

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

JULIANA MEIRELLES CARVALHO

**ACOMPANHAMENTO E CONTROLE DE PACIENTES COM HIPERTENSÃO
ARTERIAL NA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA ISIDORO CANDIDO
FERREIRA, SANTA VITÓRIA, MG**

SANTA VITÓRIA- MINAS GERAIS

2020

JULIANA MEIRELLES CARVALHO

**ACOMPANHAMENTO E CONTROLE DE PACIENTES COM HIPERTENSÃO
ARTERIAL NA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA ISIDORO CANDIDO
FERREIRA, SANTA VITÓRIA, MG**

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

Orientadora: Professora Kenia Lara Silva

SANTA VITÓRIA- MINAS GERAIS

2020

JULIANA MEIRELLES CARVALHO

**ACOMPANHAMENTO E CONTROLE DE PACIENTES COM HIPERTENSÃO
ARTERIAL NA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA ISIDORO CANDIDO
FERREIRA, SANTA VITÓRIA, MG**

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.

Orientadora: Professora Kenia Lara Silva

Banca examinadora

Professor (a). Nome, Titulação, Instituição

Professor (a). Nome, Titulação, Instituição

Aprovado em Belo Horizonte, em (00) de (mês) de 2020

DEDICATÓRIA

Gostaria de agradecer primeiramente a Deus, por me permitir chegar até aqui e me amparar nos momentos mais difíceis.

À minha família e entes queridos, em especial aos meus pais, Júlio e Rosane; aos meus irmãos e ao meu namorado Matheus por todo o amparo, amor e carinho.

A toda a equipe do PSF Isidoro Cândido – MG que me receberam de portas abertas e foram de grande importância para o desenvolvimento desse trabalho.

E por fim, a todos os amigos e pessoas que de alguma forma contribuíram para a realização do projeto.

“A medicina cria pessoas doentes, a matemática, pessoas tristes, e a teologia, pecadores”. (LUTERO)

RESUMO

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é definida como uma comorbidade crônica caracterizada por níveis elevados de pressão sanguínea nos vasos. Ela acontece quando os valores das pressões sistólica e diastólica são iguais ou superiores a 140x90 mmHg. É considerada um grave problema de saúde pública, por desencadear inúmeras complicações como o acidente vascular cerebral, o infarto agudo do miocárdio, a doença renal crônica e a insuficiência cardíaca. Isso deve de alguma forma gerar preocupação já que as doenças cardiocirculatórias são, atualmente, as maiores causas de óbitos no mundo. Tendo em vista o compromisso de atenção integral em saúde da família, o presente estudo objetivou elaborar um plano de intervenção voltado ao acompanhamento e controle de pacientes com HAS. Na construção deste trabalho foi utilizado o método de estimativa rápida para fazer o diagnóstico situacional do nosso território seguido de revisão bibliográfica e elaboração de um plano de ação fundamentado no Planejamento Estratégico Situacional Simplificado. Os nós críticos relacionados ao atendimento ao hipertenso foram: desproporção no número de consultas, falta de informação sobre riscos e agravos e baixa adesão aos grupos de atividade física. Foram propostas as seguintes medidas: selecionar grupos de pacientes com diagnóstico de HAS e periodizá-los de acordo com o estado da doença para consultas de acompanhamento do quadro; aumentar o nível de conscientização da população sobre a HAS através de encontros quinzenais; ressaltar durante os atendimentos na UBSF, nas visitas domiciliares e demais meios de comunicação sobre a importância da realização de atividade física para um bom controle pressórico e conseqüente diminuição dos índices de morbimortalidade. A atual pesquisa enfatiza que para manter uma pressão arterial adequada é necessário ter uma adesão medicamentosa associada a adoção de hábitos de vida saudáveis. Além disso, o controle pressórico também tem relação com a conscientização sobre a enfermidade e às comorbidades associadas. A HAS é uma doença que merece nossa atenção através de abordagens educativas e a melhorias nas condições dos serviços de saúde prestados à população. Assim, espera-se que haja uma reorganização de todo o processo de trabalho da ESF, com melhora significativa na qualidade do acompanhamento dos pacientes portadores de HAS.

Palavras-chave: Hipertensão Arterial. Educação em saúde. Atenção Básica.

ABSTRACT

Systemic Arterial Hypertension (SAH) is defined as a chronic comorbidity characterized by high levels of blood pressure in the vessels. It occurs when the systolic and diastolic pressure values are equal to or greater than 140x90 mmHg. It is considered a serious public health problem, as it triggers numerous complications such as stroke, acute myocardial infarction, chronic kidney disease and heart failure. This should be of some concern, since cardiocerebrovascular diseases are currently the biggest causes of death in the world. In view of the commitment to comprehensive family health care, the present study aimed to develop an intervention plan aimed at monitoring and controlling patients with SAH. In the construction of this work, the rapid estimation method was used to make the situational diagnosis of our territory followed by a bibliographic review and the elaboration of an action plan based on the Simplified Situational Strategic Planning. The critical nodes related to the care of hypertensive patients were: disproportion in the number of consultations, lack of information on risks and injuries and low adherence to physical activity groups. The following measures were proposed: select groups of patients diagnosed with SAH and periodize them according to the state of the disease for follow-up consultations; increase the population's level of awareness of SAH through biweekly meetings; to emphasize during the attendance at the UBSF, during home visits and other means of communication about the importance of physical activity for a good pressure control and consequent decrease in morbidity and mortality rates. Current research emphasizes that in order to maintain adequate blood pressure, it is necessary to have medication adherence associated with the adoption of healthy lifestyle habits. In addition, blood pressure control is also related to awareness of the disease and associated comorbidities. SAH is a disease that deserves our attention through educational approaches and improvements in the conditions of health services provided to the population. Thus, it is expected that there will be a reorganization of the entire work process of the FHS, with a significant improvement in the quality of the monitoring of patients with SAH.

