (BRASIL, 2019).

Na área de atuação da equipe há 538 usuários com HAS. A maioria dos desses pacientes são mulheres e a maioria se encontra acima de 55 anos.

O problema ocorre devido principalmente a hábitos de vida inadequados e não saudáveis. Muitos pacientes são etilistas, não realizam atividade física, encontram-se com sobrepeso ou obesos e não têm noção sobre alimentação saudável, fazendo consumo de industrializados em excesso e ingerindo mais de 5 gramas de sal por dia. Mesmo nos pacientes em estágios menores da HAS, há dificuldade em manejar o tratamento não medicamentoso. Eles não entendem a importância de perder peso. Não compreendem a relação desse fator com a diminuição da pressão arterial. Isso tudo torna difícil o manejo da doença e contribui para o aumento da incidência de pacientes hipertensos fora da meta na comunidade.

Ademais, o fato da nossa área de abrangência ser muito extensa dificulta o acesso da população à unidade e da equipe às famílias, o que proporciona: menor interação entre as partes, menor adesão ao tratamento e aos grupos operativos e menor monitoramento da equipe aos casos já diagnosticados.

Sobre as dificuldades de se manejar o tratamento não medicamentoso, ocorre devido ao nível social, econômico e educacional da população. Muitos não compreendem a importância da alimentação saudável, realização de atividades físicas e manutenção do tratamento.

O estudo se faz importante devido à alta prevalência de pacientes com hipertensão arterial na população geral e, conseqüentemente, na abrangência da UBS Milho Branco. Diante disso, há uma alta demanda de atendimento de toda a equipe de saúde na abordagem dessa doença, por se tratar de uma condição crônica, necessitando de acompanhamento longitudinal para prevenção e tratamento das complicações associadas. Quando não é feito o manejo adequado da HAS, o sistema público é onerado por necessitar absorver a demanda de desfechos negativos nas atenções secundária e terciária.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Elaborar e apresentar um plano de intervenção para melhorar a abordagem da hipertensão arterial, pela equipe de Saúde da Família Milho Branco/ Amazônia, no município de Juiz de Fora, Minas Gerais.

3.2 Objetivos específicos

- Propor ações para melhorar a prática da educação em saúde; elevar o nível de conhecimento dos usuários sobre a hipertensão arterial e seu controle.
- Propor ações educativas nos grupos de HIPERDIA, considerando os fatores inerentes à pessoa, à doença, à terapêutica e aos serviços de saúde.
- Propor ações para melhorar a relação entre equipe de saúde e os usuários para o bem-estar da população e do trabalho.

4 METODOLOGIA

Foi utilizado o Planejamento Estratégico Situacional (PES) para estimativa rápida dos problemas observados e definição do problema prioritário, dos nós críticos e das ações. (FARIA CAMPOS, SANTOS, 2018). Realizou consulta na Biblioteca Virtual em Saúde do Nescon e documentos de órgãos públicos (ministérios, secretarias, etc.) e de outras fontes de busca para revisão bibliográfica.

Para redação do texto foram aplicadas as normas da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT) e as orientações do módulo Iniciação à metodologia: Trabalho de Conclusão de Curso (CORRÊA, VASCONCELOS, SOUZA, 2017). Para a definição das palavras-chave e keywords utilizaram-se os Descritores em Ciências da Saúde (BRASIL, 2020)

5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

5.1 Hipertensão arterial sistêmica

Por definição, a HAS é uma condição clínica multifatorial que tem como característica a elevação dos níveis pressóricos maiores ou iguais a 140 e/ou 90 mmHg em duas ou mais medidas. Está associada a distúrbios metabólicos, alterações funcionais e/ou estruturais de órgãos-alvo, sendo agravada pela presença de outros fatores de risco, como dislipidemia, obesidade abdominal, intolerância à glicose e DM (MALACHIAS et al., 2016).

No Brasil e no mundo, a HAS é considerada um grave problema de saúde pública. No Brasil, atinge 32,5% de indivíduos adultos e mais de 60% dos idosos, contribuindo direta ou indiretamente para 50% das mortes por doença cardiovascular (SCALA; MAGALHÃES; MACHADO, 2015).

