

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA FAMÍLIA

PATRICK FONTES DE OLIVEIRA

**A CONSCIENTIZAÇÃO DA POPULAÇÃO SOBRE HIPERTENSÃO
ARTERIAL SISTÊMICA COMO ESTRATÉGIA EM SAÚDE**

GOVERNADOR VALADARES – MINAS GERAIS

2014

PATRICK FONTES DE OLIVEIRA

**A CONSCIENTIZAÇÃO DA POPULAÇÃO SOBRE HIPERTENSÃO
ARTERIAL SISTÊMICA COMO ESTRATÉGIA EM SAÚDE**

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

Orientadora : Profa. Ms. Eulita Maria Barcelos

GOVERNADOR VALADARES – MINAS GERAIS

2014

PATRICK FONTES DE OLIVEIRA

**A CONSCIENTIZAÇÃO DA POPULAÇÃO SOBRE HIPERTENSÃO
ARTERIAL SISTÊMICA COMO ESTRATÉGIA EM SAÚDE**

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

Orientadora : Profa. Ms. Eulita Maria Barcelos

Banca Examinadora

Profª Ms. Eulita Maria Barcelos (orientadora)

Profª Dra. Suelene Coelho. (examinadora) UFMG

Aprovado em Belo Horizonte,

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a DEUS por me abençoar e direcionar na conclusão deste trabalho e deste curso de especialização;

Aos meus familiares que me dão o apoio em meu crescimento profissional;

À minha orientadora Eulita Maria, que compartilhou comigo deste conhecimento e na produção deste trabalho.

A todos vocês meu muito obrigado!

RESUMO

A hipertensão arterial sistêmica é uma doença que constitui fator de risco para doenças cardiovasculares, renais entre outras complicações. É uma doença que requer atenção das equipes de saúde bem como do autocuidado e da responsabilização do usuário diante do quadro. O presente trabalho de conclusão de curso aborda a hipertensão arterial sistêmica, bem como suas consequências e visa desenvolver um plano de ação para a problemática encontrada na Estratégia de Saúde do bairro Santos Dumont em Governador Valadares - MG. O objetivo do trabalho foi elaborar um plano de intervenção que instrumentalize os usuários para o autocuidado utilizando a educação em saúde para ampliar os conhecimentos sobre hipertensão. O método utilizado foi o Planejamento Estratégico Situacional (PES) foram construídos 03 momentos, iniciou-se com o diagnóstico situacional de saúde, através dele foram levantados dados através de fichas dos usuários e o problema priorizado foi o alto número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde. De acordo com o problema priorizado na unidade foi necessário uma revisão de literatura narrativa para subsidiar o referencial teórico sobre o tema proposto e posteriormente elaborou-se o plano de intervenção seguindo os 10 passos preconizados no Planejamento Estratégico Situacional. Conclui-se que a não adesão do usuário hipertenso ao tratamento, ainda constitui um grande desafio para os profissionais que o acompanham. Deve-se pensar em encorajá-lo ao autocuidado pensando numa educação em saúde.

Palavras chave: Hipertensão. Autocuidado. Ação educativa.

ABSTRACT

Systemic hypertension is a disease that is a risk factor for cardiovascular , kidney disease and other complications . It is a disease that requires attention from health care teams as well as self-care and accountability before the user box . This paper discusses the course completion hypertension and its consequences and aims to develop an action plan for problem found in the Santos Dumont Neighborhood Health Strategy in Governador Valadares - MG . The aim of the study was to develop an intervention plan that instrumentalizes users for self-care using health education to increase knowledge about hypertension. The method used was the Situational Strategic Planning (ESP) 03 moments were built , it began with the situational analysis of health through his data were collected through records of users and prioritized problem was the high number of hypertensive patients registered at the clinic . According to the problem in the unit prioritized a review of narrative literature was necessary to support the theoretical framework on the theme and then drew up the plan of assistance following the 10 steps recommended in the Strategic Situational Planning . It is concluded that non-adherence to treatment of hypertension , user remains a big challenge for professionals that accompany it. One should think about encouraging you to self-care thinking in health education.

Keywords: Hypertension. Self Care. Educational action.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 Atividades domiciliares realizadas pela população assistida pela ESF Santos Dumont por microárea-2013.....	13
Quadro 2 - Principais atividades domiciliares por microárea-2013.....	13
Quadro 3 – informações importantes sobre as pessoas cadastradas na ESF Santos Dumont 2013.....	14
Quadro 4 Classificação de prioridades para os problemas da ESF Santos Dumont-Governador Valadares-2013	25
Quadro 5 Desenho de operações para os "nós" críticos do problema do alto número de hipertensos cadastrados na ESF Santos Dumont -2013	28
Quadro 6 – Recursos Críticos	29
Quadro 7 – Viabilidade do plano de intervenção	30
Quadro 8 – Plano operativo do projeto de intervenção.....	31
Quadro 9 – Plano de gestão do projeto de intervenção.....	33

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	9
2 JUSTIFICATIVA.....	15
3 OBJETIVO	16
4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	17
5 REVISÃO DE LITERATURA.....	18
6 PLANO DE INTERVENÇÃO.....	23
6.1 Primeiro passo: definição dos problemas.....	24
6.2 Segundo passo: priorização do problema	25
6.3 Terceiro passo: descrição do problema	26
6.4 Quarto passo: explicação do problema	26
6.5 Quinto passo: seleção dos “nós críticos”	27
6.6 Sexto passo: proposta de operações para resolução dos nós críticos	28
6.7 Sétimo passo: identificação dos recursos críticos	29
6.8 Oitavo passo: análise da viabilidade do plano.....	30
6.9 Nono passo: elaboração do plano operativo	31
6.10 Décimo passo: plano de gestão	33
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	35
REFERÊNCIAS	37

1 INTRODUÇÃO

O município de Governador Valadares está situado no Leste do Estado de Minas Gerais e localizado na região do Vale do Rio Doce. A Princesa do Vale, como também é conhecida, foi fundada em 1938 e conta atualmente com uma população aproximada de 263.594 habitantes.

Segundo dados do site oficial do município (ESPINDOLA, 2013), o vale do Rio Doce teve algumas divisões sendo estas militares, ocorreu durante o século XIX. Foi uma estratégia de guerra para com o objetivo de promover a perseguição de índios Botocudos e garantindo a navegação e comércio no Rio Doce.

