

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

Mariane Carvalho Cruz

**PLANO DE AÇÃO PARA CONTROLE DA HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA
NA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA SÃO JOSÉ I LOCALIZADA NA REGIÃO
CENTRAL DE POÇOS DE CALDAS/MINAS GERAIS.**

**Campos Gerais - Minas Gerais
2020**

Mariane Carvalho Cruz

**PLANO DE AÇÃO PARA CONTROLE DA HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA
NA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA SÃO JOSÉ I LOCALIZADA NA REGIÃO
CENTRAL DE POÇOS DE CALDAS/MINAS GERAIS.**

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

Orientadora: Professora Ms. Zilda Cristina
dos Santos

Campos Gerais- Minas Gerais

2020

Mariane Carvalho Cruz

**PLANO DE AÇÃO PARA CONTROLE DA HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA
NA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA SÃO JOSÉ I LOCALIZADA NA REGIÃO
CENTRAL DE POÇOS DE CALDAS/MINAS GERAIS.**

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

Orientador: Professora Ms. Zilda Cristina dos Santos

Banca examinadora

Professor (a). Zilda Cristina dos Santos, Mestre, UFTM

Professora Maria Dolôres Soares Madureira, Mestre, UFMG

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

A realização deste trabalho só foi possível graças à colaboração de familiares, amigos e professores que acreditaram em mim e me incentivaram a continuar. Meu muito obrigada a todos.

AGRADECIMENTOS

Agradeço, em primeiro lugar, a Deus, por estar sempre me abençoando e dando força e coragem durante toda esta longa caminhada. À minha família, por acreditar e investir nesse sonho. E a todos que direta ou indiretamente fizeram parte da minha formação, o meu muito obrigada.

“O maior erro que um homem pode cometer é sacrificar a sua saúde a qualquer outra vantagem.”

Arthur Schopenhauer

RESUMO

A área de abrangência da Equipe Saúde da Família São José I é composta por 992 famílias, totalizando 3172 pessoas; atualmente, a área de abrangência é dividida em seis microáreas. Um dos problemas de saúde mais comuns atendidos diariamente é a Hipertensão Arterial Sistêmica. A Atenção Básica de Saúde tem um papel fundamental na promoção, prevenção, diagnóstico e tratamento, é muito importante o controle da Hipertensão Arterial Sistêmica, ocasionando mudanças no estilo de vida e favorecendo a adesão ao tratamento e o autocuidado. Considerando isso o objetivo deste projeto de intervenção é aumentar a adesão ao tratamento e melhorar o acompanhamento por parte da equipe de saúde da família buscando prevenir as complicações da Hipertensão Arterial Sistêmica na equipe de saúde da família São José I de Poços de Caldas/MG. A metodologia utilizada foi o Planejamento Estratégico Situacional, seguindo os passos de proposta de intervenção que se referem ao levantamento dos problemas (primeiro passo), priorização do problema (segundo passo), para o qual se registra uma descrição do problema selecionado (terceiro passo), a explicação (quarto passo) e a seleção de seus nós críticos (quinto passo) e por fim o desenho das operações (sexto ao décimo passo). Para subsidiar a elaboração do plano de intervenção foi feita uma revisão de literatura nos bancos de dados da Biblioteca Virtual em Saúde. Reconhece-se que melhorar a educação em saúde na Atenção Primária em Saúde é fundamental, pois a Atenção Primária em Saúde consiste em ser um dos principais elementos da promoção de saúde, pois além dos profissionais conhecerem os fatores de risco para Hipertensão Arterial Sistêmica, sabem quais são os hábitos de vida daquela população, facilitando assim programar uma intervenção positiva que atenda a realidade local. Enfim, este projeto de intervenção tem a intenção de garantir o acompanhamento sistemático das pessoas com Hipertensão Arterial Sistêmica, assim como o desenvolvimento de ações referentes à promoção da saúde e à prevenção dessas doenças é um desafio para o sistema público de saúde.

Palavras-chave: Hipertensão. Educação em Saúde. Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT

The coverage area of the Family Health Team São José I is composed of 992 families, totaling 3; 172 people currently, the coverage area is divided into 06 micro areas. One of the most common health problems seen daily is Systemic Arterial Hypertension (SAH). Primary Health Care (ABS) has a fundamental role in the promotion, prevention, diagnosis and treatment, the control of SAH is very important, causing changes in lifestyle and favoring adherence to treatment and self-care. Considering this, the object of this intervention project is to increase adherence to treatment and improve the monitoring by the family health team seeking to prevent the complications of Systemic Arterial Hypertension in the FHS São José I of Poços de Caldas / MG. The methodology used was Situational Strategic Planning, following the steps of the intervention proposal that refers to the survey of problems (first step), prioritization of the problem (second step), for which a description of the selected problem is recorded (third step) , the explanation (fourth step) and the selection of its critical nodes (fifth step) and finally the design of the operations (sixth to the tenth step). To support the elaboration of the intervention plan, a literature review was carried out in the databases of the Virtual Health Library. It is recognized that improving health education in Primary Health Care is essential, since Primary Health Care consists of being one of the main elements of health promotion, because in addition to professionals knowing the risk factors for Systemic Arterial Hypertension, they know what the lifestyle habits of that population are, thus facilitating the programming of a positive intervention that meets the local reality. Anyway, this intervention project is intended to ensure the systematic monitoring of people with Systemic Arterial Hypertension, as well as the development of actions related to health promotion and prevention of these diseases is a challenge for the public health system.