Junto com a diabetes mellitus, suas complicações (cardíacas, renais e AVE) têm impacto elevado na perda da produtividade do trabalho e da renda familiar, estimada em US\$ 4,18 bilhões entre 2006 e 2015 (ABEGUNDE et al., 2007 apud MALACHIAS et al., 2016, p. 1).

O curso natural da doença é prolongado e, associado à sua cronicidade, apresenta características como: longo período assintomático, evolução clínica lenta e permanente e possibilidade de complicações. Valores de pressão arterial (PA) elevados de forma sustentada, principalmente acompanhados de fatores de risco, estão relacionados à maior incidência de eventos mórbidos, como a aterosclerose, que cursa com cardiopatia isquêmica, acidente cerebrovascular e doenças vasculares renal e periférica. Estas são responsáveis por 65% dos óbitos na população adulta em plena fase laboral (30 a 69 anos) e por 40% das aposentadorias precoces (GOMES; SILVA; SANTOS, 2010).

Recomenda-se a medição residencial da PA (MRPA) ou a monitorização ambulatorial da PA (MAPA) para estabelecimento do diagnóstico da HAS, identificação da hipertensão do avental branco (HAB) ou da hipertensão mascarada (DASKALOPOULOU et al., 2012).

O diagnóstico de HAS, em condições ideais, é confirmado por medições fora do consultório (MAPA ou MRPA), excetuando-se aqueles pacientes que já apresentem lesão de órgão-alvo detectada. Caso ainda não tenha sido feito, deve-se agendar uma consulta médica para que o tratamento seja iniciado e o paciente acompanhado (BRASIL, 2013).

A MRPA é uma modalidade de medição realizada com protocolo específico, consistindo na obtenção de três medições pela manhã, antes do desjejum e da tomada da medicação, e três à noite, antes do jantar, durante cinco dias. Outra opção é realizar duas medições em cada uma dessas duas sessões, durante sete dias. Nessas situações, são considerados anormais valores de PA maiores ou iguais a 135/85 mmHg (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA et al., 2011).

5.2 Aspectos epidemiológicos

A HAS é uma doença crônica multifatorial de grande prevalência na população geral. É considerada problema de saúde pública, pois suas consequências podem gerar demandas de atendimento nos serviços de saúde e aumento do custo para o SUS. Em 2016, foram registrados 983.256 procedimentos de internação e ambulatorial no SUS, gerando um custo de R\$ 61,2 milhões, de acordo com as Diretrizes em Hipertensão Arterial para Cuidados Primários nos Países de Língua Portuguesa (OLIVEIRA et al., 2017).

A pressão elevada exige um esforço maior do que o normal do miocárdio para fazer com que o sangue seja distribuído corretamente pelo corpo. Esse fator se relaciona com a própria fisiopatologia, já que com o passar dos anos e, principalmente, após os 60 anos, ocorre o processo de aterosclerose, em que há o enrijecimento da parede do vaso. É um processo que culmina em alterações sistêmicas, mesmo não sendo patológico inicialmente (MARQUES et al., 2007).

O número de pessoas com HAS aumentou de 594 milhões em 1975 para 1,13 bilhões em 2015, sendo 597 milhões de homens e 529 milhões de mulheres. Segundo as Diretrizes em Hipertensão Arterial para Cuidados Primários nos Países de Língua Portuguesa (OLIVEIRA et al., 2017), esse aumento possivelmente foi devido ao crescimento e envelhecimento da população.

5.3 Rastreio e acompanhamento da hipertensão na atenção primária à saúde

O rastreamento para diagnóstico precoce da HAS se baseia no reconhecimento dos fatores de risco presentes nas histórias atual e pregressa do paciente. Os principais fatores modificáveis são: tabagismo, consumo excessivo de sódio, etilismo crônico, sedentarismo, obesidade e estresse. Há uma associação direta e linear entre envelhecimento e prevalência de hipertensos e foi observada maior prevalência no sexo feminino e em etnia negra. Dessa forma, estratégias para prevenção do desenvolvimento da HAS devem englobar políticas públicas de

saúde que alertem a população sobre a importância da modificação do estilo de vida, já que os principais fatores de risco estão associados a hábitos inadequados (MALACHIAS et al., 2016).