Neste contexto surgiu o distrito de Figueira, pertencente ao município de Peçanha, e atualmente emancipado como Governador Valadares. É beneficiado pela posição estratégica, podendo escoar a produção que vinha do Vale do Suaçuí e do Santo Antônio, logo se tornou um pequeno entreposto comercial. (ESPINDOLA, 2013).

Os produtos que sustentavam a receita da Estrada de Ferro Vitória-Minas eram basicamente o ferro e a madeira. O distrito de Figueira contava com os tropeiros que vinham carregados por mercadorias e produtos como feijão, milho, farinha, rapadura, queijo. Ao retornarem levavam o sal, querosene, tecidos e alguns utensílios e ferramentas. (ESPINDOLA, 2013).

Na década de 1940, a pecuária despontou com a engorda do gado para os grandes mercados consumidores. Os fazendeiros residiam na cidade e, muitos deles, também eram comerciantes.

No ano de 1930, Figueira tinha uma população de 2.103 habitantes, duas obras foram importantes nesta época como a abertura das estradas de rodagem de Figueira a Peçanha e a Itambacuri, e também já existia a comunicação com a cidade de Teófilo Otoni. (ESPINDOLA, 2013).

Em 31 de dezembro de 1937, Figueira foi emancipada, desmembrada de Peçanha. O decreto-lei nº 148, de 17 de dezembro de 1938, mudou o nome para Governador Valadares.

No ano de 1940, a população de Governador Valadares chegou a 5.734 habitantes, foi quando houve avanço na economia regional, beneficiando-se da exploração dos recursos naturais como madeira, pedras preciosas, mica e solos férteis. (ESPINDOLA, 2013).

Em 1950, a população cresceu para 20.357 habitantes. Em 1960, atingiu a população de 70.494 habitantes. De acordo com Espindola (2013) as casas de comércio eram detentoras de grandes estoques de mercadorias e enorme freguesia regional nos anos 1950 (ESPINDOLA, 2013).

A madeira foi fator decisivo na formação regional e no processo de urbanização. As atividades de beneficiamento da madeira, e a cultura de cana-de-açúcar cujo auge concentraram nos anos 1940 e 1950. Nos anos 1960 as grandes serrarias foram encerrando suas atividades. A Companhia Açucareira do Rio Doce (CARDO) foi fechada em torno de 1970, o motivo foi a dificuldade de se obter matéria-prima em quantidade suficiente e assim, desapareceram-se os canaviais. (ESPINDOLA, 2013).

Na cidade começaram a surgir problemas típicos das zonas pioneiras como deficiências do fornecimento de água potável e energia elétrica e do saneamento básico. Segundo o autor, água utilizada pelos habitantes era retirada inteiramente do Rio Doce ou adquirida de carroceiros. A maior dificuldade encontrada era a malária, uma vez que, na área urbana ficavam lagoas que se constituíam em focos do mosquito transmissor. Em 1942, houve a implantação do Serviço de Saúde Pública (SESP), sendo assim os problemas da água e das endemias foram resolvidos, em especial a malária. (ESPINDOLA, 2013).

Outra característica da dinâmica populacional de Governador Valadares foi a forte emigração para o exterior, em especial faixa entre 16 a 35 anos e no ano de 1993, quando foi verificado que cerca de 27.000 valadarenses haviam saído da cidade. Como resultado, houve um significativo desenvolvimento da indústria da construção civil e comércio, propiciada pelos dólares enviados pelos emigrantes, possibilitando a abertura de muitos negócios, fundamentais para a manutenção da economia em 1980 e 1990. (ESPINDOLA, 2013).

Segundo dados do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB, 2013) do município de Governador Valadares, referentes à gestão de estratégia de saúde da família, tem-se os seguintes objetivos: ampliar a cobertura da ESF e reorganizar o escopo das ações, bem como sua resolubilidade da atenção primária, contemplando os princípios da universalidade e integralidade da atenção.

As diretrizes da Secretaria Municipal de Saúde do município preconizam aumentar o número de equipes de Saúde da família; promover a manutenção da constituição de equipe da ESF; realizar capacitação a todos os profissionais das equipes de saúde da família; realizar capacitação aos profissionais novos que serão inseridos nas equipes de saúde da família; realizar manutenção das unidades para que o atendimento não seja prejudicado; aquisição de materiais, equipamentos e instrumentais para atender as deficiências nas ESF.

Ainda são consideradas prioridades: adquirir veículo automotivo (carro e moto) para deslocamento de profissionais para a zona rural e/ ou supervisionar os serviços das equipes e aperfeiçoar o serviço burocrático nas unidades; realizar reuniões mensais com os profissionais das ESF para traçar e avaliar diretrizes de trabalho; divulgar o trabalho realizado pela Saúde da Família com o objetivo melhorar a compreensão da população da metodologia da assistência integral. Também são considerados como prioridades: integrar a ESF/SAÚDE BUCAL/NASF com as Escolas Estaduais e Municipais para realizar ações de prevenção e promoção à saúde; participar dos diversos eventos comemorativos; promover mutirões de busca ativa de hipertensos, diabéticos, hansenianos; instituir nos territórios de abrangência das ESF o Conselho Local de Saúde (SIAB, 2013).

A rede de atenção básica do município de Governador Valadares conta atualmente com 35 equipes de estratégia de saúde da família, sendo 34 na área urbana e 01 na rural. São atendidas 112.325 pessoas cadastradas, resultando em uma cobertura populacional de 42,6%.

Além das equipes de estratégia de saúde da família o município ainda conta com 04 equipes de Agentes Comunitários de Saúde (EACS), abrangendo um número de 44.333 habitantes cadastrados, resultando em uma cobertura populacional de 16,8%, 08 Unidades Básicas de Saúde (UBS), 02 distritos sanitários, 02 centros de atenção ao idoso, 01 pronto atendimento e 16 Postos

saúde nos distritos (Zona Rural), além de 10 pontos estratégicos, onde equipe multidisciplinar presta atendimento, são eles: escolas, igrejas ou casas cedidas.

A Rede Secundária de referência do município possui Centro Viva Vida; Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas - CAPS-AD, Centro de Referência em Saúde Mental - CERSAM; Centro de Convivência; Centro de Referência em Doenças Endêmicas e Programas Especiais – CREDEN-PES; Centro de Referência em Oftalmologia Social - CROS; Centro de Referência em Atenção Especial a Saúde/DST/AIDS - CRASE; Centro de Apoio ao Deficiente Físico – CADEF; Centro Regional de Referência em Saúde do Trabalhados – CEREST; Policlínica Central Municipal – PCM.