Keywords: Hypertension. Health Education. Primary Health Care.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

- Quadro 1** - Agenda de trabalho da Equipe de Saúde São José do município Poços de Caldas, estado de Minas Gerais..... 15
- Quadro 2** - Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à equipe de Saúde São José, Unidade Básica de Saúde São José I, município de Poços de Caldas, estado de Minas Gerais..... 16
- Quadro 3** – Operações sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema “Alto índice de HAS” , na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família São José I, do município Poços de Caldas, estado de Minas Gerais.....26
- Quadro 4** - Operações sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema “Alto índice de HAS” , na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família São José I, do município Poços de Caldas, estado de Minas Gerais.....27
- Quadro 5** – Operações sobre o “nó crítico 3” relacionado ao problema “Alto índice de HAS”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família São José, do município de Poços de Caldas, estado de Minas Gerais.....28

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AACD	Associação de Assistência à Criança Deficiente
ABS	Atenção Básica à Saúde
ACS	Agentes Comunitários de Saúde
ADEFIPE	Associação dos Deficientes Físicos de Poços de Calda
APAE	Associação dos Pais e Amigos do Excepcional
APS	Atenção Primária à Saúde
BIREME	Biblioteca Regional de Medicina
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
DCNT	Doença Crônica Não-Transmissível
DM	Diabetes Mellitus
eSF	Equipe de Saúde da Família
ESF	Estratégia Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDEB	Índice Desenvolvimento Educação Básica
IDHM	Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
IMC	Índice de Massa Corporal
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MG	Minas Gerais
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio a Saúde da Família
PA	Pressão Arterial
PSF	Programa Saúde da Família
UBS	Unidade Básica de Saúde
TCC	Trabalho de conclusão de Curso
SAD	Serviço de Atendimento Domiciliar
SAMU	Sistema de Atendimento de Urgência
SciELO	<i>Scientific Electronic Library Online</i>
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SUS	Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
1.1 Aspectos gerais do município	10
1.2 O sistema municipal de saúde	11
1.3 Aspectos da comunidade	12
1.4 A Unidade Básica de Saúde São José	13
1.5 A Equipe de Saúde da Família São José da Unidade Básica de Saúde São José	14
1.6 O funcionamento da Unidade de Saúde da Equipe de Saúde da Família São José	14
1.7 O dia a dia da equipe São José	14
1.8 Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade (primeiro passo)	15
1.9 Priorização dos problemas – a seleção do problema para plano de intervenção (segundo passo)	16
2 JUSTIFICATIVA	17
3 OBJETIVOS	18
3.1 Objetivo geral	18
3.2 Objetivos específicos	18
4 METODOLOGIA	19
5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	20
5.1 Hipertensão Arterial	20
5.2 Educação em Saúde	21
5.3 Atenção Primária em Saúde	22
6 PLANO DE INTERVENÇÃO	24
6.1 Descrição do problema selecionado (terceiro passo)	24
6.2 Explicação do problema (quarto passo)	24
6.3 Seleção dos nós críticos (quinto passo)	24
6.4 Desenho das operações sobre nó crítico operações, projeto, resultados e produtos esperados, recursos necessários e críticos (sexto passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo)	25
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	29
REFERÊNCIAS	30

1 INTRODUÇÃO

1.1 Aspectos gerais do município

Poços de Caldas é uma cidade com 168.641 habitantes, de acordo com a estimativa do Instituto Brasileiro de Estatística e Geografia (IBGE) para o ano de 2020, localizada região sudeste e distante 461 km da capital do Estado. A cidade teve um crescimento populacional importante nas duas últimas décadas em função do turismo, instalação de indústrias e universidades. Como em várias cidades brasileiras, esse crescimento foi acompanhado do correspondente crescimento econômico, de infraestrutura, e, muito mais de um desenvolvimento social (IBGE, 2019).

Devido a sua situação geográfica e a descoberta de suas primeiras fontes e nascentes, no século XVII, encontradas às bordas uma caldeira vulcânica as águas raras e com poderes de cura foram responsáveis pela prosperidade do município desde os seus primórdios (PREFEITURA MUNICIPAL DE POÇOS DE CALDAS, 2017).

A cidade vive basicamente, do turismo e de indústria de fundidos de alumínio, fábricas de cristais, e temos também pesquisa de recursos de subsolos, extração de bauxita e outros minerais. No que diz respeito aos pontos turísticos da cidade se destacam: Termas Antônio Carlos, cascata das antas, represa Bortolan, recanto do Japonês, cachoeira véu das noivas, teleférico, pedra balão, Praça dos Macacos, Cristo Redentor da Montanha, trilha do cristo, calendário floral, relógio floral, praça das rosas, fonte sulfurosa na praça dom Pedro II e objetos decorativos em vidro fundido que lembram os de Murano na Itália (PREFEITURA MUNICIPAL DE POÇOS DE CALDAS, 2017).

O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) é de 0,779, sendo considerando alto. A população é composta por 48,43% por homens e 51,66 por mulheres, destes 71,15% tem faixa etária entre 15 a 64 anos, e apenas 9,03% com faixa etária superior a 65 anos. No que diz respeito à escolarização o município tem apenas 2% de evasão escolar e seu Índice Desenvolvimento Educação Básica (IDEB) é nota 5 sendo uma nota boa. A renda *per capita* é R\$ 953, 96 em 2010, e o percentual de pobreza é 2,93%, com índice GIN de 0,50 (IBGE, 2019).

1.2 O sistema municipal de saúde

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, abrangendo algumas cidades como Andradas, Caldas, Campestre, Botelhos, Bandeira do Sul, entre outras, por outro lado também referência para o Hospital Samuel Libânio, em Pouso Alegre, quando a estrutura de Poços não é capaz de oferecer o atendimento necessário (PREFEITURA MUNICIPAL DE POÇOS DE CALDAS, 2020).

A estrutura do município é gerenciada pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS) e utiliza os padrões do Ministério da Saúde, dividindo seu atendimento em Atenção Básica, Secundária e Terciária. A Atenção Básica é formada por 32 Unidades de Saúde da Família, 26 na área Urbana e seis na área rural, nessas unidades atuam 28 Equipes de Saúde da Família, quatro equipes de saúde bucal, três equipes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e três Unidades Básicas de Saúde (em transição para Estratégias de Saúde da Família).

Os níveis de complexidade maior (Secundária e Terciária) contam com Programa Materno Infantil, Serviço de Atenção Domiciliar (SAD), dois consultórios volantes de odontologia, um consultório de odontologia no centro de referência DST/AIDS; Centro de Atenção Psicossocial CAPS II e CAPS AD (Álcool e Drogas), Unidade de Pronto Atendimento (UPA), Pronto Atendimento do Hospital Margarita Moralles (Zona Sul) e o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) (PREFEITURA MUNICIPAL DE POÇOS DE CALDAS, 2020).