A falta de adesão ao tratamento é a principal razão para o controle inadequado da doença, uma vez que a maioria dos pacientes não cumprem as recomendações prescritas pelo médico, seja por não fazerem uso dos medicamentos prescritos ou por não mudarem seus hábitos de vida. A solução mais efetiva no controle da doença e na prevenção de suas complicações é a participação ativa do indivíduo. É imprescindível, portanto, que haja vínculo suficiente entre a equipe e o paciente (DALLACOSTA; DALLACOSTA; NUNES, 2010).

Por ser uma das principais responsáveis pela ocorrência de inúmeras complicações cardiovasculares, a HAS está associada à alta taxa de morbimortalidade. Suas complicações podem ocorrer e trazer algum tipo de incapacidade, temporária e/ou permanente, prejudicando e comprometendo a vida e a saúde das pessoas. Desta forma, torna-se necessário que se criem estratégias para a promoção da saúde, identificando e incluindo os grupos de risco nas ações preventivas; geralmente estas ações são muito eficazes e de baixo custo e englobam, principalmente, a educação em saúde, onde se trabalham a importância de uma alimentação saudável, a prática de atividade física, entre outras.

Essas estratégias têm por finalidade conscientizar e ensinar as pessoas como minimizar, diariamente, os fatores de risco para o desenvolvimento e/ou agravamento da HAS (LIMA, ALMEIDA, 2014, p. 868).

A estratificação do risco cardiovascular (RCV) é fundamental para o tratamento e o prognóstico uma vez que determina a probabilidade da ocorrência de um evento cardiovascular grave, tendo sido recomendada na V Diretriz Brasileira de Dislipidemia e Prevenção de Aterosclerose (XAVIER et al., 2013). O escore de Framingham é utilizado para se estratificar o RCV com a finalidade de estimar o risco de cada indivíduo sofrer uma doença arterial coronariana nos próximos dez anos (BRASIL, 2013).

O cálculo deve ser realizado quando a pessoa apresentar mais de um fator de risco para doenças cardiovasculares baixo/intermediário, os quais incluem: idade maior que 65 anos, tabagismo, HAS, obesidade, sedentarismo, sexo masculino e história familiar de evento cardiovascular prematuro (em homens com idade menor que 55 anos e mulheres com menos de 65 anos). Em seguida, se realiza a avaliação da idade, PA, tabagismo, diabetes, uso de medicação anti-hipertensiva e exames de colesterol total e HDL. Por fim, é estabelecida uma pontuação, a partir da qual se identifica o percentual do risco de evento cardiovascular em dez

anos para homens e mulheres. O escore de Framingham classifica os indivíduos por meio da pontuação em baixo, quando existir menos de 10% de chance, intermediário, quando existir 10-20%, ou alto risco cardiovascular, quando existir mais de 20%, o que auxilia na definição de condutas (BRASIL, 2013).

6 PLANO DE INTERVENÇÃO

Essa proposta refere-se ao problema priorizado “Aumento do número de pacientes com Hipertensão Arterial Sistêmica”, 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, 2017).

6.1 Descrição do problema selecionado (terceiro passo)

Na área de atuação da equipe há 538 hipertensos. A maioria corresponde ao sexo feminino e a idade maior que 55 anos. Esses fatores se relacionam com a própria fisiopatologia, já que com o passar dos anos ocorre o processo de aterosclerose, havendo o enrijecimento das paredes dos vasos. É um processo não patológico, mas que culmina em alterações sistêmicas, como a HAS, podendo ter como desfecho doenças cerebrovasculares.

6.2 Explicação do problema selecionado (quarto passo)

O fato da nossa área de abrangência ser muito extensa dificulta o acesso da população à unidade e da equipe às famílias, o que proporciona: menor interação entre as partes, menor adesão ao tratamento e aos grupos operativos e menor monitoramento da equipe aos casos já diagnosticados.