O Município de Governador Valadares conta ainda com 05 hospitais sendo 01 Hospital Municipal, que possui 287 leitos disponíveis para o SUS, responsável por atender macro e micro regiões e os outros são credenciados pelo SUS, para atendimento de diversas demandas na média e alta complexidade.

A estratégia em Saúde da Família (ESF) do bairro Santos Dumont, onde atuo, tem 3355 pessoas cadastradas, 2054 pessoas em idade ativa, 05 microáreas, 960 famílias cadastradas. A unidade fica centralizada no bairro, de fácil acesso por parte de todos e com rua asfaltada.

A ESF possui uma equipe completa sendo composta por 1 médico, 1 enfermeiro, 1 técnica em enfermagem, 06 agentes comunitários de saúde, 1 dentista, 1 auxiliar de dentista e 1 auxiliar de serviços gerais. É uma equipe muito bem instruída em relação às funções de um programa de saúde da família. A Estratégia em Saúde da Família do bairro Santos Dumont, existe há 8 anos. Neste período ocorreu uma evolução considerável da unidade. Hoje, é considerada referência no bairro e vive um momento de estabilidade.

A casa é alugada, bem distribuída, existem 02 consultórios (médico e odontológico), salas (de enfermagem, para exames ginecológicos, triagem, recepção, medicamentos, vacinação, esterilização com autoclave, sala com duas macas), 03 banheiros sendo que 01 é para deficiente, 01 cozinha ampla e quintal com árvores frutíferas.

Possui ainda, uma entrada ampla com bancos e cadeiras para os pacientes permanecerem confortáveis enquanto aguardam atendimento.

Nos quadros 1 e 2 estão representadas as atividades realizadas pela população assistida pela ESF Santos Dumont e as principais atividades domiciliares.

Quadro 01 – Número de atividades domiciliares realizadas pela população assistida pela ESF Santos Dumont por microárea, no ano de 2013

Dados de atividade domiciliar						
Micro área	1	2	3	4	5	Total
Numero de atividade domiciliar formal	220	134	164	184	139	841
Numero de atividade domiciliar informal	132	94	111	67	76	477
Manipulação de produto químico no domicilio	3	2	5	3	4	17
Manipulação de produto de beleza no domicilio	3	3	4	2	3	15
Manipulação de alimentos no domicilio	2	5	3	5	4	19
Plantações no terreno do domicilio p/ consumo próprio	3	2	2	3	2	12
Plantações no terreno do domicilio p/ comercialização	6	3	1	1	2	13
Total	369	245	290	262	230	1396

Quadro 2- Principais atividades domiciliares realizadas pela população assistida pela ESF Santos Dumont por microárea, no ano de 2013

Atividades domiciliares	Micro área 1	Micro área 2	Micro área 3	Micro área 4	Micro área 5
Cabelereiro	6	5	11	6	7
Manicure	6		6	5	6
Cozinheira	4	12	5	8	8
Salgadeira	2				
Reformador de sofá	1				
Total	19	17	22	19	21

Nos quadros 1 e 2 constatamos que 1396 pessoas, numa população ativa de 2054, desenvolvem diversas atividades domiciliares que ajudam no orçamento doméstico e os

outros desenvolvem atividades formais ou seja são registrados pelas firmas. Deduz-se que essa não é uma população carente de trabalho.

A Estratégia Saúde da Família Santos Dumont possui 966 famílias cadastradas, sendo que 455 (94,01%) dos usuários encontra-se na faixa etária de 7 a 14 anos e estão regularmente frequentando a escola. Acima de 15 anos temos 2480 alfabetizados ou seja 96,35%. Diante destes dados pode-se considerar que em relação à escolaridade tem-se um número de alfabetizados satisfatório. O número de famílias que se beneficiam da bolsa escola é baixo, apenas 23 (0,68%).

Quadro 3 – informações importantes sobre as pessoas cadastradas na ESF Santos Dumont- 2013

Tipo de benefício	Número de famílias beneficiadas	Percentual
Famílias inscritas no Cadastro Único (CAD único)	138	14,29%
Casas com tratamento de água no domicílio	966	100%
Filtração da água	956	98,96%
Água sem tratamento	10	1,04%
Casas de tijolo	966	100%
Casas com sistema de esgoto	965	99,9
Casa com fossa	1	0,10%
Coleta do lixo – pública	966	100%
Casas com energia elétrica	966	100%

Na comunidade existem estabelecimentos comerciais, tais como mercearia, padaria, além de escola, creche e penitenciária(01) e 03 igrejas.

A equipe de saúde vivencia uma questão preocupante que é a falta de informação dos usuários sobre a hipertensão arterial sistêmica e sobre os cuidados necessários para ter uma vida saudável, bem como a importância do autocuidado refletindo num número muito alto de hipertensos. Este fato que é uma realidade dos usuários da unidade de saúde demanda um olhar crítico, onde o profissional de saúde possa repensar e intervir nestes dados. Diante disso, ocorreu a motivação para realizar um plano de intervenção que possa sanar ou diminuir este problema.

2 JUSTIFICATIVA

A hipertensão é uma doença crônica que requer um bom controle, bem como a adesão a uma dieta saudável, associada à prática de exercícios físicos, prevenindo assim consequências desta doença de base. O profissional pode inserir-se neste contexto através do processo de educação, levando informações e promovendo um sujeito participativo no adoecimento.

A falta de informações pode acarretar inúmeros problemas como por exemplo a falta de adesão ao tratamento, dieta inadequada, níveis pressóricos acima do que é preconizado pelo Ministério de saúde, complicações, internações e até óbitos.

Caso o problema priorizado não seja enfrentado e solucionado, deverão ser buscadas, juntamente com a equipe, novas estratégias de ação com o objetivo de propor uma educação em saúde que priorize o autocuidado, estilo de vida sadio, mudanças necessárias para a qualidade de vida.

Acredita-se que prover a população com conhecimentos, que é o objetivo maior desta proposta, tal como a fragilidade ocasionada por processos fisiológicos ou problemas de saúde relacionados a hipertensão, entre outros, poderão contribuir significativamente para a mudança dos hábitos de vida, refletindo na melhoria da qualidade de vida da pessoa.

Além disso, é fundamental estimular e promover mudanças de hábitos, estilo de vida e atitudes para prevenir os problemas de saúde que poderão ser desencadeados com o passar dos tempos, em decorrência da doença da hipertensão.