Keywords: Arterial hypertension. Health education. Primary Care.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à equipe de Saúde Isidoro Candido Ferreira, Unidade Básica de Saúde Isidoro Candido Ferreira, município de Santa Vitória, estado de Minas Gerais.	25
Tabela 2 - Desenho das operações (6º passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo) sobre o “nó crítico 1 Desproporção no número de consultas” relacionado ao problema “Deficiência no acompanhamento e controle dos hipertensos”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Isidoro Cândido Ferreira, do município de Santa Vitória, MG.	29
Tabela 3- Desenho das operações (6º passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo) sobre o “nó crítico 2 Falta de informação sobre riscos e agravos” relacionado ao problema “Deficiência no acompanhamento e controle dos hipertensos”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Isidoro Cândido Ferreira, do município de Santa Vitória, MG.	30
Tabela 4- Desenho das operações (6º passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo) sobre o “nó crítico 3 Baixa adesão aos grupos de atividade física” relacionado ao problema “Deficiência no acompanhamento e controle dos hipertensos”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Isidoro Cândido Ferreira, do município de Santa Vitória, MG.	31

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABS	Atenção Básica à Saúde
ACS	Agentes Comunitários de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
AVE	Acidente Vascular Encefálico
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CIFE	Centro Integrado de Fisioterapia e Educação Física
ESF	Estratégia Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
IAM	Infarto Agudo do Miocárdio
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
LILACS	Literatura Latino-Americana em Ciências de Saúde
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
PES	Planejamento Estratégico Situacional
PSF	Programa Saúde da Família
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SciELO	Scientific Electronic Library Online
SUS	Sistema Único de Saúde
TFD	Tratamento Fora do Domicílio
UBSF	Unidade Básica de Saúde da Família

SUMÁRIO

1- INTRODUÇÃO	11
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 A Hipertensão Arterial e sua relação com a Atenção Primária à Saúde	21
5.2 Abordagens aos hipertensos nas Unidades de Saúde da Família	22
6- PLANO DE INTERVENÇÃO	24
6.1 Primeiro passo: Definição dos problemas	24
6.2- Segundo passo: Priorização de problemas	25
6.3 Terceiro passo: Descrição do problema selecionado	25
6.4 Quarto passo: Explicação do problema	26
6.5 Quinto passo: seleção dos "nós críticos"	27
6.6 Desenho das operações sobre nó crítico – operações, projeto, resultados e produtos esperados, recursos necessários e críticos (6º passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo)	27
7- CONSIDERAÇÕES FINAIS	33
8- REFERENCIAS	34

1- INTRODUÇÃO

Santa Vitória é uma cidade composta de aproximadamente 19.742 habitantes, com densidade demográfica de 6,04 habitantes por km localizada no Estado de Minas Gerais, na Mesorregião do Triângulo Mineiro/ Alto Paranaíba e Microrregião de Ituiutaba e distante 750 km da capital, Belo Horizonte (IBGE, 2020).

É um município ainda em desenvolvimento em relação a questões tecnológicas, onde há apenas um provedor de internet que presta serviços precários à população. A economia se baseia na agropecuária e na presença de indústrias de açúcar e álcool, que movimentam trabalhadores de toda a cidade, bem como pessoas de outras localidades mais próximas.

A cidade possui como principal atividade cultural a ExpoSanta, responsável com atrair um grande número de turistas a região. Na feira agropecuária, expositores de todo o país tem a oportunidade de fechar grandes negócios e produtores rurais contam com atrativos para o aperfeiçoamento de seus rebanhos. O rodeio em touros e as atrações artísticas dão um toque especial a ExpoSanta que em todos os dias de festa tem os portões abertos ao público com entrada franca.

O município conta com 10 escolas de ensino fundamental e 3 escolas de ensino médio. O índice de analfabetismo é de aproximadamente 15%, 35% da população com ensino fundamental completo, 23% da população com ensino médio completo e 8,5% da população com ensino superior completo (IBGE, 2020).

No que se refere à saúde, no município há 1 hospital, 1 pronto atendimento, 1 unidade de especialidades, 7 unidades de Saúde da Família, 1 CAPS, 1 centro de fisioterapia e 1 equipe do NASF.

A atividade política se divide entre dois grupos, há apoiadores de ambos os grupos entre a população e é um tema que gera muita discórdia entre os moradores. As práticas políticas são extremamente assistencialistas.

Santa Vitória é um município que prioriza a saúde realizando diversos investimentos nesse setor. Já vem de um sistema assistencialista, baseado em

governos anteriores, que também destinavam grande parte dos recursos do município para a saúde.

Uma barreira que existe na qualidade dos serviços prestados, é justamente o fato de a saúde ser um dos principais pontos de atenção do governo municipal, e atrair muitas pessoas de outros municípios ou até mesmo de outros estados, em busca de consultas, tratamentos e exames, o que gera um custo elevado para o município.

A cidade conta com médicos especialistas em diversas áreas e a maioria dos exames e cirurgias são realizados através dos sistemas integrados ou redes de atenção à saúde. O município conta com o TFD (tratamento fora do domicílio), e disponibiliza automóveis, vans e até mesmo ônibus para o transporte de pacientes até municípios maiores, com mais recursos médicos e hospitalares disponíveis.

A Atenção Primária é a porta de entrada no sistema de saúde. É composta por 07 equipes de saúde da família, onde cada unidade se localiza em um bairro da cidade, sendo 06 na área urbana e 01 na área rural. Semanalmente 1 equipe da área urbana se desloca para atender em uma zona rural, em uma unidade em um bairro onde residem aproximadamente 200 pessoas. Na unidade da zona rural onde atua uma equipe, também há um serviço de pronto atendimento 24 horas. O município também conta com uma equipe no NASF composta por assistente social, psicólogos, nutricionistas, fisioterapeutas e educador físico; e com um CAPS.

Em relação à Atenção Secundária, o município conta com 1 unidade mista, onde são realizados os atendimentos por especialistas, 1 pronto atendimento 24 horas, localizado na região central da cidade e 1 hospital também na região central, que é privado, porém atende pacientes do SUS, devido uma verba mensal destinada para esses atendimentos.