Já a assistência farmacêutica é realizada dentro dos PSF, onde são distribuídas as medicações anti-hipertensivas, hipoglicemiantes e anti-inflamatórias. As demais são distribuídas através da farmácia central, localizada na policlínica de Poços de Caldas, na farmácia da zona sul localizada no Hospital Municipal Margarita Moralles e a farmácia da Zona Oeste. Dentro das três equipes do NASF que já foram citadas também existe um profissional farmacêutico que realiza orientação e controle das medicações dos pacientes (PREFEITURA MUNICIPAL DE POÇOS DE CALDAS, 2020).

Em relação aos convênios privados, o município conta com o Hospital Santa Casa de Poços de Caldas, Hospital Santa Lúcia (referência em cirurgia cardíaca),

Associação dos Deficientes Físicos de Poços de Caldas (ADEFIPE), Chácara Santa Clara (recuperação de dependentes químicos), Associação de Assistência à Criança Deficiente (AACD) e Associação dos Pais e Amigos do Excepcional (APAE) (PREFEITURA MUNICIPAL DE POÇOS DE CALDAS, 2020).

1.3 Aspectos da comunidade

A comunidade São José na qual a Equipe de Saúde da Família (eSF) São José atua não tem uma estrutura linear e similar referente à situação socioeconômica. A equipe trabalha em conjunto com outra unidade de ESF (PSF Quissisana), que fica em outro espaço físico e ambas atuam sobre três bairros: São José, Jardim Bandeirantes e Jardim Centenário. A área total referente às duas unidades possui aproximadamente 8.000 usuários.

A população apresenta nível socioeconômico baixo, são empregados basicamente do trabalho nas pequenas empresas da cidade, prestadores de serviços nas diversas áreas, setor público do município e da comunidade em geral e economia informal. Apresenta grande número de desempregados, subempregados e aposentados. Também existe uma população que apresenta um consumo considerável de álcool e drogas, assim como um aumento significativo de gravidez na adolescência, principalmente em jovens que não estudam e não trabalham.

Apesar do bairro ser predominantemente residencial, com 95,67%, há uma infraestrutura insuficiente em relação a casas, prédios e ruas; tem serviço de água potável apta para o consumo humano e saneamento dos resíduos líquidos e sólidos em toda área com coleta lixo semanalmente. Na comunidade tem escola, creche e área para realização de academia ao ar livre, construído recentemente em espaço ofertado pela prefeitura municipal. Unidades de pronto atendimento ficam distantes o que dificulta muito a utilização desses serviços pelos usuários e aumenta muito a demanda espontânea na unidade.

Existem várias iniciativas de trabalho na comunidade por parte de Igrejas e ONGs. Esses trabalhos estão bastante dispersos e desintegrados e, em sua maioria, voltados para crianças, adolescentes e mães. A população conserva hábitos e

costumes próprios da população brasileira e gosta de comemorar as festas religiosas, em particular as festas do folclore brasileiro.

Dados sobre nível socioeconômico, infraestrutura entre outros não estão disponíveis em sites confiáveis como IBGE, sites da prefeitura entre outros, as informações foram retiradas a partir de conversas com usuários/ moradores do local e da vivência na comunidade (consultas, visitas entre outras).

A eSF São Jose I possui uma área de abrangência hoje, com 3.172 cidadãos ativos, sendo 1.562 do sexo masculino e 1.610 do sexo feminino. A área total foi subdividida em microáreas as quais ficam sobre a responsabilidade de uma Agente Comunitária de Saúde (ACS) cada, totalizando seis, conforme a seguir: **Micro 1:** 246 domicílios e 484 usuários; **Micro 2:** 217 domicílios e 541 usuários; **Micro 3:** 232 domicílios e 575 usuários; **Micro 4:** 197 domicílios e 592 usuários; **Micro 5:** 189 domicílios e 500 usuários; **Micro 6:** 228 domicílios e 480 usuários.

1.4 A Unidade Básica de Saúde São José I

A Unidade Básica de Saúde (UBS) São José I foi inaugurada no ano de 1999, na cidade de Poços de Caldas na rua Professora Lourdes Mourão 550, no bairro Jardim Centenário, esta Unidade abrange uma área que engloba 3 bairros diferentes na região central de Poços de Caldas.

A estrutura física da UBS São José I conta com uma sala de recepção, sala de triagem, de vacina, farmácia, sala de curativos não adaptada para tal finalidade, uma cozinha dividida fisicamente com a sala de agentes comunitários, três consultórios, sendo um para consultas odontológicas, um consultório médico e um consultório de enfermagem, onde são realizados alguns procedimentos como coleta de preventivo.

O espaço físico também conta com uma área de espera para os usuários que aguardam pela consulta. Não existe uma sala de reuniões, elas são realizadas na sala de espera dos pacientes, quatro banheiros (dois para funcionários e dois para os usuários do sistema separados pelo sexo).

1.5 A Equipe de Saúde da Família São José da Unidade Básica de Saúde São José I.

Atualmente a equipe é composta por 13 funcionários, a área (território) de saúde foi subdividida em seis microáreas, para isso existe um ACS para administrar cada microárea. A equipe é composta por seis ACS, uma enfermeira, duas técnicas de enfermagem, uma funcionária da limpeza, um auxiliar administrativo, um cirurgião dentista, um técnico em saúde bucal, um médico. A Unidade conta uma vez por semana com o apoio do psicólogo, nutricionista e fisioterapeuta do Núcleo Ampliado da Saúde da Família (NASF).

1.6 O funcionamento da Unidade de Saúde da Equipe São José I

A unidade de saúde funciona das 07:00 horas às 17:00 horas, e para tanto, é necessário o apoio dos ACS que se revezam durante a semana, segundo uma escala, em atividades relacionadas a assistência, como recepção e arquivo, sempre que o auxiliar de enfermagem ou o enfermeiro não estão presentes na unidade.