Sendo assim, torna-se de extrema importância estudar o tema proposto e elaborar um plano de intervenção, uma vez que se aborda informações sobre cuidados de saúde e hábitos saudáveis. A proposta de educação em saúde deverá envolver a equipe multiprofissional no sentido de levar os indivíduos a experimentar atividades com ênfase em promoção e prevenção em saúde.

3 OBJETIVO

Elaborar um plano de intervenção que instrumentalize os usuários para o autocuidado utilizando a educação em saúde para ampliar os conhecimentos sobre hipertensão.

4 METODOLOGIA

No decorrer da elaboração deste trabalho foram construídos 03 momentos bem distintos, iniciou-se com o diagnóstico situacional de saúde. De acordo com o problema priorizado foi necessário uma revisão de literatura narrativa para subsidiar o referencial teórico sobre o tema proposto e posteriormente elaborou-se o plano de intervenção seguindo os 10 passos preconizados no Planejamento Estratégico Situacional (PES).

Segundo Campos; Faria e Santos (2013, p. 37) é necessário conhecer a área onde se atua, por meio do diagnóstico situacional, que possibilite conhecer “os problemas de saúde mais importantes, suas causas e consequências”. Ele é apenas um primeiro passo do processo em que se busca construir um plano de ação. Para a realização do diagnóstico situacional foram levantados os problemas da Estratégia de Saúde da Família do bairro Santos Dumont em Governador Valadares – MG. As informações foram coletadas por meio dos registros da própria Unidade de Saúde.

O segundo momento foi realizado uma revisão de literatura por meio de artigos e textos científicos publicados no site: biblioteca virtual em saúde - Bireme e Scielo e de publicações do Ministério da Saúde.

A revisão é uma etapa fundamental na elaboração do trabalho científico, pois propicia o embasamento teórico do mesmo. Os materiais escolhidos, organizados e selecionados para esta pesquisa foram a base de conceituação teórica e operacional que representou o tema, os conceitos e os problemas. Os descritores utilizados foram: hipertensão, autocuidado, ação educativa. Foram utilizados artigos publicados no período de 2000 a 2013. Utilizando os conteúdos pesquisados foram elaborados o referencial teórico e depois o plano de intervenção.

5 REVISÃO DE LITERATURA

5.1 Hipertensão arterial sistêmica

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) pode ser definida pela manutenção dos níveis de pressão arterial sistólica (PAS) maior ou igual a 140mmHg e pressão arterial diastólica (PAD) maior ou igual a 90mmHg. A doença apresenta um início silencioso com complicações clínicas importantes para os sistemas cardiovascular e renovascular. Segundo a Organização Mundial de Saúde, o índice limite de pressão arterial aferida no ambulatório e que não caracteriza hipertensão é de 125/85 mmHg. (MINAS GERAIS, 2006).

A HAS é uma doença crônica multifatorial, sua detecção é tardia por sua evolução ser lenta e os sintomas geralmente passam silenciosamente pelo paciente. Sociedade Brasileira de Cardiologia, Sociedade Brasileira de Hipertensão e Sociedade Brasileira de Nefrologia (2010 *apud* CARVALHO, 2013).

A HAS também é caracterizada como um dos principais fatores de risco cardiovascular e pode resultar em consequências graves a vários órgãos como o coração, cérebro, rins e vasos sanguíneos, é considerada um grave problema de saúde pública pela sua cronicidade e também pelos custos com internações, pela incapacitação por invalidez e aposentadoria precoce. (PÉRES *et al.*, 2003; REIS e GLASHAN, 2000 *apud* CARVALHO *et al.* 2013).

Segundo Fuchs (2004 *apud* Passos *et al.*, 2006, p.36) a hipertensão:

É responsável por 25 e 40% da etiologia multifatorial da cardiopatia isquêmica e dos acidentes vasculares cerebrais, respectivamente. Essa multiplicidade de consequências coloca a hipertensão arterial na origem das doenças cardiovasculares e, portanto, caracteriza-a como uma das causas de maior redução da qualidade e expectativa de vida dos indivíduos.

Ainda para Carvalho *et al* (2013), existem fatores de risco para a HAS que merecem atenção como a hereditariedade, idade, raça, obesidade, níveis de estresse, estilo de vida, álcool, sexo, uso de anticoncepcionais e alta ingestão

de sódio. Alguns fatores sociais e físicos também são destacados pela autora, não como causas da HAS, mas pela associação a ela como nível educacional, colesterol elevado e diabetes mellitus. Assim, como a HAS tem relação com estilo de vida é que pode-se pensar em prevenção, minimização com a adoção de hábitos saudáveis.

Nos países em desenvolvimento, com envelhecimento da população e também associados a mudanças nos padrões alimentares e estilo de vida, têm forte consequência sobre o padrão de morbimortalidade (PASSOS *et al.*, 2006).

Mesmo com as grandes dificuldades na adesão do paciente ao tratamento, percebe-se que os avanços no conhecimento e informação bem como a evolução obtida na terapêutica, são fatores que têm aumentado a expectativa de vida da população hipertensa. (CARVALHO, *et al.* (2013).

De acordo com Carvalho *et al.* (2013,p.05)

As doenças cardiovasculares (DCV) são uma das principais causas de morbimortalidade no mundo (29,2% da mortalidade). Na população abaixo de 60 anos, a prevalência da hipertensão arterial (HAS) varia, de acordo com a região estudada (22% a 44% no Brasil), sendo de 60% a 80% entre os idosos.

Segundo a Linha Guia da Secretaria de Estado de Minas Gerais sobre a Atenção a Saúde do Adulto (MINAS GERAIS, 2006) a principal ferramenta para o tratamento da HAS é o processo de educação em saúde por meio do qual a aquisição do conhecimento possibilitará mudanças de atitudes tanto em relação às doenças quanto em relação aos fatores de risco cardiovascular.

De dados da Linha Guia da Secretaria de Estado de Minas Gerais sobre a Atenção a Saúde do Adulto (MINAS GERAIS, 2006), a educação significa uma aquisição de conhecimentos sobre o processo de saúde e doença, bem como de mecanismos envolvidos na prevenção e manutenção dos níveis de saúde já

presentes, baseado no conhecimento alcançado pelo indivíduo (MINAS GERAIS, 2006).

É de fundamental importância dialogar com as pessoas e principalmente ouvi-las, para levantar o grau de conhecimento sobre suas condições de saúde e sobre os fatores que podem contribuir para a melhora ou piora do quadro atual. É importante que a equipe busque junto ao paciente e familiares reconhecer as ideias sobre experiências anteriores e os mitos culturais existente sobre a HAS e tratamento. (MINAS GERAIS, 2006).