Os serviços de apoio diagnóstico, como radiografias e exames de ultrassonografia, são realizados na unidade central de especialidades. Exames como endoscopia e colonoscopia, são realizados no hospital, e outros exames como tomografia, ressonância, mamografia, entre outros, são realizados em outros municípios. Há uma farmácia que dispensa medicamentos básicos e de alto custo. O município passou a contar recentemente com uma equipe do SAMU, composta por motorista socorrista e um técnico de enfermagem. Ao se

tratar dos Sistemas Logísticos, há uma equipe para o transporte de usuários a outros municípios para o TFD, e também para transporte de funcionários no exercício das funções, como visitas domiciliares e transporte de materiais e equipamentos. Cada equipe de saúde da família conta com 01 motorista. Há prontuário eletrônico no município através da plataforma do ESUS, porém na maior parte do tempo o mesmo encontra-se indisponível. Todos os usuários possuem o cartão do SUS, que é exigido no momento do atendimento e também um Cartão da Família para serem atendidos nas Unidades de Saúde da Família.

As referências e contra referências são agendadas pela secretaria municipal de saúde, o usuário é encaminhado pelo médico da USF para o especialista e se o atendimento necessário for realizado em outro município, há a garantia do transporte para o usuário.

A referência é realizada através de encaminhamentos no qual o outro profissional tem uma breve história do paciente encaminhado, mas nem sempre recebemos a contra-referência do que foi realizado e sobre o acompanhamento em outro sistema.

O modelo de atenção à saúde predominante no município é o de prevenção de doenças e promoção da saúde, associado aos serviços de urgência. Contudo, o modelo biomédico ainda é muito presente no modelo de atenção à saúde do município.

A unidade de saúde da família Isidoro Cândido de Ferreira, possui 1965 domicílios cadastrados, com um total de 3184 pessoas. Ela está localizada no centro da cidade, na Avenida Francisco dos Reis Goularte. A maioria de sua população é composta por adultos de meia idade e idosos e quem trabalha vive basicamente dos empregos em usinas de açúcar e álcool. As residências contam com saneamento básico, rede de esgoto, água encanada e eletricidade e coleta de lixo. No bairro não há escolas, creches e nosso território não abrange indivíduos da zona rural.

As principais causas de óbito na cidade são: relacionadas à idade, devido ao grande número de idosos que vivem na área de atuação da equipe de saúde; doenças cardíacas; doenças pulmonares; câncer; doenças renais; acidentes de trânsito; homicídios, principalmente entre os portadores de doenças mentais.

As principais causas de internações são por descompensação de doenças pulmonares e cardiovasculares (hipertensão, diabetes).

As principais notificações da nossa área são relacionadas a profilaxia de raiva humana, acidentes de trabalho, acidentes com animais peçonhentos, tentativas de suicídio e violência sexual.

A Unidade de Saúde da Família Isidoro Cândido Ferreira, localizada no centro da cidade, foi inaugurada há cerca de 8 anos. O prédio é próprio, novo, espaçoso e atende bem a demanda de usuários que buscam atendimento na unidade.

Há um número suficiente de cadeiras para que todos possam esperar sentados pelo atendimento, aparelhos de ar condicionado e ventiladores, o que faz com que a espera pelo atendimento não se torne tão árdua, devido ao calor intenso e constante que faz no município.

Há uma sala de reuniões que comporta todos os funcionários da equipe e todos os consultórios possuem aparelhos de ar condicionado. A limpeza e organização do ambiente também o tornam agradável.

A estrutura da unidade é boa, o local é confortável, os principais problemas são em relação à substituição de equipamentos, pois é algo que depende do setor de compras e licitação, o que demora algum tempo.

A equipe de saúde é composta por vários profissionais de várias áreas. Temos uma médica, que iniciou no PSF há 5 meses; uma enfermeira que teve início nesta unidade há 1 ano e 7 meses, mas anteriormente trabalhou em várias unidades no município; seis ACS; duas técnicas de enfermagem, uma que teve início há 2 anos e meio, outra que entrou na unidade há 1 ano; duas auxiliares de serviços gerais; duas recepcionistas; uma odontologista que atua há 2 anos e meio e uma auxiliar de saúde bucal que atua há 2 anos. Todos em conjunto trabalham para o melhor atendimento dos pacientes. A médica trabalha na área dos atendimentos, realiza visitas domiciliares, além de ajudar e palestrar em grupos operacionais e reuniões. A enfermeira realiza a triagem das unidades mais distantes, realiza procedimentos e vacinas, administra a unidade, além de ser o suporte de toda a equipe. Os técnicos de enfermagem ajudam nas triagens do médico da saúde da família além de realizar trocar de curativos, vacinas e ajudar na parte da assistência. Os ACS realizam as visitas mensais dos pacientes e repassam as situações para a equipe, ajudam na assistência,

distribuem exames a serem realizados, organizam as agendas e prontuários, além de estarem atentos a todos os movimentos dos pacientes, como internações, atendimentos médicos no município e fora do município. A odontologista e a auxiliar de saúde bucal realizam todo o tratamento bucal disponível pelo SUS, muitas vezes em conjunto com o atendimento médico, realizam as visitas domiciliares e ajudam em palestras.

A UBSF Isidoro Candido Ferreira funciona de segunda-feira a sexta-feira, das 07h00 às 17h00. As agendas dos profissionais são organizadas pelas recepcionistas e readequadas de acordo com as necessidades dos profissionais e com auxílio da enfermeira, que exerce as atividades assistenciais e administrativas da unidade.

O acolhimento é realizado por todos os profissionais da equipe, principalmente pelas recepcionistas, que são os primeiros contatos dos usuários ao entrarem na unidade. Apesar das demandas espontâneas, a maioria dos atendimentos médicos e odontológicos são realizados mediante consultas agendadas. Os grupos para portadores de doenças crônicas são realizados mensalmente e há uma grande participação da comunidade. Os exames para detecção precoce de câncer de colo de útero são semanalmente realizados pela enfermeira, através de agendamento prévio. As visitas médicas domiciliares também são realizadas semanalmente e agendadas previamente, salvo em casos de urgência, onde o atendimento é realizado sem agendamento e de acordo com a disponibilidade do médico e de um motorista para realizar o deslocamento, caso necessário.