A unidade oferece serviços de atendimento médico (agendados, demanda espontânea, puericultura, pré natal) e saúde bucal, além de serviços prestados pela enfermagem e técnicos. A cada 15 dias são realizadas visitas domiciliares aos pacientes acamados e domiciliados, que possuem certo grau de dificuldade para estarem se dirigindo até a unidade. Não há especialistas no local, contudo há o apoio do NASF, 1x por semana com serviços na área de nutrição, fisioterapia e psicologia.

1.7 O dia a dia da equipe da Unidade de Saúde São José

O quadro abaixo apresenta a agenda de trabalho da Equipe de Saúde São José I do município de Poços de Caldas.

Quadro 1 - Agenda de trabalho da Equipe de Saúde São José do município Poços de Caldas, estado de Minas Gerais.

Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta
7h - 17h Funcionamento administrativo da unidade, acolhimento.	7h - 17h Funcionamento administrativo da unidade, acolhimento.	7h - 17h Funcionamento administrativo da unidade, acolhimento	7h - 17h Funcionamento da unidade, acolhimento.	7h - 17h Funcionamento da unidade, acolhimento.
07h – 12h Atendimento médico (agenda e demanda espontânea)	07h – 12h Atendimento médico (agenda e demanda espontânea)	7h – 12h Visita domiciliar (médica, enfermeira, ACS)	07h – 12h Atendimento médico (agenda e demanda espontânea)	7h – 9h Coleta de exames laboratoriais na unidade
Atendimento da enfermagem	Atendimento da enfermagem	Atendimento NASF (nutricionista)	Atendimento da enfermagem	9h -12h
13h - 16h Atendimento médico (agenda e demanda espontânea)	13h - 16h Atendimento médico (agenda e demanda espontânea)	13h - 16h Atendimento médico (agenda e demanda espontânea)	13h - 16h Atendimento médico (agenda e demanda espontânea)	Atendimento da enfermagem (coleta de preventivo)
Atendimento da enfermagem	Atendimento da enfermagem	Atendimento da enfermagem	Atendimento da enfermagem	13h – 16h Atendimento da enfermagem
8h- 17h Visita domiciliar (ACS)	Atendimento NASF (fisioterapeuta)	8h- 17h Visita domiciliar (ACS)	8h- 17h Visita domiciliar (ACS)	Atendimento NASF (psicóloga)
	8h- 17h Visita domiciliar (ACS)			

Fonte: Próprio autor, 2020

*Atendimentos agendados incluem rotina de pacientes com doenças crônicas, pré-natal e puericultura.

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

Os principais problemas de saúde elencados pela equipe foram:

Alta Incidência de Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus: produzida principalmente pela falta de adesão ao tratamento medicamentoso, maus hábitos

alimentares com alto consumo de sal, alimentos gordurosos, pacientes expostos a estresse, maior aumento do sedentarismo, do uso de bebidas alcoólicas e sobrepeso, em vezes pela falta de diagnóstico correto e orientação e também elevado número de obesos.

Uso inadequado de medicamentos: Há um uso descontrolado de benzodiazepínicos, população não aceita a suspensão do medicamento mesmo tendo ciência dos riscos causados pelo uso crônico da medicação.

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

Quadro 2 - Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à equipe de Saúde São José, Unidade Básica de Saúde São José I, município de Poços de Caldas, estado de Minas Gerais

Problemas	Importância*	Urgência*	Capacidade de enfrentamento***	Seleção/Priorização****
Alto índice de HAS e Diabetes	Alta	9	Parcial	1
Gravidez adolescência	Alta	8	Parcial	2
Dificuldade de acesso serviço especializado	Média	6	Fora	3
Alta rotatividade de profissionais	Média	4	Parcial	4
Grande demanda	Média	3	Fora	5

Fonte: Próprio Autor (2020)

*Alta, média ou baixa

** Distribuir 30 pontos entre os problemas identificados

***Total, parcial ou fora

****Ordenar considerando os três itens

2 JUSTIFICATIVA

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é um dos principais fatores de risco para as doenças do aparelho circulatório, quando não tratada corretamente leva ao risco alto de mortalidade. Por se tratar de uma doença de fácil tratamento, medicamentos de baixo custo, alimentação e mudança do estilo de vida, a HAS pode ser tratada na Atenção Primária à Saúde. A HAS apresenta alta morbimortalidade, compromete a qualidade de vida das pessoas o que desperta um olhar atento para as práticas em saúde (BRASIL, 2013).

“Apesar de todos os conhecimentos e evidências da importância do diagnóstico precoce e tratamento da hipertensão arterial, os níveis de controle da doença ainda é um grande desafio para os profissionais da área da saúde” (SILVA; OLIVEIRA; PIERIN, 2016, p.51). “O controle pouco satisfatório dos níveis tensionais, na maioria das vezes, está relacionado à baixa adesão ao tratamento e vários são os fatores que interferem nesse processo” (SILVA; OLIVEIRA; PIERIN, 2016, p.51).

Na Unidade de Saúde São José existem 457 pacientes cadastrados com HAS, sendo que grande parte deles apresenta uma baixa adesão ao tratamento, levando ao descontrole da doença. Como se sabe, HAS descontrolada possui inúmeros desfechos negativos como Acidentes Vasculares Cerebrais, Infartos Agudos do Miocárdio, Insuficiência Renal, entre outros. Esses agravos além de impactar negativamente na qualidade de vida dos pacientes representam importantes custos para os cofres públicos.

Logo, este projeto de intervenção é importante, pois tem a intenção de aumentar a adesão dos pacientes aos tratamentos, reduzindo assim os desfechos negativos da HAS descontrolada, melhorando a qualidade de vida dos pacientes e também reduzindo os custos gerados por esses agravos.

Assim, espera-se que as ações resultem em uma melhora da compreensão da população sobre o cuidado da HAS, maior adesão ao tratamento e melhor controle dos sintomas. Também se espera uma redução das complicações geradas pela HAS.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Elaborar um projeto de intervenção para aumentar a adesão ao tratamento e melhorar o acompanhamento por parte da equipe de saúde da família buscando prevenir as complicações da Hipertensão Arterial Sistêmica na ESF São José I de Poços de Caldas/MG.