A dificuldade de se manejar o tratamento não medicamentoso ocorre devido aos baixos níveis social, econômico e educacional da população. Muitos indivíduos não têm adequado letramento em saúde, que engloba a importância da alimentação saudável, realização de atividades físicas e manutenção do tratamento. É por isso que a realização da atenção e educação em saúde continuada se faz importante.

6.3 Seleção dos nós críticos (quinto passo)

Há 3 fatores relacionados a HAS na unidade:

- Déficit na assistência ao usuário com HAS.
- Extensa área de abrangência territorial da unidade.
- Dificuldades no manejo do tratamento não medicamentoso.

6.4 Desenho das operações (sexto ao décimo passo)

As operações sobre cada um dos “nós críticos” relacionado ao problema de hipertensão, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Milho Branco/ Amazônia, no município de Juiz de Fora, estado de Minas Gerais, serão detalhadas nos quadros a seguir.

Quadro 2 – Operações sobre o “nó crítico 1” relacionado ao aumento do número de pacientes com Hipertensão Arterial Sistêmica, na população sob responsabilidade da Equipe da Estratégia Saúde da Família Milho Branco/ Amazônia, Município de Juiz de Fora - MG, 2020.

Nó crítico 1	Déficit na assistência ao portador de HAS
Operação (operações)	Aumentar o número de ações da equipe direcionadas a HAS
Projeto	Prevenindo e controlando a HAS
Resultados esperados	Adequação das metas pressóricas na população assistida pela equipe 33
Produtos esperados	Realizar mais ações específicas, otimizando o grupo de HIPERDIA, a fim de estimular a adesão dos pacientes aos grupos operativos.
Recursos necessários	Estrutural: ambiente adequado para realização dos grupos Cognitivo: atualização constante da equipe sobre a HAS e seus cuidados Financeiro: recurso para impressão de cartazes sobre o grupo operativo, e folders com informações relevantes sobre a HAS; proporcionar lanches coletivos durante os grupos, que sirvam de exemplo para os hábitos alimentares que devem ser seguidos. Político: mobilização da população Organizacional: Agenda organizada
Recursos críticos	Organizacional: Agenda organizada
Controle dos recursos críticos	Coordenadora da agenda da ESF (enfermeira da equipe 33)
Ações estratégicas	Conscientizar a população e estimulá-la a comparecer aos grupos, com abordagem ao usuário de forma individualizada pelos agentes de saúde. Formar equipe multiprofissional composta pelos profissionais da área 33, preceptores fisioterapeutas e acadêmicos de fisioterapia, acadêmicos de medicina e de enfermagem.
Prazo	4 meses para finalizar
Responsável (eis) pelo acompanhamento das ações	Toda a equipe deve ser responsável por acompanhar e promover a ação.
Processo de monitoramento e avaliação das ações	Através das reuniões mensais da equipe deverão ser feitas as avaliações do andamento do projeto.

Quadro 3 – Operações sobre o “nó crítico 2” relacionado ao aumento do número de pacientes com Hipertensão Arterial Sistêmica, na população sob responsabilidade da Equipe da Estratégia Saúde da Família Milho Branco/ Amazônia, Município de Juiz de Fora - MG, 2020.

Nó crítico 2	Extensa área de abrangência territorial da unidade
Operação (operações)	Estabelecer estratégias para que o extenso território não interfira no acesso da comunidade
Projeto	Diminuindo barreiras
Resultados esperados	Maior adesão da comunidade aos grupos operativos
Produtos esperados	Realizar os grupos operativos em horários mais acessíveis a maior parte da comunidade, organizar agenda para que a equipe consiga monitorar o máximo de hipertensos possíveis.
Recursos necessários	Estrutural: ambiente adequado para realização dos grupos Financeiro: recursos para cartazes informativos sobre a realização dos grupos operativos. Organizacional: organizar agenda
Recursos críticos	Estrutural: ambiente adequado para realização dos grupos
Controle dos recursos críticos	Coordenadora da agenda da ESF (enfermeira da equipe 33)
Ações estratégicas	Estabelecer cronograma com antecedência com atividades na UBS, como palestras, sessões de alongamento e orientações gerais e específicas
Prazo	4 meses para finalizar
Responsável (eis) pelo acompanhamento das ações	Toda a equipe de saúde da família deve ser responsável pelo acompanhamento das ações.
Processo de monitoramento e avaliação das ações	Através das reuniões mensais da equipe deverão ser feitas as avaliações do andamento do projeto, buscando sempre citar feedbacks da população para melhorias e correções.