As estratégias de prevenção e promoção a saúde devem sempre ser fator de grande importância. O diálogo constante durante o tratamento, possibilitará a motivação necessária para a adoção de estilo de vida e para adesão ao tratamento medicamentoso adequado. (MINAS GERAIS, 2006).

5.3 Educação para Saúde como estratégia para o autocuidado

No que se refere ao processo de planejamento dos programas de educação em saúde, é importante buscar teorias educacionais que envolvam as abordagens comportamentalistas e contemplem os aspectos de cognição, sociais e culturais na construção dos conhecimentos e habilidades, ou seja, para ter êxito é preciso identificar e atentar para a realidade psicológica e social do usuário. (ROSENSTOCK, 1990 e FREIRE, 2002 *apud* TORRES *et al.*, 2011).

Os conhecimentos e atitudes referentes à doença e tratamento aprendidos por meio de estratégias participativas e metodologias inovadoras no processo educativo, são importantes e muitas vezes essenciais para mudança das atitudes sobre a HAS. (BRASIL, 2006 e BRASIL, 2009 *apud* TORRES *et al.*, 2011).
Transformar a frase anterior em citação indireta.

Uma vez que avalia-se a mudança de comportamento, segundo o autor, deve-se considerar valores e opiniões dos indivíduos envolvidos, bem como suas expectativas diante da probabilidade de sua atitude alcançar alterações psicossociais. (BRASIL, 2006 *apud* TORRES *et al.*, 2011).

Neste sentido, é necessário que os indivíduos com HAS reflitam sobre a doença e problematizem e compreendam as suas opções de tratamento, os custos, os riscos e os benefícios envolvidos em cada uma das estratégias disponíveis, a fim de que possam decidir juntamente com a equipe sobre a terapêutica que melhor se adaptem a sua realidade social. (TORRES *et al.*, 2011).

A educação em saúde tem grandes efeitos sobre os aspectos cognitivos e psicológicos do indivíduo, sendo assim a estratégia da equipe deve ser a de criar ações educativas que busquem desenvolver conhecimentos e práticas relacionadas ao autocuidado e autocontrole da doença (TORRES *et al.*, 2011).

O programa de educação em saúde de acordo com o autor deve contemplar por meio de uma estratégia pedagógica de educação em grupo, formado por um conjunto de intervenções focadas na fisiopatologia da doença. Os sinais, sintomas e complicações, bem como aos princípios da dieta, à prática de atividades físicas devem ser compreendidos e valorizado pela equipe e usuário, com o objetivo de controlar a doença e inibir possíveis agravos da mesma. (TORRES *et al.*, 2011).

Por se tratar de uma patologia crônica, o autocuidado da HAS é permanente e durando por toda a vida do indivíduo. A aceitação e adesão ao plano terapêutico somente ocorrerá à medida que o paciente conheça de fato a doença e suas complicações e os benefícios consequentes do alcance e da manutenção das metas instituídas. (MINAS GERAIS, 2006).

Sendo assim, percebe-se que a HAS descompensada é causadora de inúmeras consequências ao indivíduo que pode e deve compreender a doença para então se promover o autocuidado, tendo a consciência que seu bem estar depende

da forma de manejo do cuidado. A educação em saúde propicia ao indivíduo e equipe uma participação constante e ativa no foco da doença, tratamento e controle.

As orientações aos usuários devem ser voltadas ao reconhecimento dos sintomas de descontrole da HAS e de lesões em órgãos alvo, explicitar os objetivos e metas propostas no tratamento, envolvendo o usuário ativamente neste processo. Assim ao incorporarem as práticas de atividades físicas, mudanças de estilo de vida, manterem hábitos saudáveis alimentares, os níveis pressóricos tenderão a manter normais.

6 PLANO DE INTERVENÇÃO

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é um problema de saúde pública cujo controle, de forma continuada, visa a prevenção de alterações irreversíveis no organismo e relacionadas à morbimortalidade cardiovascular. O controle da HAS está diretamente relacionado ao nível de conhecimento podendo interferir na adesão do paciente ao regime terapêutico proposto, o trabalho visa elaborar um plano de intervenção visando aumentar o nível de conhecimento dos usuários e possibilitar melhor compreensão da hipertensão e seus cuidados.

O plano de intervenção foi realizado a partir do diagnóstico situacional da estratégia de saúde da família. A realização do plano de intervenção teve como metodologia o PES (Planejamento Estratégico Situacional) abordado por Campos; Faria; Santos (2010).

Este método é composto por quatro momentos.

- O momento explicativo, onde busca-se conhecer a situação atual, procurando identificar, priorizar e analisar seus problemas.
- No momento normativo são formuladas soluções para o enfrentamento dos problemas identificados, priorizados e analisados no momento explicativo, podemos entender como o momento de elaboração de propostas de solução.
- No momento estratégico busca-se analisar e construir viabilidade para as propostas de solução elaboradas, formulando estratégias para se alcançarem os objetivos traçados.
- O momento tático operacional é a execução do plano. Aqui devem ser definidos e implementados o modelo de gestão e os instrumentos para acompanhamento e avaliação do plano.

6.1 Objetivos do plano de intervenção.

- Diminuir o índice de morbimortalidade de hipertensos;
- Prevenir agravos evitáveis;

- Discutir a importância do conhecimento e da motivação para melhoria de saúde dos indivíduos;
- Conseguir maior adesão dos usuários ao tratamento;
- Reduzir índices pressóricos;
- Proporcionar o conhecimento para o cuidado com a saúde.

6.2 Primeiro Passo: definição dos problemas

Para iniciar o planejamento de uma ação é essencial a identificação dos problemas, entende-se que o problema é a insatisfação de um ator frente componentes da realidade que ele quer e pode modificar (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

Neste sentido, no primeiro passo foi possível identificar os principais problemas de saúde da área de abrangência, produzir informações que permitam conhecer as causas e consequências do problema. Levantou-se os principais problemas enfrentados no momento na unidade de saúde, tais como: número alto de pacientes hipertensos, falta de cuidados da população com a própria saúde devido a falta de informação sobre a doença e os cuidados necessários, diabetes, obesidade e muitos outros.

Após a análise situacional dos problemas de saúde encontrados na comunidade, percebe-se que são inúmeros, mas não se pode resolvê-los ao mesmo tempo visto que os problemas financeiros, humanos e materiais podem ser um grande empecilho na resolução dos mesmos. Diante disso destaco como principal problema as dificuldades de controle da hipertensão arterial por parte dos pacientes decorrentes da falta de informação.