3.2 Objetivos específicos

- Identificar os pacientes com fatores de risco de Hipertensão Arterial Sistêmica e as possíveis complicações da doença.
- Avaliar o nível do conhecimento dos usuários sobre a Hipertensão Arterial Sistêmica antes da intervenção educativa.
- Orientar os profissionais da unidade básica de saúde e aos pacientes, através da educação continuada, sobre os fatores de risco e tratamento ideal da doença.

4 METODOLOGIA

A partir das propostas de Faria, Campos e Santos (2018), foi realizado o diagnóstico situacional no território da área de abrangência da eSF São José do município de Poços de Caldas/MG. Em reuniões de equipe, foram verificados os problemas mais comuns da comunidade e em seguida priorizado o problema: hipertensão arterial sistêmica.

O diagnóstico situacional foi realizado com a finalidade de identificar os problemas relativos à comunidade adscrita à eSF São José por meio do método de Estimativa Rápida. Os dados foram coletados nos registros da Unidade de Saúde e em fontes secundárias, como Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) IBGE.

A partir daí foi realizado o Planejamento estratégico situacional, seguindo os passos de proposta de intervenção que se referem ao levantamento dos problemas (primeiro passo), priorização do problema (segundo passo), para o qual se registra uma descrição do problema selecionado (terceiro passo), a explicação (quarto passo) e a seleção de seus nós críticos (quinto passo) e por fim o desenho das operações (sexto ao décimo passo).

A revisão de literatura constitui-se na fundamentação teórica do presente trabalho, sendo realizada por meio de levantamento bibliográfico de livros, manuais do Ministério da Saúde, textos e artigos científicos publicados no período de 2000 a 2020 nos seguintes bancos de dados: *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), Biblioteca Regional de Medicina (BIREME) e Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS). Foram utilizados os seguintes descritores para realização desta busca: Hipertensão; Educação em Saúde; Atenção primária à Saúde.

5- REFERENCIAL TEÓRICO

5.1 Hipertensão

A HAS é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial (PA), sendo esses níveis atualmente definidos como 140 mmHg para a pressão sistólica e 90 mmHg para a pressão diastólica (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2016).

A HAS, como uma doença multifatorial e crônica, possui diversos componentes comportamentais e hábitos de vida que podem aumentar o risco ou diminuí-lo. Entre eles, podemos citar a obesidade, sedentarismo, dislipidemias e diabetes mellitus. Além disso, a predisposição genética é um fator importante no aparecimento desta patologia.(SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2016).

Dentre os fatores de risco cardiovascular, a HAS é um dos mais importantes, afetando quase 20% da população com mais de 20 anos. Doenças cardiovasculares, tais como acidente vascular cerebral, insuficiência cardíaca e cardiopatia isquêmica, têm sido a primeira causa de morte na grande maioria dos países desde a primeira metade do século passado (SALES; TAMAKI, 2007, p.158).

A hipertensão arterial tem alta prevalência, sendo que seu controle atinge baixas taxas. “A mortalidade por doença cardiovascular (DCV) aumenta progressivamente com a elevação da PA a partir de 115/75 mmHg de forma linear, contínua e independente” (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010, p.19).

Em relação à prevalência o Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico estimou que em 2018 um quarto da população brasileira, ou seja, 25% possui HAS e, entre as pessoas hipertensas, 61% possuem mais de 65 anos. Essa mesma pesquisa evidenciou que os pacientes com menos de 8 anos de estudo eram mais afetados pela patologia, correspondendo a 42,5% dos sujeitos de pesquisa. Por outro lado, àqueles que possuíam 12 anos ou mais de estudo correspondiam a apenas 14,2%, mostrando o quanto hábitos e condições de vida influenciam nos desfechos das doenças crônicas (CASTILHO, 2019).

Quando não controlada torna-se uma doença de altos custos médicos e sócio-econômicos decorrentes de suas complicações como: doenças cérebro vascular, doença arterial coronariana, insuficiência cardíaca, insuficiência renal crônica e doença vascular de extremidades (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2007).

Nesse sentido, Scala, Magalhães e Machado (2015) estimaram que entre os anos de 2006 e 2015 a HAS causou, direta ou indiretamente, 50% das mortes por doenças cardiovasculares e um prejuízo na casa dos 4,2 bilhões de dólares, calculados pela perda de produtividade.

O estudo de Nilson *et al.* (2018) apontou que em 2018 o Sistema Único de Saúde (SUS) gastou cerca de 3 bilhões de reais com Hipertensão e Diabetes, considerando os custos de tratamento ambulatorial, hospitalizações e medicações distribuídas. Esses valores mostram a pesada carga que essas doenças representam para o SUS, sem considerar a perda de qualidade de vida do indivíduo, risco de outras morbidades e também mortes precoces.

Os dados de prevalência mostram o quanto à mudança de hábitos e o conhecimento em saúde pode alterar a prevalência desta doença. Logo, o conhecimento sobre essa doença faz com que haja uma mudança de comportamento, uma melhora na responsabilidade sobre o tratamento e até mesmo busca de soluções individuais e coletivas (HAUSCHILD, 2015).

5.2 Educação em Saúde

Ao lidar com doenças crônicas, como a hipertensão arterial, é necessário a realização de atividades de promoção, proteção e prevenção em saúde. As campanhas educativas periódicas bem como atividades físicas e de lazer são essências para o seu controle adequado (ROSINI *et al.*, 2014).

Nesse sentido Grillo e colaboradores destacam a importância da educação em saúde para o controle das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), sendo fundamental que os pacientes recebam informações para que assim possam realizar

o autocuidado com eficiência (GRILLO *et al.*, 2013).

A educação em saúde deve romper o paradigma de ser um processo apenas de transferência de conhecimento entre o profissional e o paciente. Ela deve realizar uma formação crítica e que empodere o indivíduo para as mudanças de hábito e também para que possa buscar soluções dentro de seu contexto social e de saúde. Ela deve facilitar a busca, por parte dos pacientes e profissionais de saúde, de soluções individuais e coletivas que respondam as necessidades atuais (HAUSCHILD, 2015).