Quadro 4 – Operações sobre o “nó crítico 3” relacionado ao aumento do número de pacientes com Hipertensão Arterial Sistêmica, na população sob responsabilidade da Equipe da Estratégia Saúde da Família Milho Branco/ Amazônia, Município de Juiz de Fora - MG, 2020.

Nó crítico 3	Dificuldades no manejo do tratamento não medicamentoso
Operação (operações)	Aumentar a adesão ao tratamento para melhor controle pressórico
Projeto	Melhorando hábitos
Resultados esperados	Controle da doença e redirecionamento do tratamento
Produtos esperados	Palestras sobre importância do cumprimento do tratamento
Recursos necessários	Cognitivo: Conhecimentos sobre o tratamento não medicamentoso da HAS e controle de agravos. Financeiro: Distribuição de cartilhas sobre a importância do tratamento não medicamentoso Político: Criação de incentivos para melhoria dos hábitos de vida
Recursos críticos	Político: Criação de incentivos para melhoria dos hábitos de vida
Controle dos recursos críticos	Coordenadora da agenda da ESF (enfermeira da equipe 33)
Ações estratégicas	Conciliar lazer e prática de exercício físico nos grupos operativos para maior interesse da população em manter o acompanhamento
Prazo	4 meses para finalizar
Responsável (eis) pelo acompanhamento das ações	Toda a equipe deve ser responsável por acompanhar e promover a ação.
Processo de monitoramento e avaliação das ações	Através das reuniões mensais da equipe deverão ser feitas as avaliações do andamento do projeto.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A HAS é uma condição crônica que se não manejada da forma preconizada pela literatura pode levar a complicações graves e outros desfechos negativos. Diante do exposto no trabalho, é necessário que a equipe de saúde da família intervenha de forma significativa nas condições de saúde da comunidade, tendo a HAS e seus fatores de risco como uma das abordagens principais na rotina da equipe, devido à alta prevalência de hipertensos no território.

A resolução dos nós críticos expostos visa melhorar o desempenho da equipe na realização de medidas preventivas, conscientizar a população e principalmente aumentar a adesão dos pacientes ao tratamento não medicamentoso, parte essencial do combate a HAS.

REFERÊNCIAS

- ABEGUNDE D. O. et al. The burden and costs of chronic diseases in low-income and middle-income countries. **Lancet**. 2007; 370(9603):1929-38. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(07\)61696-1/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(07)61696-1/fulltext). Acesso em: 25 fev. 2020
- BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **IBGE Cidades@JuizdeFora** Brasília, [online], 2020. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/juiz-de-fora/panorama>. Acesso em: 15 fev. 2020
- BRASIL. Ministério da Educação. Brasília, [online] 2020. **Instituições Credenciadas**. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/instituicoes-credenciadas>. Acesso em: 15 fev. 2020
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Descritores em Ciências da Saúde (DeCS)**. Brasília, [online] 2020. Disponível em: <http://decs.bvs.br>. Acesso em: 15 fev. 2020
- BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças não Transmissíveis. **Vigitel Brasil 2018**. Brasília: Ministério da Saúde, 2019. Disponível em: <https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2019/julho/25/vigitel-brasil-2018.pdf>. Acesso em: 15 fev. 2020
- 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. Acesso em: 25 fev. 2020
- CORRÊA, E. J.; VASCONCELOS, M.; SOUZA, S. L. **Iniciação à metodologia: Trabalho de Conclusão de Curso**. Belo Horizonte: Nescon /UFMG, 2017. Disponível em: https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/Modulo_Iniciacao-Metodologia_TCC.pdf. Acesso em: 15 fev. 2020
- DALLACOSTA, F. M.; DALLACOSTA, H.; NUNES, A. D. Perfil de hipertensos cadastrados no programa Hiperdia de uma unidade básica de saúde. **Unoesc & Ciência – ACBS**. v.1, n.1. p. 45-52. 2010. Disponível em: <https://portalperiodicos.unoesc.edu.br/acbs/article/view/125>. Acesso em: 25 fev. 2020
- DASKALOPOULOU S. S. et al. Canadian Hypertension Education Program. The 2012 Canadian hypertension education program recommendations for the management of hypertension: blood pressure measurement, diagnosis, assessment of risk, and therapy. **Can J Cardiol**. 2012; 28(3):270-87. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22595447>. Acesso em: 25 fev. 2020