Constatou-se que a hipertensão segue em primeiro lugar e na sequência a falta de cuidados da população com a própria saúde resultante da falta de informação.

6.3 Segundo passo: priorização do problema

Tendo por base os critérios de gravidade, identificou-se juntamente com a equipe de saúde como sendo o mais urgente uma proposta de educação em saúde voltada para a falta de conhecimento, o que tem gerando falta de cuidados da população com a própria saúde referindo-se a hipertensão.

Após o levantamento dos problemas encontrados na unidade de saúde, foi obedecida uma sequência de qual seria possível intervir a fim de possibilitar qualidade de vida e minimização do agravamento da doença. Os critérios de gravidade e seleção apresentam-se no quadro 4.

Quadro 4 Classificação de prioridades para os problemas da ESF Santos Dumont- Governador Valadares-2013

Comunidade do bairro Santos Dumont		
Principais Problemas	Importância	Seleção
Número alto de pacientes hipertensos	Alta	1
Falta de cuidados da população com a própria saúde o devido a deficiência de conhecimento sobre a doença e os cuidados necessários	Alta	2
Diabetes	Alta	3
Obesidade	Alta	4

Como em âmbito nacional tem-se aumentado o número de hipertensos, até mesmo devido às questões estruturais, culturais e organizacionais, deve-se focar a fim de buscar o usuário como ser ativo no adoecimento. Neste sentido, podemos

identificar os problemas priorizados como a hipertensão e a falta de cuidados da população com a própria saúde.

Em relação aos problemas priorizados, sabe-se que a falta de cuidados com a própria saúde pode estar relacionada a várias questões incluindo nível de conhecimentos do usuário, escolaridade, poder aquisitivo, manejo dos profissionais envolvidos. Haja vista que a prioridade se deu através de dados de pessoas que não usam a medicação adequadamente, não seguem uma dieta necessária e que não desenvolveram hábitos saudáveis.

6.4 Terceiro passo: descrição do problema

Cotidianamente é grande a demanda por atendimento de pacientes hipertensos na Estratégia Saúde da Família Santos Dumont. Conforme relato dos próprios pacientes, muitos não seguem as prescrições e orientações, não praticam atividades físicas, não se preocupam com a alimentação, muitos consomem álcool e são tabagistas e até mesmo chegam a negar a condição de hipertensos. Em relação a patologia relatam desconhecê-la. Estes usuários estão expostos aos fatores de risco.

6.5 Quarto passo explicação do problema

Sobre a explicação do problema, parte-se do princípio que a pessoa bem orientada, informada e com conhecimentos necessários sobre a própria doença tem grandes chances de cuidar-se, questionar e ter uma melhor qualidade de vida, bem como reduzir as chances de ter um agravamento ou consequências da doença de base.

Por exemplo, o hipertenso que tem bom controle dos níveis pressóricos tem reduzidas chances de ter problemas cardiovasculares, insuficiência renal crônica, ou

ter acidente vascular cerebral. A equipe de saúde muito tem a contribuir se pensarmos em uma rede de apoio e de assistência ao usuário.

Percebe-se a grande ocorrência e crescimento de hipertensos na comunidade, mas existem causas principais geradoras do problema: a grande maioria das pessoas apresenta pouco conhecimento da doença. Uma vez que tem pouco conhecimento e informação da doença não se cuidam ou não sabem ter os cuidados necessários para o bom controle da pressão arterial. Não conseguem fazer uso adequado das medicações, não seguem uma dieta adequada ou ainda são sedentários, ingerem bebidas alcoólicas, fumam, possuem baixa escolaridade e baixo poder aquisitivo o que aumentam os riscos de consequências da hipertensão arterial, como por exemplos problemas cardiovasculares ou renais.

6.6 Quinto passo: seleção dos “nós críticos”

Para Campos; Farias; Santos, (2010, p.65) no quinto passo realiza-se uma análise das principais causas consideradas mais importantes na origem do problema, e são selecionadas aquelas que precisam ser enfrentadas. A causa de “um problema que quando atacada é capaz de impactar o problema principal e efetivamente transformá-lo” denomina-se de nós críticos. Segundo os autores:

O “nó crítico” traz também a ideia de algo sobre o qual eu posso intervir, ou seja, que está dentro do meu espaço de governabilidade. Ou, então, o seu enfrentamento tem possibilidades de ser viabilizado pelo ator que está planejando (CAMPOS; FARIAS; SANTOS, 2010, p.65).

Pensando nos nós críticos dos problemas priorizados foram identificados.

- O nível de informação da população.
- Processo de trabalho da equipe (pouco envolvimento da equipe).
- Hábitos e estilo de vida da população.

A falta de conhecimentos que é o problema priorizado pode resultar num agravamento do estado de saúde, como também pode gerar valores pressóricos

altos, descaso em fazer o tratamento adequado e aparecimento de complicações e outras comorbidades.

6.7 Sexto passo: proposta de operações para resolução dos nós críticos

O sexto passo, de acordo com Campos; Faria e Santos (2010, p.70), refere-se a “como podemos enfrentar os nós críticos definindo operações ou projetos com os resultados e produtos esperados e recursos necessários para realização das ações”. Neste sentido o Quadro 5 apresenta o desenho de operações para os nós críticos relacionados ao problema identificado pela equipe de saúde.

Quadro 5 Desenho de operações para os "nós" críticos do problema do alto número de hipertensos cadastrados na ESF Santos Dumont -2013

Nó crítico	Operação projeto	Resultados esperados	Produtos esperados	Recursos necessários
Nível de Informação da comunidade	Informe-se Já -Proporcionar esclarecimentos à população sobre a hipertensão arterial sistêmica	População esclarecida com participação mais ativa no processo da doença, tratamento, uso de medicamentos de maneira adequada e mudanças no hábito de vida.	População mais informada, mais consciente e mais responsável com o seu tratamento e prevenção da hipertensão. Manutenção dos índices pressóricos satisfatórios	- <i>Organizacional</i> : para organizar a agenda e planejamento das atividades - <i>Cognitivo</i> : informação sobre o tema hipertensão - <i>Político</i> : conseguir o espaço na escola para palestra - <i>Financeiro</i> : para aquisição de recursos audiovisuais, folhetos educativos.
Processo de trabalho da equipe de saúde	Conviver - Discutir a importância do papel de cada profissional dentro da equipe de saúde e como ela pode	Equipe mais participativa, comprometida e motivada na assistência do usuário	Equipe consciente e comprometida com a comunidade. Cooperação de toda equipe.	<i>Financeiro</i> : para o custeio de profissionais habilitados em palestras e projetos motivacionais em organizações <i>Organizacional</i> : para preparação de local adequado para