Dentro deste contexto a mudança de comportamento como alimentação saudável, prática de exercícios físicos, convívio social, acompanhamento terapêutico e nutricional, atitudes proativas e abandono de hábitos prejudiciais à saúde, podem ser tão benéficas quanto o tratamento farmacológico, reduzindo sua necessidade ou, em alguns casos, até mesmo tornando-o desnecessário (DINNEBIER, 2016).

Portanto a Atenção Básica em saúde toma papel de destaque, uma vez que através de uma medicina centrada no paciente, práticas de promoção, proteção e prevenção em saúde, principalmente no que tange a educação em saúde. Além disso, a educação em saúde fortalece a prevenção de doenças e agravos, fazendo com que toda sociedade busque hábitos de vida saudável.

5.3 Atenção Primária em Saúde

A Atenção Primária em Saúde (APS) é considerada a principal porta de entrada do SUS, visto que está mais próxima da população, sendo o primeiro contato da população com o Sistema de Saúde. Dentro da APS atuam as Estratégias de Saúde da Família (ESF), onde ocorrem as vacinações, consultas médicas de rotina, consultas de pré-natal, acompanhamento de DCNT, consultas odontológicas e ações de promoção, proteção e prevenção em saúde (DEMARZO, 2012).

A ESF foi estruturada como uma forma de organizar a APS, criada em 1994, e é a principal forma de atendimento da população brasileira, com uma cobertura de cerca de 63% da população (BERALDO, 2019). A ESF, como porta de entrada preferencial

para os pacientes dos SUS, possui baixo nível de tecnologias, focando principalmente nas ações preventivas, educativas e de acompanhamento, como redução de sedentarismo, melhora de hábitos nutricionais, combate ao tabagismo, controle de hipertensão e diabetes e ações de educação em saúde. Quando as demandas são mais complexas que a APS pode lidar, os profissionais desta deve encaminhar para os níveis superiores, a atenção secundária ou terciária (BRASIL, 2017).

Para realizar este atendimento a ESF conta com uma equipe multiprofissional formada por, no mínimo, médico, enfermeiro, técnicos de enfermagem e ACS. A equipe pode contar também com um cirurgião dentista e um técnico em saúde bucal. Cada equipe é responsável por 4000 pessoas, onde cada ACS atende 750 pessoas, oferecendo assim um cuidado individualizado e integral (BRASIL, 2017).

Devido a sua aproximação com paciente e também sua capacidade de levantamento de demandas, a APS é fundamental para o tratamento e controle de hipertensão, visto que na análise do processo saúde/doença é fundamental considerar os determinantes e condicionantes sociais que os envolvem. Estes que estão presentes no território, assim as ações das APS contribuem para os demais níveis de atenção do SUS, além para a qualidade de vida de seus usuários.

6- PLANO DE INTERVENÇÃO

Essa proposta refere-se ao problema priorizado “Alto índice de hipertensão arterial” para o qual se registram uma descrição, explicação e seleção de seus nós críticos, de acordo com a metodologia do Planejamento Estratégico Simplificado (FARIA; CAMPOS; SANTOS, 2018).

6.1 Descrição do problema selecionado (terceiro passo)

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e a Diabetes Mellitus (DM) são das doenças mais prevalentes do mundo e constituem um dos maiores problemas de saúde pública (LOPES, 2013). No Brasil, de acordo com dados provenientes do Departamento de Informática do SUS (DATASUS), as doenças do sistema circulatório acompanham a tendência mundial, visto que representam as mais relevantes causas de mortes do país.

6.2 Explicação do problema selecionado (quarto passo)

Na Unidade Básica de Saúde São José I têm 337 pacientes hipertensos cadastrados e acompanhados pela equipe, representando 14.74% da população total da área de abrangência. É importante ressaltar que esse valor é sabidamente subnotificado, pois não foram contabilizados os casos sem um atual acompanhamento e também os casos não diagnosticados, por não existir a busca ativa de possíveis portadores da doença pelas consultas de rotina, extremamente necessárias para que o trabalho de prevenção e diagnóstico precoce ocorram. Considerando este problema, é essencial o acolhimento e acompanhamento destas pessoas, bem como a capacitação dos profissionais de saúde para melhorar a abordagem e acompanhamento necessários.

6.3 Seleção dos nós críticos (quinto passo)

- Hábito e estilo de vida inadequado: os pacientes atendidos pela eSF São José possuem diversos hábitos de vida prejudiciais à saúde, como

sedentarismo, tabagismo, alcoolismo e dieta inadequada. Esses são fatores de risco para o desenvolvimento de HAS.

- Falta de adesão ao tratamento: dentre os pacientes que já possuem diagnóstico de HAS existe uma baixa adesão ao tratamento, tanto das intervenções farmacológicas quanto das não farmacológicas. Muitos pacientes tomam a medicação apenas quando estão com sintomas, dificultando o controle da patologia.
- Pouco acesso à informação da população e equipe: para o controle das DCNT é essencial que tanto a equipe quanto a população possuam acesso a informação de qualidade e cientificamente correta, algo que não acontece na eSF São José.

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

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

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

Quadro 3 - Operações sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema “Alto índice de HAS”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família São José I, do município Poços de caldas, Minas Gerais.