As ações a serem ofertadas são previamente planejadas e organizadas em comum acordo com a equipe e conforme as necessidades da população. Normalmente a enfermeira coordena as ações, porém é muito aberta a sugestões e aceita o apoio dos membros da equipe e de profissionais do NASF e CAPS.

Cada dia da semana na Unidade é diferente. A maior parte dos atendimentos é demanda espontânea e retorno de pacientes para controle de doenças crônicas. As visitas domiciliares são realizadas na quinta feira à tarde. Nas quartas e sextas conseguimos focar o atendimento em demanda espontânea, juntamente com o acompanhamento de hipertensos e diabéticos.

Já na terça-feira à tarde, o tempo é destinado à renovação de medicações de uso contínuas.

Os atendimentos odontológicos são diários, de segunda a sexta, em dois turnos, sendo livre demanda.

O acolhimento tem início desde a recepção. Após serem recebidos, os pacientes são encaminhados para a equipe de enfermagem que realiza a triagem.

Uma ou duas vezes por mês fazemos promoção à saúde, grupos operativos e reuniões.

Através do método de estimativa rápida para fazer o diagnóstico situacional do nosso território e a reunião com toda a equipe de saúde da unidade estabelecemos que os principais problemas encontrados sejam relacionados à elevada incidência de doenças que afetam a Saúde Mental como Depressão e Ansiedade; à deficiência no acompanhamento e controle dos hipertensos; a auto-medicação freqüente; a má adesão medicamentosa e por fim, o uso indiscriminado de psicotrópicos sem acompanhamento periódico, principalmente pelo uso de benzodiazepínicos cronicamente e sem a avaliação posterior do quadro do paciente.

Após reunião com toda a equipe de saúde da Unidade Básica Isidoro Candido Ferreira, estabeleceu-se como prioritário a abordagem sobre hipertensão arterial, doença crônica mais prevalente em nossos usuários. Estavam presentes todos os membros da unidade, incluindo as agentes comunitárias de saúde, a enfermeira e as técnicas de enfermagem. No levantamento dos principais problemas não houve divergências entre as opiniões da equipe, contudo na hora de priorizar, algumas profissionais acreditavam que seria melhor trabalhar com doenças relacionadas à Saúde Mental. Porém, no final decidiu-se realmente pela intervenção voltada para hipertensão, devido a uma taxa mais elevada de casos na população adscrita.

Segundo dados epidemiológicos da própria UBSF, a hipertensão é a doença crônica mais prevalente, acometendo aproximadamente cerca de 750 pessoas. Contudo, apenas 268 são acompanhadas regularmente pela unidade. Dessa forma, foi possível verificar que há um grande número de pessoas sem acompanhamento periódico. Tal fato justifica o relevante número de pacientes com complicações decorrentes da doença como IAM e AVE.

Em relação à explicação situacional ficou evidente que as principais causas que levam à hipertensão arterial sistêmica na população dentro da área de abrangência da Unidade são envelhecimento da populacional, sedentarismo, obesidade e dieta inadequada.

Foi colocado pelas ACS que a carência da população pode justificar a HAS já que por terem um salário muito reduzido, a maioria dos pacientes possui uma dieta desregulada e desbalanceada, rica em alimentos industrializados e pobre em frutas e verduras.

Porém, o que se observa é que grande parte deles são também sedentários. No município de Santa Vitória, dispomos de atividades físicas custeadas pela prefeitura que podem ser realizadas no Centro Integrado de Fisioterapia e Educação Física (CIFE) que conta com hidroginástica, alongamento, natação e caminhada e também possuímos a Academia da Saúde. Contudo, o que realmente falta na população é uma maior conscientização sobre sua real importância para a saúde.

Na farmácia do município raramente faltam medicações anti-hipertensivas básicas. Além disso, dispomos de nutricionistas na UBSF e também no Ambulatório de Especialidades da Unidade Mista. Porém, sempre que possível, buscamos orientar os pacientes sobre mudanças nos hábitos de vida durante as consultas.

2- JUSTIFICATIVA

Dentre os vários problemas de saúde predominantes na UBSF Isidoro Candido Ferreira, a equipe resolveu aprofundar o estudo sobre o acompanhamento e controle adequado dos níveis pressóricos em pacientes hipertensos.

A hipertensão arterial se revelou a comorbidade mais prevalente em nossa área de abrangência. Dessa forma, é importante manter a doença em acompanhamento e sob controle para evitar suas futuras complicações. Espera-se que a partir desse trabalho, o paciente hipertenso seja acompanhado de forma sistemática e contínua em consultas e visitas domiciliares e obtenha um maior conhecimento sobre a importância de mudanças nos hábitos de vida e sobre os riscos e agravos decorrentes do quadro e que aumentam drasticamente os índices de mortalidade.

3- OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Elaborar um plano de intervenção com vistas ao controle e acompanhamento de pacientes hipertensos.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Abordar teoricamente a doença.
- Determinar a relação entre hipertensão e fatores de risco comportamentais, sócio-demográficos e clínicos entre os indivíduos hipertensos.
- Conscientizar aos pacientes da UBSF Isidoro Candido e a população do município de Santa Vitória da importância do tratamento da enfermidade.
- Apontar as ações para melhoria no atendimento da população hipertensa da área de abrangência.

4 - METODOLOGIA

Para alcançar o objetivo desse trabalho optou-se por pesquisas bibliográficas voltadas para o tema. O levantamento bibliográfico ocorreu na base de dados da Literatura Latino-Americana em Ciências de Saúde (LILACS) e na Scientific Electronic Library Online (SciELO).

Em relação à implementação do plano de intervenção, primeiramente foi feita a definição do problema através do diagnóstico situacional. Conhecido o problema e suas principais causas foi elaborado o plano de ação, onde foram descritos a operação/projeto, os resultados e produtos esperados e os recursos necessários para as operações.

5- REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

5.1 A Hipertensão Arterial e sua relação com a Atenção Primária à Saúde

A hipertensão arterial (HA) é uma doença crônica não transmissível (DCNT) definida por níveis pressóricos, em que os benefícios do tratamento (não medicamentoso e/ou medicamentoso) superam os riscos. Trata-se de uma condição multifatorial, que depende de fatores genéticos/epigenéticos, ambientais e sociais, caracterizada por elevação persistente da pressão arterial (PA), ou seja, PA sistólica (PAS) maior ou igual a 140 mmHg e/ou PA diastólica (PAD) maior ou igual a 90 mmHg, medida com a técnica correta, em pelo menos duas ocasiões diferentes, na ausência de medicação antihipertensiva. É aconselhável, quando possível, a validação de tais medidas por meio de avaliação da PA fora do consultório por meio da Monitorização Ambulatorial da Pressão Arterial (MAPA), da Monitorização Residencial da Pressão Arterial (MRPA) ou da Automedida da Pressão Arterial (AMPA) (BARROSO, et al., 2020).

Segundo Radovanovic et al., (2014), as Doenças Cardiovasculares (DCV) são, atualmente, a maior causa de mortes no mundo. Elas foram responsáveis por mais de 17 milhões de óbitos em 2008, dos quais três milhões ocorreram antes dos 60 anos de idade, e grande parte poderia ter sido evitada. A Organização Mundial de Saúde estima que em 2030 quase 23,6 milhões de pessoas morrerão de doenças cardiovasculares. Dentre as DCVs, a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) constitui importante fator de risco para complicações cardíacas e cerebrovasculares, sendo considerada um problema de saúde pública em âmbito mundial. Em 2000, a prevalência da HAS na população mundial era de 25% e a estimativa para o ano de 2025 é de 29%. Estudos realizados no Brasil revelaram que a prevalência da hipertensão variou entre 22,3 e 43,9%, com média de 32,5%.

De acordo com Cardoso et al., (2020), a alta prevalência pode estar relacionada aos diversos fatores de risco associados a essa doença, que podem ser não modificáveis (idade, gênero e etnia) e modificáveis (excesso de peso, excesso de ingestão de sal e de álcool, sedentarismo, tabagismo, síndrome da apneia/ hipopneia obstrutiva do sono e estresse). Os fatores de risco

modificáveis devem ser investigados a fim de que se conheça quais deles têm mais relevância nas diferentes populações, possibilitando intervenções para modificação do estilo de vida dos indivíduos

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) não controlada permanece como importante problema médico-social nos países desenvolvidos e em desenvolvimento. Mesmo conhecendo-se a eficácia, efetividade e eficiência de várias medidas preventivas e de controle disponíveis, os agravos da doença provavelmente continuarão, por décadas, representando um dos maiores desafios sociais e de saúde. (BARRETO; REINERS; MARCON, 2014).

A Estratégia de Saúde da Família (ESF), criada em 1994, é a vertente brasileira da atenção primária à saúde (APS), caracterizada como a “porta de entrada” prioritária em um sistema de saúde constitucionalmente fundado no direito à saúde e na equidade do cuidado. Com relação à HAS, a ESF se utiliza de várias ações que incluem medida da PA, consultas médicas e de enfermagem, atividades educativas individuais e coletivas, e acesso ao tratamento apropriado nos demais níveis hierárquicos do Sistema Único de Saúde brasileiro (SUS). As equipes da ESF trabalham com o intuito de identificar precocemente os portadores de HAS, acompanhá-los adequadamente, orientá-los sobre a manutenção dos parâmetros pressóricos em níveis normais e os riscos decorrentes da sua elevação. (MENEZES; PORTES; SILVA, 2020).

5.2 Abordagens aos hipertensos nas Unidades de Saúde da Família

A educação entendida como prática social acontece em meio a expectativas, desejos, frustrações e implica a utilização de processos e técnicas voltados para a aprendizagem, que é sempre diretiva, pois possui uma ideologia política, mesmo que velada (FREIRE, 2007). No contexto do Sistema Único de Saúde (SUS), a educação é indispensável, seja na formação dos trabalhadores ou no cuidado aos usuários. Pode-se denominar esse processo de educação em saúde (VASCONCELOS; GRILO; SOARES, 2009).

De acordo com Saloti, Medeiros e Santos (2020, p.2905), o uso da dieta DASH tem grande valor para controle da hipertensão, já que ela prevê ingestão elevada de frutas, vegetais e cálcio, e consumo reduzido de gorduras saturadas. De fato, tal dieta traz grandes benefícios à população, mas apenas sua sugestão

não é suficiente para um impacto verdadeiro na saúde coletiva, sendo esperada uma postura mais abrangente dos autores no combate a este mal. Neste sentido, é indiscutível o papel ímpar das Unidades Básicas de Saúde (UBS) e seus agentes no controle e prevenção desta doença, uma vez que a Atenção Básica cobre mais de 155 milhões brasileiros.

Todos os adultos devem ser aconselhados a praticar pelo menos 150 min/semana de atividades físicas moderadas ou 75 min/semana de vigorosas. Os exercícios aeróbicos (caminhada, corrida, ciclismo ou natação) podem ser praticados por 30 minutos em 5 a 7 dias por semana. (BARROSO, et al., 2020).

Assim, é através dos trabalhos locais e direcionados das equipes multiprofissionais das UBSs que hipertensos poderão ser acompanhados na sua reeducação alimentar, além de aplicação de atividades físicas, apresentação de palestras educativas, formação de grupos de caminhada e de auto-ajuda. Não obstante, sua prevenção ajudaria o Sistema Único de Saúde, uma vez que, em 2018, os gastos relacionados à diabetes, hipertensão e obesidade alcançaram 3,45 bilhões de reais, sendo mais da metade deste valor (59%) gasto com o tratamento da hipertensão (SALOTI; MEDEIROS; SANTOS, 2020)

6- PLANO DE INTERVENÇÃO

A elaboração da proposta de intervenção foi feita, utilizando-se o método do Planejamento Estratégico Situacional (PES) simplificado, de acordo com Campos; Faria; Santos (2010, p. 23-31).