	contribuir para a qualidade de vida dos usuários na prevenção e no tratamento da hipertensão			capacitações, treinamentos e realização do grupo <i>Político:</i> articulação entre os setores assistenciais de saúde
Hábitos e estilo de vida da população	Espaço aberto - Promover espaço de trocas de experiências, visando à melhora no autocuidado da população.	Usuários orientados da importância de seus cuidados	Adesão de hábitos saudáveis melhoria da qualidade de vida. -Redução dos níveis pressóricos e morbimortalidade	<i>Organizacional:</i> para preparar e juntar aos profissionais como educador físico, nutricionista sobre atividades como caminhadas e alimentação saudável <i>Cognitivo:</i> para o planejamento e reuniões dos grupos que atuarão <i>Financeiro:</i> para montagem de materiais e folders informativos.

6.8 Sétimo passo: identificação dos Recursos críticos

A identificação dos recursos críticos em um plano de intervenção é um passo muito importante para a sua viabilidade. É essencial que a equipe conheça esses recursos para elaborar estratégias para que possa viabilizá-los, como pode ser visto no Quadro 6. (CAMPOS; FARIA ; SANTOS, 2010).

Quadro 6 – Recursos Críticos identificados

Operação – Projeto	Recursos críticos
Informe-se já! Proporcionar esclarecimentos à população sobre a hipertensão arterial sistêmica	<i>Financeiro:</i> para aquisição materiais informativos, folders e cartilhas <i>Político:</i> conseguir espaço para palestras em escola sobre hábitos saudáveis <i>Organizacional:</i> articulação com a secretaria de educação
Conviver Discutir a importância do papel de cada profissional dentro da equipe de saúde e como ela pode contribuir para a	<i>Financeiro:</i> para custeio de profissionais habilitados em palestras e projetos motivacionais em organizações <i>Organizacional:</i> para custeio de local

qualidade de vida dos usuários na prevenção e no tratamento da hipertensão	adequado para capacitações e treinamento <i>Político:</i> articulação entre os setores assistenciais da saúde
Espaço Aberto Promover espaço de trocas de experiências, visando à melhora no autocuidado da população, visando à melhora no autocuidado da população.	<i>Organizacional:</i> para integração de outros profissionais no projeto <i>Financeiro:</i> para preparação dos recursos audiovisuais

6.9 Oitavo passo: análise da viabilidade do plano

No oitavo passo é necessário o coordenador do projeto buscar parceiros, pessoas, ou órgãos para cooperarem mutuamente para a operacionalização do plano respeitando as distribuições de funções delegadas consensualmente. É muito importante o nível motivacional de cada pessoa no desenvolvimento do plano, se necessário o coordenador deve ser usar estratégias para melhorar o nível de motivação. Todos os recursos necessários devem ser levantados, pois o autor não controla previamente todos os recursos para alcançar os objetivos almejados (CAMPOS; FARIA ; SANTOS, 2010).

Quadro 7 – Viabilidade do plano de intervenção

Operações/Projeto	Recursos Críticos	Controle dos recursos Críticos		
		Ator que controla Ações estratégicas	Motivação	
Informe-se já - Proporcionar esclarecimentos à população sobre a hipertensão arterial sistêmica	Financeiro: para aquisição materiais informativos, folders e cartilhas Político: conseguir espaço para palestras em escola sobre	Secretaria de Educação. Secretaria de Saúde	Favorável	Apresentar o projeto

	hábitos saudáveis organizacional:articular com a secretaria de educação			
Conviver – Discutir a importância do papel de cada profissional dentro da equipe de saúde e como ela pode contribuir para a qualidade de vida dos usuários na prevenção e no tratamento da hipertensão	<i>Financeiro:</i> para custeio de profissionais habilitados em palestras e projetos motivacionais em organizações <i>Organizacional:</i> para custeio de local adequado para capacitações e treinamento <i>Político:</i> articulação entre os setores assistenciais da saúde	Secretário de Saúde	Favorável	Apresentar o projeto
Espaço aberto - Promover espaço de trocas de experiências	<i>Organizacional:</i> para integração de outros profissionais no projeto <i>Financeiro:</i> para preparação dos recursos audiovisuais	Secretário de Saúde	Favorável	Apresentar o projeto

6.10 Nono Passo: elaboração do plano operativo

Quadro 8 – Plano operativo do projeto de intervenção

Operações	Resultados	Produtos	Ações estratégicas	Responsável	Prazo
Informe-se Já	População mais ativa no processo da doença, tratamento, uso de	População mais informada, mais consciente e mais	Proporcionar esclarecimentos à população sobre a hipertensão	Equipe de saúde + NASF (Nutricionista, Rafaela educador físico) + Diretora da escola	Dois meses para o início das atividades

	medicamentos	responsável com o seu tratamento e prevenção da hipertensão	arterial sistêmica	Médico da Unidade (Patrick Fontes) Enfermeiro da Unidade (Lucas Lima) Agentes comunitários de saúde (Solange, Meiriane, Luana, Evane, Jussara) Equipe do Núcleo de Atenção à Saúde da Família (Socorro Psicóloga, Luis, Fisioterapeuta e Rafaela, nutricionista)	
Conviver	Equipe mais unida e motivada no cuidado ao usuário	Equipe consciente e comprometida com a comunidade. Cooperação de toda equipe	Discutir a importância do papel de cada profissional dentro da equipe de saúde e como ela pode contribuir para a qualidade de vida dos usuários na prevenção e no tratamento da hipertensão	Médico (Patrick Fontes) e Enfermeiro da Unidade (Lucas Lima) Equipe do NASF (Psicóloga – Socorro)	Três meses para o início das atividades
Espaço aberto	Usuários orientados sobre a importância de seus cuidados	Adesão de hábitos saudáveis melhoria da qualidade de vida. -Redução dos níveis pressóricos e	- Promover espaço de trocas de experiências, visando à melhora no autocuidado da população.	Médico da Unidade (Patrick Fontes) Enfermeiro da Unidade (Lucas Lima)	Início em quatro meses e término em 6 meses

		morbimortalidade			
--	--	------------------	--	--	--

6.11 Décimo passo: plano de gestão

Quadro 9 – Plano de gestão do projeto de intervenção

Produtos	Responsável	Prazo	Situação atual
População mais ativa e envolvida no tratamento da HAS	Médico, Enfermeiro, nutricionista e psicólogo do NASF	6 meses	Programa implementado em todas as áreas
População responsável no seu autocuidado	Médico, enfermeiro e Agentes comunitários de saúde	3 meses	Programa implantado nas escolas do bairro