Nó crítico 1	Hábito e estilo de vida inadequado
6º passo: operações	Melhorar a qualidade de vida. Reduzir o índice de sedentarismo e obesidade. Conscientizar toda a população do hábito de vida saudável
6º passo: projeto	Viva Mais
6º passo: resultados esperados	Desenvolver grupo de atividade física e acompanhamento nutricional. Reduzir o índice de pessoas com hipertensão descontrolada. Melhorar a adesão ao tratamento e qualidade de vida.
6º passo: produtos esperados	Participação da população, envolvimento dos profissionais de saúde que atua na Unidade. E incentivo por parte da gestão no investimento e manutenção das ações.
6º passo: recursos necessários	Cognitivo: Incentivar a prática de atividades físicas. Financeiro: Aquisição de materiais de construção e materiais educativos. Político: apoio da secretaria de saúde para execução e fornecimento do espaço e materiais
7º passo: viabilidade do plano - recursos críticos	Cognitivo: conscientização da população Político: mobilização social e intersetorial com apoio da gestão. Financeiro: Aquisição de materiais e estruturação física.
8º passo: controle dos recursos críticos - ações estratégicas	Sensibilização de toda a equipe da saúde e comunidade, a partir da apresentação da proposta do projeto e propor uma construção coletiva. Motivação favorável.
9º passo; acompanhamento do plano - responsáveis e prazos	Responsáveis: Equipe Saúde da Família e NASF. 3 meses.
10º passo: gestão do plano: monitoramento e avaliação das ações	Monitoramento será mensal após os encontros educativos com uma pequena entrevista aos usuários sobre os temas já trabalhados e as mudanças ou não que ocorreram. Avaliação será após um ano de trabalho educativo, para ver os resultados atingidos. Em uma roda de conversa com os profissionais e usuários do grupo educativo. Além da avaliação contínua a partir de percepções de profissionais e usuários que participarem.

Fonte: Próprio Autor (2020)

Quadro 4. Operações sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema “Alto índice de HAS”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família São José I, do município Poços de caldas, estado de Minas Gerais

Nó crítico 2	Falta de adesão ao tratamento
6º passo: operações	Utilizar a metodologia ativa, permitindo que os usuários participem efetivamente da construção do grupo e das temáticas que devem ser mais próximas da realidade da comunidade envolvida no projeto. Nos atendimentos individuais e visitas domiciliares incentivarem os membros do grupo e familiares a frequentarem o projeto.
6º passo: projeto	Somos capazes
6º passo: resultados esperados	População mais interessada e capaz de se cuidar Adesão ao tratamento Sensibilização da importância de promover saúde e do autocuidado.
6º passo: produtos esperados	Ampliar o nível de informação e o acesso a outros serviços de saúde, como atendimento nutricional, atividade física orientada para melhoria da qualidade de vida logo do controle da Hipertensão.
6º passo: recursos necessários	Cognitivo: Informações sobre o tema, estratégias de como passar o tema para frente. Financeiro: material educativo. Político: mobilização dos profissionais para execução do projeto
7º passo: viabilidade do plano - recursos críticos	Cognitivo: conscientização da população Político: Mobilização social em torno das questões, articulação intersetorial e aprovação e execução de projetos Decisão de aumentar os recursos para estruturar o serviço e articulação entre os setores da saúde e adesão dos profissionais. Financeiro: Material educativo. (Requisição de materiais didáticos, audiovisuais, folhetos informativos).
8º passo: controle dos recursos críticos - ações estratégicas	Sensibilização de toda a equipe da saúde e comunidade, a partir da apresentação da proposta do projeto e propor uma construção coletiva. Motivação favorável.
9º passo; acompanhamento do plano - responsáveis e prazos	Toda Equipe Saúde da Unidade São José I. 3 meses. Responsáveis: Médica e equipe de enfermagem
10º passo: gestão do plano: monitoramento e avaliação das ações	Monitoramento será mensal após os encontros educativos com uma pequena entrevista aos usuários sobre os temas já trabalhados e as mudanças ou não que ocorreram. Avaliação será após um ano de trabalho educativo, para ver os resultados atingidos. Em uma roda de conversa com os profissionais e usuários do grupo educativo. Além da avaliação contínua a partir de percepções de profissionais e usuários que participarem

Fonte: Próprio Autor (2020)

Quadro 5 – Operações sobre o “nó crítico 3” relacionado ao problema “ Alto índice de HAS ”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família São José, do município de Poços de Caldas, Minas Gerais

Nó crítico 3	Pouco acesso à informação da população e equipe
6º passo: operação (operações)	Capacitar os profissionais e levar informações aos usuários Informar e conscientizar a população sobre a importância do uso correto dos medicamentos, alimentação saudável e práticas de atividade física para diminuir os riscos à saúde.
6º passo: projeto	Comunidade ativa
6º passo: resultados esperados	População mais informada sobre os riscos da Hipertensão não tratada corretamente. Maior adesão ao tratamento e as propostas de grupos e projetos.
6º passo: produtos esperados	Palestras para comunidade e profissionais. Capacitação de todos os profissionais que atua na Unidade de Saúde. Elevar o nível de informação da população a partir de estratégias definidas em conjunto, e que esta atenda toda população local.
6º passo: recursos necessários	Cognitivo: Estratégia para palestra e participação da comunidade. Financeiro: Material educativo, palestrantes e local para realizar as palestras. Político: articulação com a secretaria de saúde e universidades que ofereçam curso na área da saúde.
7º passo: viabilidade do plano - recursos críticos	Cognitivo: Criatividade em repassar as informações necessárias de forma que os usuários melhor a compreende. Político: secretário de saúde e gestores das universidades. Financeiro: aquisição de folders educativos, audiovisuais, lanche e materiais.
8º passo: controle dos recursos críticos - ações estratégicas	Sensibilização de toda a equipe da saúde e comunidade, a partir da apresentação da proposta do projeto e propor uma construção coletiva. Motivação favorável
9º passo; acompanhamento do plano - responsáveis e prazos	Toda Equipe Saúde da Unidade São José I. 3 meses. Responsáveis: Médica e equipe de enfermagem
10º passo: gestão do plano: monitoramento e avaliação das ações	Monitoramento será mensal após os encontros educativos com uma pequena entrevista aos usuários sobre os temas já trabalhados e as mudanças ou não que ocorreram. Avaliação será após um ano de trabalho educativo, para ver os resultados atingidos. Em uma roda de conversa com os profissionais e usuários do grupo educativo. Além da avaliação contínua a partir de percepções de profissionais e usuários que participarem

Fonte: Próprio Autor (2020)

7- CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em vista do que foi lido e pesquisado durante a realização deste trabalho, fica claro a necessidade de criar estratégias para lidar com a HAS. Esta doença possui um enorme impacto na qualidade de vida dos pacientes, bem como nos custos de saúde. Nesse sentido, a HAS necessita de uma abordagem multiprofissional e multidisciplinar, desde a sua prevenção até o seu tratamento.