O enfoque do Planejamento Estratégico Situacional – PES (Matus, 1993, 1994a, 1994b) surge, então, no âmbito mais geral do planejamento econômico-social e vem sendo crescentemente adaptado e utilizado em áreas como saúde, educação e planejamento urbano, por exemplo. Este enfoque parte do reconhecimento da complexidade, da fragmentação e da incerteza que caracterizam os processos sociais, que se assemelham a um sistema de final aberto e probabilístico, onde os problemas se apresentam, em sua maioria, não estruturados e o poder se encontra compartilhado, ou seja, nenhum ator detém o controle total das variáveis que estão envolvidas na situação. Embora o método tenha sido desenhado para ser utilizado no nível central, global, seu formato flexível possibilita a aplicação nos níveis regionais/locais ou mesmo setoriais, sem, contudo, deixar de situar os problemas num contexto global mais amplo, o que permite manter a qualidade da explicação situacional e a riqueza da análise de viabilidade e de possibilidades de intervenção na realidade.

6.1 Primeiro passo: Definição dos problemas

Após utilização do método de estimativa rápida para fazer o diagnóstico situacional do nosso território e a reunião com toda a equipe de saúde da unidade estabelecemos que os principais problemas encontrados sejam relacionados à elevada incidência de doenças que afetam a Saúde Mental como Depressão e Ansiedade; à deficiência no acompanhamento e controle dos hipertensos; a auto-medicação frequente; a má adesão medicamentosa e por fim, o uso indiscriminado de psicotrópicos sem acompanhamento periódico, principalmente pelo uso de benzodiazepínicos cronicamente e sem a avaliação posterior do quadro do paciente.

6.2- Segundo passo: Priorização de problemas

Após a discussão dos problemas, estabelecemos as prioridades através da importância, urgência e capacidade de enfrentamento de cada uma das situações.

Tabela 1 - Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à equipe de Saúde Isidoro Candido Ferreira, Unidade Básica de Saúde Isidoro Candido Ferreira, município de Santa Vitória, estado de Minas Gerais.

Problemas	Importância*	Urgência**	Capacidade de enfrentamento***	Seleção/Priorização****
Deficiência no acompanhamento e controle dos hipertensos	Alta	8	Parcial	1
Má adesão medicamentosa	Alta	7	Parcial	2
Auto-medicação frequente	Alta	6	Parcial	3
Elevada incidência de doenças da Saúde Mental	Alta	5	Parcial	4
Uso Indiscriminado de Psicotrópicos sem acompanhamento	Alta	4	Parcial	5

Fonte: Elaborada pelo próprio autor.

6.3 Terceiro passo: Descrição do problema selecionado

Dentre os problemas levantados em reunião da equipe, estabeleceu-se como prioridade a deficiência no acompanhamento dos hipertensos, visto a importância do problema, o caráter de urgência relativa do mesmo e o fato de a equipe apresentar considerável capacidade de enfrentamento.

Foi feito um levantamento do número de hipertensos na área de abrangência e observou-se que possuem cerca de 466 pacientes com diagnóstico de HAS. Contudo, desde o início da minha inserção na UBSF, poucas dessas pessoas realizaram consulta de rotina. Grande parte solicita atendimento apenas quando apresentam oscilações dos níveis pressóricos e seus sintomas associados.

Além disso, a maioria dos pacientes faz uso de drogas anti-hipertensivas em doses não otimizadas, se automedicam, têm uma má adesão medicamentosa e não seguem as orientações dos profissionais de saúde, principalmente no que se refere a mudanças no estilo de vida.

6.4 Quarto passo: Explicação do problema

O quarto passo caracteriza-se pela identificação das causas e fatores relacionados ao problema que se pretende enfrentar, procurando entender sua gênese.

Causas relacionadas à equipe de saúde:

- Fatores relacionados ao processo de trabalho:

- 1- Ineficiência na programação de atividades (pela sobrecarga numérica de atendimentos)
- 2- Desproporção no número de consultas (alguns consultam toda semana, outros raramente)
- 3- Falta de busca ativa pelos pacientes sem acompanhamento.

- Fatores estruturais:

- 1- Alta rotatividade dos profissionais

Causas relacionadas aos pacientes:

- Perfil cultural local: grande parte dos pacientes tem o hábito de procurar diretamente o pronto-atendimento em casos de crise hipertensiva, sem realizar o devido acompanhamento periódico na UBSF.
- Baixa adesão medicamentosa.
- Falta de informação sobre riscos e agravos.
- Baixo nível educacional.

- Baixa adesão aos grupos de atividade física.
- Desequilíbrio alimentar.

Causas relacionadas à gestão de saúde:

- População adscrita muito acima do recomendado (sobrecarga numérica da população)
- Deficiência na cota de exames para a utilização de protocolos clínicos (municipais)
- Demora na autorização dos exames laboratoriais e de alta complexidade
- Falta de estímulo para ações preventivas, de promoção e de reabilitação

Consequências:

- Aumento da incidência de eventos cardiovasculares como IAM e AVE.
- Dados desatualizados (SIAB), não condizentes com a realidade local.
- Automedicação
- Receitas vencidas
- Ampliação do número de óbitos.
- Aumento do ônus ao sistema público de saúde, devido a maior demanda de média e alta complexidade.

6.5 Quinto passo: seleção dos "nós críticos"

Nesse momento foi necessário identificar os "nós críticos", que são as principais causas da deficiência no acompanhamento e controle dos hipertensos. São eles: desproporção no número de consultas (alguns consultam toda semana, outros raramente); falta de informação sobre riscos e agravos e baixa adesão aos grupos de atividade física. Essas situações relacionadas com o problema principal são as que a equipe tem alguma possibilidade de ação mais direta e que podem ter importante impacto sobre o problema escolhido.