FARIA H. P.; CAMPOS, F.C.C.; SANTOS, M. A. **Planejamento, avaliação e programação das ações em saúde**. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2018. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/modulo-planejamento-avaliacao-saude.pdf>. Acesso em: 15 fev. 2020

FARIA, H. P. et al. **Processo de trabalho em saúde e modelo de atenção**. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2019. 92p. Disponível em: https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/Processo_de_trabalho_em_sau_de_e_modelo_de_atencao/647. Acesso em: 15 fev. 2020

GOMES, T. J. O.; SILVA, M. V. R.; SANTOS, A. A. Controle da pressão arterial em pacientes atendidos pelo programa Hiperdia em uma Unidade de Saúde da Família. **Rev. Bras Hipertens.** v.17, n 3, p 132-139, 2010. Disponível em: <http://departamentos.cardiol.br/dha/revista/17-3/03-controle.pdf>. Acesso em: 25 fev. 2020

LIMA, K. S.; ALMEIDA, A. M. O conhecimento de feirantes sobre a hipertensão arterial e suas complicações. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 38, n. 4, p. 865-881, 2014. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/0100-0233/2014/v38n4/a4914.pdf>. Acesso em: 25 fev. 2020

MALACHIAS M.V.B. et al. 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial. **Arq Bras Cardiol** 2016; 107(3Supl.3):1-83. Disponível em: http://publicacoes.cardiol.br/2014/diretrizes/2016/05_HIPERTENSAO_ARTERIAL.pdf. Acesso em: 15 fev. 2020

MARQUES, A. P. O. et al. Envelhecimento, obesidade e consumo alimentar em idosos. **Rev. bras. geriatr. gerontol.**, Rio de Janeiro, v.10, n. 2, p. 231-242, ago. 2007. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232007000200231&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 15 fev. 2020

MOREIRA S. M.; PAOLA A. V. Sociedade Brasileira de Cardiologia. Livro Texto da Sociedade Brasileira de Cardiologia. 2ª. ed. São Paulo: Manole; 2015. p. 780-5.

OLIVEIRA, G. M. M.; et al. 2017: Diretrizes em Hipertensão Arterial para Cuidados Primários nos Países de Língua Portuguesa. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo, v. 109, n. 5, p. 389-396, nov. 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2017001400389&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 15 fev. 2020

PREFEITURA DE JUIZ DE FORA. **Conheça Juiz de Fora**. Disponível em: <https://www.pjf.mg.gov.br/turismo/conheca/index.php>. Acesso em: 15 fev. 2020

SCALA L. C.; MAGALHÃES L. B.; MACHADO A. **Epidemiologia da hipertensão arterial sistêmica**. In: MOREIRA S. M.; PAOLA A. V. Sociedade Brasileira de Cardiologia. Livro Texto da Sociedade Brasileira de Cardiologia. 2ª. ed. São Paulo: Manole; 2015. p. 780-5.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, Sociedade Brasileira de Hipertensão, Sociedade Brasileira de Nefrologia. V Diretrizes Brasileiras de Monitorização Ambulatorial da Pressão Arterial (MAPA) e III Diretrizes Brasileiras de Monitorização Residencial de Pressão Arterial (MRPA). **Arq Bras Cardiol.** 2011;97 (3 supl.3):1-24. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2011001800001. Acesso em: 25 fev. 2020

XAVIER, H. T.; et al. V Brazilian Guidelines on Dyslipidemias and Prevention of Atherosclerosis. **Arq Bras Cardiol.**, v.101, n.4 Suppl 1, p.1-20, 2013. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24217493>. Acesso em: 25 fev. 2020