Não apenas isso, mas é crucial que o paciente esteja envolvido no processo, deixando de ser um ator passivo para um que está ativamente participando dos processos de prevenção e tratamento. Isso só pode ocorrer por meio de ações de educação em saúde que empoderem o indivíduo e permitam que ele seja capaz de tomar decisões assertivas em relação ao continuum saúde/doença.

Dentro da ESF existem vantagens e desafios para a aplicação dessas ações. Em primeiro lugar a presença de uma equipe multiprofissional, com o apoio do NASF, facilita o tratamento. Por outro lado, a adesão da população ainda é baixa, necessitando um esforço maior da equipe.

Desse modo o Planejamento Estratégico Situacional em conjunto com a Medicina Centrada no Paciente e processos de Educação em Saúde são estratégias essenciais para a melhora do monitoramento e acompanhamento da HAS.

REFERENCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 2.436, de 21 de Setembro de 2017**. Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Secretaria de atenção à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

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://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_pessoa_doenca_cronica.pdf . Acesso em: 6 out. 2019.

BERALDO, N. **Atenção Primária ganha reforço de quase 2 mil novas equipes de saúde**. 2019. Notícias, Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/atencao-primaria-ganha-reforco-de-quase-2-mil-novas-equipes-de-saude>. Acesso em: 24/10/2020

CASTILHO, I. Hipertensão é diagnosticada em 24,7% da população, segundo a pesquisa Vigitel. **Agência de Saúde / Ministério da Saúde**. Maio 2019. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/45446-no-brasil-388-pessoas-morrem-por-dia-por-hipertensao>. Acesso em: 05/12/2019

DEMARZO, M.M. On the Occasion of the World Mental Health Day Minding the Gap in Mental Health: The Health Promotion-Primary Care-based Solution. **Int J Prev Med.**, v.3, n.10, p.670-671, 2012.

DINNEBIER, D. A. **Impotência das atividades educativas de grupo desenvolvidas pela ESF e NASF para os pacientes portadores de Diabetes Mellitus**: relato de experiência. 2016. 26 p. Dissertação (Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Doenças Crônicas Não Transmissíveis) — Universidade Federal de Santa Catarina.

FARIA, H. P.; CAMPOS, F. C. C.; SANTOS,, M. A.. **Planejamento, avaliação e programação das ações de saúde**. Belo Horizonte: NESCON/UFMG, 2018. 97 p.

GRILLO, M. de F. F. *et al.* Efeito de diferentes modalidades de educação para o autocuidado a pacientes com diabetes. **Associação Médica Brasileira**, Porto Alegre, v. 59, n. 4, p. 400 – 405, 2013.

HAUSCHILD, D.R. **Práticas de educação em saúde utilizadas por enfermeiros no enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT): uma revisão integrativa**. 2015. 39p. Monografia (Bacharel em Enfermagem) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. População estimada de Poços de Caldas. **Estimativa da População Residente**, Brasília, Julho 2019. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/mg/pocos-de-caldas.html>? Acesso em: 12/10/2020.

LOPES, A.C. **Clínica Médica**: diagnóstico e tratamento. São Paulo. Ed. Atheneu. 2013, p.

LOPES, M.C.L. et al. O autocuidado em indivíduo com hipertensão arterial: um estudo bibliográfico. **Rev eletrônica de enfermagem**, v.10, n.1, p. 198-211, 2008.

NILSON, E. A. F.; ANDRADE, R. C. S.; BRITO, D. A.; OLIVEIRA, M. L. Custos atribuíveis a obesidade, hipertensão e diabetes no Sistema Único de Saúde, Brasil, 2018. **Rev Panam Salud Publica**. 2020; 44:e32. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2020.32>

PREFEITURA MUNICIPAL DE POÇOS DE CALDAS. **A Cidade de Poços de Caldas**. 2017. Disponível em: <https://pocosdecaldas.mg.gov.br/a-cidade/historia/> . Acesso em: 05/10/2020.

PREFEITURA MUNICIPAL DE POÇOS DE CALDAS. **Plano Municipal de Saúde de Poços de Caldas**. Poços de Caldas, p.1 – 68, 2013. Disponível em : http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=16821-pocos-de-caldas-mg&Itemid=30192 . Acesso em: 05/10/2020.

ROSINI, N. et al. Jogos recreativos melhoram os fatores de risco cardiovascular em crianças e adolescentes com dislipidemia e obesidade abdominal: um estudo piloto. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, v. 19, n. 1, p. 121 – 132, Janeiro 2014.

SALES, M. C.; TAMAKI, E. M. Adesão as medidas de controle da hipertensão arterial sistêmica: o comportamento do hipertenso. *Cogitare Enfermagem*, vol. 12 n. 2, p. 157-63, 2007

SCALA, L. C.; MAGALHÃES, L. B.; MACHADO, A. Epidemiologia da hipertensão arterial sistêmica. In: Moreira SM, Paola AV; **Sociedade Brasileira de Cardiologia**. Livro Texto da Sociedade Brasileira de Cardiologia. 2ª. ed. São Paulo: Manole; 2015a. p. 780-5.

SILVA, S. S. B. E.; OLIVEIRA, S. F. S. B.; PIERIN, A. M. G.. O controle da hipertensão arterial em mulheres e homens: uma análise comparativa. **Rev. esc. enferm**. USP, São Paulo, v.50, n.1, p.50-58, 2016.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**: 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial. Primeira. Rio de Janeiro: SBC, 2016. v, 107. 103p. ISSN 0066-782X. Disponível em: http://publicacoes.cardiol.br/2014/diretrizes/2016/05_HIPERTENSAO_ARTERIAL.pdf . Acesso em: 15/10/2020.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo , v. 95, n. 1, supl. 1, p. I-III, 2010 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2010001700001&lng=en&nrm=iso>. access on 10 Dec. 2020. <https://doi.org/10.1590/S0066-782X2010001700001>.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo , v. 89, n. 3, p. e24-e79, Sept. 2007 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2007001500012&lng=en&nrm=iso>. access on 01 Dec. 2020. <https://doi.org/10.1590/S0066-782X2007001500012>.