6.6 Desenho das operações sobre nó crítico – operações, projeto, resultados e produtos esperados, recursos necessários e críticos (6º passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo)

Nas tabelas de 2 a 4 estão apresentados os projetos para os nós críticos identificados no diagnóstico situacional. Nestes, também estão presentes os

resultados, produtos, prazos, atores responsáveis, dentre outras informações necessárias para a realização da operação proposta (sexto a décimo passo).

Tabela 2 - Desenho das operações (6º passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo) sobre o “nó crítico 1 Desproporção no número de consultas” relacionado ao problema “Deficiência no acompanhamento e controle dos hipertensos”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Isidoro Cândido Ferreira, do município de Santa Vitória, MG.

Nó crítico 1	Desproporção no número de consultas
Operação	Periodização no acompanhamento dos hipertensos
Projeto	Selecionar grupos de pacientes com diagnóstico de HAS e periodizá-los de acordo com o estado da doença para consultas de acompanhamento do quadro.
Resultados	Promoção de uma igualdade de atendimento entre a população, melhorando o monitoramento individual e reduzindo a quantidade de hipertensos descontrolados; processo de trabalho organizado; horários na agenda reservados aos hipertensos.
Produtos	Realização de hiperdia, atendimento continuado, classificação de risco dos pacientes, melhora de adesão ao tratamento e controle da doença, redução de complicações decorrentes da doença
Recursos necessários	Cognitivo: conhecimento sobre a organização e funcionamento das UBSFs; Financeiro: recursos necessários para a organização do serviço; Estrutural: organização da agenda de atendimento aos hipertensos.
7º passo: viabilidade do plano - recursos críticos	Político: aprovação do projeto pelo secretário municipal de saúde. Disponibilização de recursos e cotas de exames suficientes para o adequado acompanhamento dos hipertensos. Estrutural: salas para realização do hiperdia
8º passo: controle dos recursos críticos - ações estratégicas	Atores que controlam: Secretário Municipal de Saúde; Coordenador da Atenção Básica à Saúde Motivação: favorável Operação estratégica: Apresentar o projeto para a Secretaria Municipal de Saúde e para os profissionais da Atenção Básica à Saúde.
9º passo; acompanhamento do plano - responsáveis e prazo	Responsáveis: Juliana; Coordenador da Atenção Básica à Saúde Prazo: 3 meses
10º passo: gestão do plano: monitoramento e avaliação das ações	Durante o período inicial de implantação do projeto serão utilizadas para avaliação reuniões mensais com a ESF. Depois que a proposta de intervenção já estiver implementada, as avaliações do projeto serão realizadas semestralmente. Deve haver um aumento na quantidade de hipertensos em acompanhamento regular.

Fonte: Dados da pesquisa

Tabela 3- Desenho das operações (6º passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo) sobre o “nó crítico 2 Falta de informação sobre riscos e agravos” relacionado ao problema “Deficiência no acompanhamento e controle dos hipertensos”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Isidoro Cândido Ferreira, do município de Santa Vitória, MG.

Nó crítico 2	Falta de informação sobre riscos e agravos
Operação	Conscientizar+
Projeto	Aumentar o nível de conscientização da população sobre a hipertensão arterial. Através de encontros quinzenais, realizar palestras, expor vídeos educativos, e rodas de papo, para levar informações gerais sobre a doença.
Resultados	Espera-se que os pacientes obtenham maior conhecimento sobre o quadro de HAS e assim possam entender a importância de seu devido acompanhamento e tratamento adequado.
Produtos	Avaliação do nível de conhecimento da população sobre Hipertensão Arterial; Campanha de divulgação de informações na rádio local; Aumento do nível de informação sobre a doença.
Recursos necessários	Cognitivo: Reunir todos os profissionais da saúde para tomarem conhecimento do projeto, e assim estruturar uma equipe para elaborar cartazes, folders, cartilhas, palestras e vídeos educativos contendo informações e alertas sobre a doença e suas possíveis complicações; Políticos: parceria, mobilização social; Financeiros: disponibilização de materiais educativos relacionados a HAS.
7º passo: viabilidade do plano - recursos críticos	Políticos: mobilizar parcerias com a população e outros setores da rede e conseguir espaço na rádio local. Financeiros: recursos para confecção de materiais educativos (panfletos e cartazes) relacionados à hipertensão arterial.
8º passo: controle dos recursos críticos - ações estratégicas	Atores que controlam: Associação de moradores; Secretário municipal de saúde. Motivação: favorável. Operação estratégica: Apresentar projeto para população.
9º passo; acompanhamento do plano - responsáveis e prazo	Responsáveis: Equipe de Saúde da Família; Secretaria Municipal de Saúde. Prazo: 3 meses
10º passo: gestão do plano: monitoramento e avaliação das ações	O coordenador responsável pela UBSF auxiliará na elaboração e implementação do projeto. E a avaliação será por meio da aplicação de um questionário à população após o encerramento do projeto

Fonte: Dados da pesquisa

Tabela 4- Desenho das operações (6º passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo) sobre o “nó crítico 3 Baixa adesão aos grupos de atividade física” relacionado ao problema “Deficiência no acompanhamento e controle dos hipertensos”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Isidoro Cândido Ferreira, do município de Santa Vitória, MG.