Operação Conviver				
Produtos	Responsável	Prazo	Situação atual	Justificativa
Equipe melhor preparada na assistência ao usuário	Médico e Enfermeiro	6 meses	Programa implementado na unidade de saúde	Tornar a equipe mais preparada para lidar com o paciente
Atendimento integralizado ao paciente	Médico, enfermeiro e Agentes comunitários de saúde	4 meses		Melhora no atendimento
	Psicóloga e assistente social do NASF	2 meses	Programa para os usuários	Melhora na assistência

Operação Espaço aberto				
Produtos	Responsável	Prazo	Situação atual	Justificativa
Proporcionar	Médico,	6 meses	Programa	Esclarecer a

trocas de experiências sobre o cuidado com a HAS	Enfermeiro, ACS		implementado na unidade de saúde	população sobre a HAS
Paciente mais consciente de sua doença e tratamento	Médico, enfermeiro, psicólogo e Agentes comunitários de saúde	5 meses	Programa implementado na unidade de saúde	Através da educação em saúde proporcionar aprendizado sobre a HAS

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente trabalho partiu da grande demanda de usuários hipertensos cadastrados na unidade de saúde do PSF do bairro Santos Dumont e na sequência a percepção da falta de cuidados que estes têm com a própria saúde. Pensando o profissional da saúde como agente de promoção e prevenção à saúde surgiu o desejo deste projeto de intervenção através da educação em saúde.

Os profissionais da saúde podem e devem contribuir na qualidade de vida da população através do processo de educação em saúde preparando-a para viver de forma mais harmônica, saudável com as mudanças associadas ao adoecimento, desta forma auxiliando na promoção de uma vida saudável e ativa.

As informações que um usuário recebe podem auxiliar na compreensão e manejo das situações mais frequentes no processo de adoecimento contribuindo efetivamente na prevenção de doenças, no estabelecimento de um estilo de vida com qualidade para manter o organismo saudável.

Um dos objetivos da equipe de saúde deve ser o de promover a qualidade de vida das pessoas com hipertensão, pois assim poderão ser evitadas complicações e internações desnecessárias, como consequência da doença e proporcionando uma vida mais sadia, diminuindo os riscos de desenvolver agravos.

Através da educação em saúde no manejo das pessoas acometidas de hipertensão, deve-se levar sempre em conta a questão cultural e social de cada paciente. Lembrando que é fundamental para uma adesão ao tratamento a troca de saberes, observando o conhecimento prévio do paciente sobre o assunto, não impondo conceitos e sim dando alternativas para que ele tenha autonomia de decisão, de acordo com a realidade de cada paciente.

Promover educação em saúde com atividades educativas com pessoas com hipertensão pode possibilitar um ambiente de motivação favorável a adesão ao tratamento, as ações de educação em saúde, por meio de grupos de hipertensos promove a troca de experiências e vivências, para alcançar a meta da promoção a

saúde, do autocuidado, o estímulo à adesão ao tratamento e adoção de hábitos saudáveis de vida.

Uma atenção contínua e eficaz para a saúde e o bem-estar da população requer diferentes níveis de intervenção dos serviços de saúde, adequados às distintas fases da enfermidade e ao grau de incapacidades (BRASIL, 2007b). A assistência deve estar baseada, em uma atenção integral, adequada, de qualidade, humanizada e oportuna. Espera-se que este plano de ação, possa contribuir para a produção de um conhecimento que possibilite o desenvolvimento de práticas, reflexivas e capazes de subsidiar a assistência ao paciente hipertenso, além de construir um conhecimento compartilhado para uma assistência mais adequada e uma comunidade com mais conhecimento, consciente e comprometida com seu processo saúde/doença.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Secretaria do Estado de Saúde de Minas Gerais. **Atenção a Saúde do Adulto – Hipertensão e Diabetes**. Saúde em Casa. 2ª edição. Belo Horizonte, 2007a. Disponível em: http://www.fasa.edu.br/images/pdf/Linha_guia_hiperdia.pdf. Acesso em novembro de 2013.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Brasília : Ministério da Saúde, 2007b. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/abccad19.pdf>. Acesso em novembro de 2013.

CAMPOS, F.C.C, FARIA H. P., SANTOS M.A. **Planejamento e avaliação das ações de saúde**. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2013. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0273.pdf>. Acesso em outubro de 2013.

CARVALHO, M. V. SIQUEIRA, L. A influência da hipertensão arterial na qualidade de vida. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**. V.100, n.2. São Paulo 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2013000200009. Acesso em: novembro de 2013.

ESPÍNDOLA, H.S. **História de Governador Valadares**. IN: Sala do Estudante do Site oficial da Prefeitura do Governador Valadares/MG. Disponível em: <http://valadaresmg.com.br/links/menuinterno/prefeitura/index.php> Acesso em: abril, 2013.

FARIA, H.P. et al. **Processo de trabalho em saúde**. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2013. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1790.pdf>. Acesso em: outubro de 2013.

SISTEMA DE INFORMAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA. (SIAB). Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/SIAB/index.php?area=04> > abril 2013

PASSOS, V. M. ASSIS, BARRETO. D. Hipertensão arterial no Brasil: estimativa de prevalência a partir de estudos de base populacional. Artigos de Revisão. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**. v. 15, n.1, p. 35-45. Belo Horizonte, 2006. Disponível em: <http://iah.iec.pa.gov.br/iah/fulltext/pc/porta/ess/v15n1/pdf/v15n1a02.pdf>. Acesso em: novembro de 2013.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Atenção a saúde do adulto: hipertensão e diabetes**. Belo Horizonte: SAS/MG, 2006. Disponível em: http://www.saude.mg.gov.br/index.php?option=com_gmg&controller=document&id=170. Acesso em: dezembro de 2013.

TORRES, H. C., SOUZA, E. R; LIMA, M. H. M and BODSTEIN, R. C.. Intervenção educativa para o autocuidado de indivíduos com diabetes *mellitus*. **Revista Acta Paulista de Enfermagem**, vol.24, n.4, pp. 514-519. São Paulo,2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-21002011000400011&script=sci_arttext. Acesso em novembro de 2013.