Nó crítico 3	Baixa adesão aos grupos de atividade física.
Operação	Ativa-Idade
Projeto	<p>Ressaltar durante os atendimentos na UBSF, nas visitas domiciliares e demais meios de comunicação sobre a importância da realização de atividade física para um bom controle pressórico e consequente diminuição dos índices de morbimortalidade pela doença.</p> <p>Sugerir aos pacientes a realização de atividades físicas no mínimo 3x/semana, de preferência, aquelas que lhes tragam prazer antes, durante e/ou após a execução.</p>
Resultados	Através da atividade física, a população e os pacientes adotem hábitos mais saudáveis, se sintam motivados em fazer uma atividade constante, melhorando os níveis pressóricos.
Produtos	Programa de caminhadas; campanha educativa na rádio local; capacitação adequada dos profissionais de saúde; convites e mutirão para realização da avaliação física.
6º passo: recursos necessários	Político: Articulação entre ESF e NASF; Financeiro: Para recursos audiovisuais e folhetos educativos; Social: População mais ativa, adotando hábitos saudáveis, melhorando os níveis pressóricos, glicemia, além de incentivar os familiares a participarem; Organizacional: Para caminhada; Elaboração de convites para mutirão de avaliação física.
7º passo: viabilidade do plano - recursos críticos	<p>Organizacionais: organizar caminhadas orientadas e palestras sobre atividade física.</p> <p>Político: conseguir espaço na rádio local.</p> <p>Financeiros: conseguir recursos para os folhetos educativos e recursos audiovisuais.</p>
8º passo: controle dos recursos críticos - ações estratégicas	<p>Atores que controlam: Equipe de Saúde da Família; Secretaria Municipal de Saúde</p> <p>Motivação: favorável</p> <p>Operação estratégica: Apresentar o projeto para a Secretaria de Saúde; Apresentar o projeto para a população.</p>
9º passo; acompanhamento do plano - responsáveis e prazo	<p>Responsáveis: Equipe de Saúde da Família; Secretaria Municipal de Saúde.</p> <p>Prazo: 6 meses</p>

10º passo: gestão do plano: monitoramento e avaliação das ações	À medida que as intervenções forem feitas, ocorrerá encontros periódicos com a equipe para avaliar o nível de comprometimento dos profissionais além de buscar dificuldades encontradas e assim propor alternativas para resolvê-las. Durante as visitas domiciliares e consultas na unidade, o paciente portador de HAS sempre deve passar por aferição da pressão arterial e ser orientado sobre a importância da realização de atividades físicas e mudanças no estilo de vida. Isto tornará o tratamento da HAS mais eficiente, reduzindo o risco de agravos. O acompanhamento do plano de ação será realizado quinzenalmente pelo Profissional de Educação Física, através do monitoramento do caderno de registros de atendimentos individuais e caderno de registros dos grupos de atividades físicas.
--	---

Fonte: Dados da pesquisa

7- CONSIDERAÇÕES FINAIS

Devido à alta morbimortalidade associada à HAS, torna-se imprescindível o acompanhamento e controle adequado para a modificação da história natural da doença. A hipertensão arterial é a doença crônica, não transmissível, mais frequente na nossa área de abrangência e, suas complicações são umas das principais causas de morte no território.

Para que o controle da hipertensão arterial seja eficiente é preciso que os pacientes sejam abordados por equipe multiprofissional, o que envolve reflexão sobre o assunto e a busca permanente de capacitação por todos os trabalhadores envolvidos.

A manutenção da motivação do paciente em não abandonar o tratamento é talvez uma das batalhas mais árduas que profissionais de saúde enfrentam em relação ao paciente hipertenso. Verificamos que é imprescindível o papel de cada profissional de saúde na identificação, dentro da sua população-alvo, das variáveis envolvidas e associadas ao tratamento e cumprimento das orientações terapêuticas, levando em consideração a estrutura disponível para o atendimento desta população.

Espera-se que este trabalho contribua para um melhor acompanhamento do paciente hipertenso através da formulação de estratégias voltadas para práticas em educação à saúde, na busca do apoio da prefeitura e outras instituições que possam criar opções de lazer que demandem algum esforço físico como aulas de dança e atividades recreativas para a população diminuir os índices de sedentarismo, na busca de apoio e parceria com demais profissionais como as nutricionistas, para a realização de grupos e palestras com o objetivo de auxiliar tanto os usuários que sofrem de hipertensão quanto seus familiares e/ou cuidadores. É essencial também o abandono do uso de cigarro, álcool ou outras drogas, quando presente. O projeto é que tais orientações sejam realizadas sem custo adicional para o município, de forma que amplie o acesso da população à informação. Isso seria possível adicionando reuniões multidisciplinares dentro do calendário da própria unidade, além de uma maior oferta de palestras de conscientização sobre a doença como os HIPERDIAS.

8- REFERENCIAS

SANTA VITORIA. **Prefeitura Municipal**. 2020. Disponível em: <<https://www.santavitoria.mg.gov.br/>>. Acesso em: 13 out. 2020.

BRASIL. IBGE. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística**, 2020. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/santa-vitoria/panorama>>. Acesso em 13 out. 2020.

RADOVANOVIC, Cremilde Aparecida Trindade et al. Hipertensão arterial e outros fatores de risco associados às doenças cardiovasculares em adultos. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 22, n. 4, p. 547-553, ago. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692014000400547&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 18 dez. 2020.

BARROSO, W. et al. Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. **Arq Bras Cardiol.**, 2020

BARRETO, M. S.; REINERS, A.; MARCON, S. S. Conhecimento sobre hipertensão arterial e fatores associados à não adesão à farmacoterapia. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 22, n. 3, p. 491-498, jun. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692014000300491&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 18 dez. 2020.

MENEZES, T. C.; PORTES, L. A.; SILVA, N. Prevalência, tratamento e controle da hipertensão arterial com método diferenciado de busca ativa. **Cad. saúde colet.**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 3, p. 325-333, set. 2020. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-462X2020000300325&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 9 jan. 2021.

CARDOSO, F. N. et al. Fatores de risco cardiovascular modificáveis em pacientes com hipertensão arterial sistêmica. **Rev. Min. Enferm.**, 2020.

Disponível em: < <https://cdn.publisher.gn1.link/reme.org.br/pdf/e1275.pdf>>.

Acesso em: 9 jan. 2021.

SALOTI, Matheus; MEDEIROS, Leonardo; SANTOS, Eliane. Resposta ao artigo: Abordagem dietética para controle da hipertensão: reflexões sobre adesão e possíveis impactos para a saúde coletiva. **Ciênc. Saúde coletiva**, 2020.

VASCONCELOS, M.; GRILO, M.J.C.; SOARES, S.M. **Práticas pedagógicas em atenção primária à saúde: tecnologias para abordagem ao indivíduo, família e comunidade**. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2009

FREIRE, P. **Pedagogia da esperança: um reencontro com a pedagogia do oprimido**. 14. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2007.